

Kvinnors hälsa – en fråga om medvetenhet, möjligheter och makt

Att öka förståelsen för människors livssammanhang genom tidsgeografisk
analys

Kersti Nordell

Göteborg 2002

Kulturgeografiska institutionen
Handelshögskolan vid
Göteborgs universitet
Vasagatan 1
405 30 Göteborg

Department of Human and Economic Geography
School of Economics and Commercial Law
University of Göteborg
Vasagatan 1
S-405 30 Göteborg, SWEDEN

Abstract

Nordell, K., Kvinnors hälsa – en fråga om medvetenhet, möjligheter och makt. Att öka förståelsen för människors livssammanhang med tidsgeografisk analys (Women's health – about awareness, possibilities and power). Publications edited by the Department of Human and Economic Geography, Göteborg University. Serie B, No 101. 261 pages. In Swedish, summary in English. Department of Human and Economic Geography, School of Economics and Commercial Law, Gothenburg University. ISBN 91-86472-43-7

This thesis is an exploratory and action-oriented study, with a focus on the present societal problem of long-term sick leave. It deals with people's efforts to keep their health when it is threatened and to regain it when it has already turned into sickness. An underlying hypothesis is that individuals' knowledge of their own life- and work context must be utilised in order to deal with the increasing sick leave rates.

The main *aim* of this study is therefore to develop, test and evaluate whether a time-geographic approach can encourage people to change and influence their life-context in a direction that is desired by the individual herself.

Time geography forms the base for the theoretical frame of reference and the main concept that is elaborated is *life-context*. Theoretical inspiration also comes from phenomenological theory, the theory of symbolic interaction and the "Sense of Coherence" (SOC) approach.

Methodologically, people are studying their own life-contexts through a time-geographic diary method and a work model. This gives an awareness of actual restrictions and possibilities for their space (scope) of action and thereby a new platform for action.

The empirical base is two case studies. One study takes place in a rehabilitation setting where the participants are women on long-term sick leave, primarily because of fibromyalgia. The other study is a work environment project where the participants are female dentists in a Norrbotten's County Council in the north of Sweden. Consequently, the case studies deal with the problem of long-term sick leave both when it has already become a reality and while there is still time to prevent it.

The results are mostly positive. The participants received new insights when their life-contexts became tangible in diaries and computer-drawn maps. When their unique, activity-related geographical, and social contexts were analysed and related to the participants' experienced life contexts, it became clear what they were doing when not feeling well and could therefore improve upon.

Nyckelord: tidsgeografi, livssammanhang, metodutveckling, kvinnor, hälsa, ohälsa, rehabilitering, sjukskrivning

ISBN 91-86472-43-7

ISSN 0346-6663

©Kersti Nordell
Kompendiet

Kulturgeografiska institutionen
Box 630
405 30 Göteborg

Förord

Den här avhandlingen är en tidsgeografisk hopfogning av många delar, såväl från människors levda liv som från skilda kunskapsområden.

De viktigaste bidragen till den här unika och personliga hopfogningen kommer från de kvinnliga deltagarna i de två fallstudierna. Jag är djupt tacksam över att ha fått tillträde till era livssammanhang genom dagböcker, intervjuer och diskussioner.

– *Kursledaren och deltagarna* i fallstudien ”Värkmästarna” – så mycket smärta och ändå så mycket energi och livsglädje i botten.

– Norrbottens alla professionella och kapabla *kvinnliga tandläkare* i fallstudien ”Eget ansvar” – jag önskar ni uppnår den arbetsmiljö som ni förtjänar. Tack också för projektledningens alltid lika varma mottagande: *Agneta Abrahamsson, Solveig Borgström, Birgitta Lundqvist, Eva Oscarsson, Ulla Sundesten och Siv Wikberg.*

Min handledare *Kajsa Ellegård* har vattnat mina frön och skyddat mina sköra plantor under lång tid, även när jag själv inte visste om de skulle överleva. Hon har gett dem en ordentlig dos gödsel när de har slokat och då har de alltid sträckt på sig igen och fortsatt växa. *Thomas Jordan* har också bistått mig med sitt goda omdöme och skarpa blick. Jag har fått en mycket god och konstruktiv handledning och min tacksamhet mot er båda är stor.

Alla goda kollegor och vänner på institutionen har bidragit med uppmuntran och stöd på olika sätt. Ett avhandlingsarbete är svårt att orka med utan vänner att dela glädje och sorg med under tiden. Den tidsgeografiska forskargruppen som läst och kommenterat delar av mina texter har varit en källa till glädje under många år. Tack till *Bo Lenntorp* som läste mitt avhandlingsmanus och kom med många kloka och konstruktiva förslag. *John Shelton* ryckte ut och språkgranskade engelskan med kort varsel.

I mitt eget liv har min underbara familj ett stort utrymme. Tack till min *Mikael* som hjälpt mig med figurer och format. Du stöttade mig de febriga, sista dagarna så manuset blev färdigt för tryck. Tack också till mamma *Siv* som i sista minuten korrekturläst hela manuset. Ett sista tack till mina barn *Johanna, Ida, Ola och Magnus* för genom er har jag lärt mig om det mest väsentliga i livssammanhanget.

Göteborg den 20 september 2002

Kersti Nordell

INNEHÅLL

DEL I. REFERENSRAM

1. Inledning: gestaltning av problemområdet	1
1.1 Introduktion	1
1.2 Problemområde	2
1.3 Syfte och frågeställningar	6
1.4 Omfattning och avgränsning	7
1.5 Disposition	8
2. Att leva livet – och fånga in dess komplexitet	11
2.1 Introduktion	11
2.2 Människan i tidsgeografin	12
Det tidsgeografiska synsättet	12
Tidsgeografiska begrepp	13
2.3 Livssammanhang - ett centralt begrepp	19
Livssammanhang, både objektivt och subjektivt	19
Definition av livssammanhang	21
Livsvärlden	22
Föreställningar om verkligheten – symbolisk interaktionism	25
Genus betydelse för livssammanhanget	28
Tidsgeografin i genusforskning	31
2.4 Att leva ett ”gott” liv	33
Ett samhälleligt perspektiv på det ”goda” livet.	33
Föränderliga samhälleliga förutsättningar för att leva ett ”gott” liv	34
2.5 Det ”goda” arbetet för det goda livet	37
Begreppet arbete	37
Förvärvsarbetet	38
2.6 Ett individperspektiv på det ”goda” livet	42
Att föra en dialog med tiden – livsplanering	44
Förmåga att hantera sammanhang	46
Hälsa och sammanhang	48
Att synliggöra sammanhang	51
3. Metod, uppläggning och genomförande	53
3.1 Kvalitativa fallstudier	53
3.2 Synpunkter på sätt att studera aktiviteter och tidsanvändning	57
3.3 Den tidsgeografiska dagboksmetoden	59
3.4 En tidsgeografisk arbetsmodell	64
3.5 Deltagare och medforskare i fallstudierna	67
3.6 Undersökningsdesign	68
Fallstudier	68
Deltagare i forskningsprocessen	68
Datainsamling på tre nivåer	70
Reflektion över material, intervjuer och samverkan i projektet	76
3.7 Tolkning och analys	78

3.8 Validering och reliabilitet	80
3.9 Metodologiska reflektioner	82
4. Kvinnor som klienter, tjänsteproducenter och arbetstagare i den offentliga sektorn	85
4.1 Introduktion	85
4.2 Kvinnor på den offentliga arbetsmarknaden	86
4.3 Arbetsmiljöaspekter	90
4.4 Kan feminina värderingar ta plats i arbetslivet?	93
4.5 Rehabilitering	96
Bakgrund	96
Rehabiliteringsprocessen	97
Prioritering i flera steg	100
Genusperspektiv i rehabilitering	102
4.6 Att ses som ett ärende eller som en individ	104
 DEL II EMPIRISKA STUDIER	
Introduktion	107
5. Fallstudien ”Värkmästarna”: Rehabilitering av långtidssjukskrivna med hjälp av 4M-metoden	111
5.1 Introduktion	111
Syfte och frågeställningar	112
5.2 Långtidssjukskrivning och rehabilitering	114
Inledning	114
Smärta som start för långtidssjukskrivning	114
Olika perspektiv på långvarig smärta	115
Ett genusperspektiv på mötet med sjukvården	118
Vad betyder sjukskrivning för människor?	119
Sjukskrivning och rehabilitering	121
Erfarenheter av rehabilitering av personer med långvarig smärta	123
Rehabilitering och hela livssammanhanget	124
5.3 Prövning av 4M-metoden	126
”Värkmästarna” – deltagare, kursuppläggnig och data	126
5.4 Resultat	136
Deltagarnas erfarenheter av att lida av långvarig smärta	136
Metodens måluppfyllelse för deltagarna	140
Att tillämpa den tidsgeografiska arbetsmodellen	147
Frågor om prövning och värdering av arbetsmodeller	149
5.5. Tendenser vid uppföljning efter ett och ett halvt år	151
5.6 Långtidssjukskrivnas arbete med 4M-metoden	152
Reflektioner över studiens syfte och frågeställningar	152
Sammanfattning och slutsatser av fallstudien ”Värkmästarna”	156
6. Fallstudien ”Eget ansvar”: Att förebygga sjukskrivning med 4M-metoden	159
6.1 Bakgrund	159
Syfte och frågeställningar	160

Var har man ett eget ansvar?	162
6.2 Folktandvården som arbetsmiljö	163
Folktandvårdens villkor	163
Tandläkararbetets uppläggnig och karaktär	167
6.3 Auroraprojektets förutsättningar	169
Auroraprojektet – en arbetsmiljöåtgärd	169
Ett regionalt perspektiv på tandvården i NLL	171
Nätverksarbete och identitetsskapande	173
Auroraprojektet som en social rörelse	174
6.4 . Förändringsarbete kring ”Eget ansvar” i Auroraprojektet	176
Introduktion	176
Deltagare och datamaterial i ”Eget ansvar”	177
Datainsamling genom arbetsmodellen	177
6.5 Kan tandläkarnas handlingsutrymme ökas?	183
Att använda 4M-metoden i en större grupp	183
Vad man inser – hur arbetet faktiskt är	186
Identifiering av möjliga åtgärder	192
Från att identifiera möjliga åtgärder till att genomföra konkreta förändringar	195
6.6 Att arbeta med 4M-metoden i ”Eget ansvar”	199
Reflektioner över studiens syfte och frågeställningar	199
Sammanfattning och slutsatser av fallstudien ”Eget ansvar”	202
DEL III. ANALYS OCH SLUTSATSER	
7. Att förändra sitt livssammanhang – analys	207
7.1 Att förändra sitt livssammanhang ur olika aspekter	207
7.2 Analys av livssammanhang i projektet ”Värkmästarna”	209
En vardag i Annas liv	209
Kursdeltagarnas livssammanhang .	214
7.3 Analys av livssammanhang i fallstudien ”Eget ansvar”	216
En tandläkares arbetsdag	217
Kvinnliga tandläkares livssammanhang i relief mot arbete med patienter	220
7.4 Relationer mellan individprojekt och organisationsprojekt	225
”Värkmästarnas” individprojekt i relation till organisationsprojekt	225
Tandvård som individprojekt och som organisationsprojekt	230
8. Individ möter samhälle genom tidsgeografin	235
8.1 Medvetenhet, möjligheter och makt genom tidsgeografi	235
8.2 Avslutande reflektioner	239
Summary	245
REFERENSER	253
BILAGOR	259

DEL I. REFERENSRAM

1. Inledning: gestaltning av problemområdet

1.1 Introduktion

Carina var en av många långtidssjukskrivna kvinnor i Sverige runt sekelskiftet 2000.

- ”Jag har haft värk sedan 60-talet. 1990 kom explosionen. Först var jag helt sjukskriven, sedan började jag jobba 25 %, sedan gick jag upp till halvtid. Efter skilsmässan 1994 gick jag upp till heltid, det slet på hela maskineriet men man måste ju leva. Jag jobbade heltid som kansli - och cafeteriaföreståndare fram till april 1998 då jag blev uppsagd på grund av arbetsbrist. Det blev en väldigt djup svacka efter det. Jag är en väldigt glad och positiv människa i mig själv. Jag tänker att allting ordnar sig – men när det kommer sådana här svackor – man orkar inte hur mycket som helst. Jag gick arbetslös hela 1998 och fick löfte av AMI att jag skulle få en halvtid på x-arbetsplatsen, för jag har ett inlägg om sjukpension på halvtid. I slutet av februari 1999 så fick jag veta att det inte blev något för de fick inte ha lönebidragare där. Jag hade glatt mig så mycket så det blev en svacka. Sedan kom jag igen och ordnade själv så jag fick arbetsprövning på ett företag och det var guld och gröna skogar och jag skulle få arbete där som receptionist, och sedan sa chefen att de inte hade råd att ha mig kvar och att dom hade en omplacering...det blev en djupdykning.”(Carina 53 år)

Den korta sammanfattningen Carina gör av den senaste tioårsperioden visar tydligt hur turbulent hennes liv och framförallt hennes förvärvsliv har varit.

Carina har levt med värk under större delen av livet, men hon har trots det kunnat arbeta fram till 1990. Ett år senare fick hon diagnosen fibromyalgi. I början var hon så sjuk att hennes man fick bära in henne till läkaren, och hon berättar att hon bekostade privata behandlingar för tusentals kronor. Carina lyckades komma igen efter den svåra perioden och successivt öka sin arbetstid till halvtid, men 1994 gick hon igenom en skilsmässa som fick oväntade och svåra ekonomiska konsekvenser. Hon började arbeta på heltid och trivdes bra – även om det slet på kroppen att arbeta så mycket – och hon blev oerhört besviken när hon efter tre år blev uppsagd. Hon gick arbetslös och blev så dålig att hon blev aktuell för sjukpension på halvtid. Hon blev lovad ett halvtidsarbete genom AMI som i sista stund inte blev av – det kändes mycket tungt. Eftersom Carina absolut ville arbeta ordnade hon själv ett arbete med ”framtidsutsikter”. 1999 deltar Carina i en kurs som försäkringskassan anordnar för fibromyalgiker och kursledaren kommenterar Carinas situation:

”I samband med kursslut får Carina veta att företaget inte kan anställa henne p g a att man måste omplacera en redan anställd. Ungefär samtidigt drabbas Carina av akuta ryggsmärtor som troligen måste opereras. Dessa besvär är inte nya. Carina är mycket ledsen och misströstar om framtiden. Känner att det inte går att planera för arbete nu.” (Kursledares rapport)

Den period i sitt liv som Carina beskriver är fylld av vad psykologin beskriver som ”kriser” och traumatiska händelser. Det är händelser som hotar identiteten och ifrågasätter meningen med livet: skilsmässa, uppsägningar, förhoppningar om arbete som blir svikna och en kropp som gör ont och måste lirkas med under hela perioden. Många, idag fullt friska, människor skulle förmodligen löpa stor risk för att bli allvarligt sjuka om de råkade ut för så många uppslitande händelser under en så pass kort period. Trots att Carina under hela den här tioårsperioden själv aktivt försöker återgå i arbete och står i kontinuerlig kontakt med sjuk- och hälsovården, försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheterna, drabbas hon av många motgångar som hon inte kan styra över själv.

I vår kultur präglas människors livssammanhang starkt av förvärvsarbete, men för många spelar också familjeförhållanden, skede i livscykeln, sjukdomar och tidigare erfarenheter i livet en mycket stor roll. Individens egen upplevelse av hälsa och ohälsa är inte alltid förenlig med omgivningens observationer och bedömningar, och det är svårt att hitta enkla orsaks-samband. Debatten och forskningen kring vad som orsakar de ökade sjuk-

skrivningarna är för närvarande intensiv på grund av den kraftiga ökningen av sjuktalen. Orsaker söks på många håll: hos individerna själva, i sjuk- och hälsovården, i försäkringssystemet och framförallt kanske i arbetsmiljön. Men avsikten med denna studie är inte först och främst att söka orsaker till den ökade ohälsan, utan snarare att visa hur ohälsa kan övervinnas och motverkas.

En underliggande hypotes i studien är att individens egen kunskap om sitt arbets- och livssammanhang, måste tas tillvara såväl i arbetslivet som i det offentliga välfärdssystemet. Människor som inte upplever sitt livssammanhang som tillfredsställande känner sig maktlösa, och känslor av maktlöshet kan leda till ohälsa. Därför är det betydelsefullt att arbetslivet och välfärdssystemen fungerar så att de bidrar till en positiv känsla av sammanhang hos individerna och inte ytterligare ökar på känslan av maktlöshet. Det är därför viktigt att människor kan överblicka, analysera, sammanfatta och dra slutsatser från erfarenheter i både arbetslivet och privatlivet samt omständigheter i omgivningen. Den här studien handlar om människors ansträngningar att behålla sin hälsa när den är hotad och att återta den när den har förvandlats till ohälsa. Den handlar om hur människor, som resultat av sådana ansträngningar, kan börja känna en viss makt över sitt liv och börja styra över, istället för att styras av ”omständigheterna”.

1.2 Probleområde

År 1995 låg sjuktalet på 12,9 dagar och Sverige var precis på väg ut ur en lågkonjunktur. Då tycktes det som om framtiden bara kunde förändras till det bättre för alla människor som hade blivit arbetslösa eller ”gått på knäna” av rädsla för att sjukskriva sig i tider av neddragningar och bantade organisationer. Ingen kunde väl då heller förutse att sjukfrånvaron, och framförallt långtidssjukskrivningarna, skulle öka och nå sådana höjder även under högkonjunktur. År 2000 låg ändå sjuktalet på hela 21 dagar.¹ Ingen kunde heller förutse att skillnaden i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor skulle komma att öka så dramatiskt, trots ökad medvetenhet om jäm-

¹ Sjuktalet definieras som antal utbetalda dagar med sjukpenning per sjukpenningförsäkrad per år. Alla dagar med sjukpenning, oavsett omfattning hel, halv osv., räknas som **en** dag (http://www.rfv.se/stat/manadsta/sjukh/tal_kom.htm).

ställdhetsproblematik och partiernas anammande av feministiska idéer. År 1995 var skillnaden mellan mäns och kvinnors sjuktal 4 dagar, men skillnaden fem år senare var hela 11,7 dagar.² Andelen sjukskrivna och förtidspensionerade uppgick sammantaget vid årsskiftet 2001/2002 till nära 16 % av befolkningen i arbetsför ålder (SOU 2002:5, vol. 1, s 98).

Ur ett samhällsperspektiv är utvecklingen av sjukskrivningar och förtidspensioner hisnande framför allt på grund av de kostnader de har kommit att medföra. Därför koncentrerar sig myndigheterna på olika sätt att rehabilitera arbetsförmågan. För den enskilde individen är den upplevda ohälsan som ibland leder till sjukskrivning ett svar på förändringar i arbets- och livssammanhanget. Sådana för individen ogynnsamma förändringar är i sin tur ofta betingade av faktorer i den allmänna samhällsutvecklingen. Den utvecklingen kan, samtidigt som den ur individperspektivet är ogynnsam, ur effektivitets- och lönsamhetsperspektiv ses som gynnsam och utifrån det perspektivet applåderas.

Att sambandet mellan arbetsmiljö och hälsa är starkt bekräftas i forskningen (Vikenmark & Anderson 2002; Göransson m.fl. 2002). Arbetslivets förändring på grund av den ökade internationaliseringen och den snabba informations- och kommunikationsteknologiska utvecklingen får konsekvenser för arbetets innehåll och organisation. Även lagar och regler som styr arbetsmarknaden och dess stödstrukturer, som exempelvis sjukförsäkringssystemet, förändras, vilket kan innebära större osäkerhet för individen. Den privata sektorn ingår i en alltmer integrerad världsekonomi och styrs av vinstintressen som ställer krav på en mycket flexibel arbetskraft.

Samtidigt försöker den offentliga sektorn effektivisera sina verksamheter, delvis enligt industriella modeller från den privata sektorn – modeller som även där betraktas som föråldrade (Johansson 1997; Lindgren 1999). Arbetslivets förändring där magra organisationer och 'outsourcing' är ledstjärnor, kan å ena sidan medföra att den anställde får osäkra och obeständiga relationer till arbetsplats och arbetsgivare (jfr. Carinas turbulenta yrkesliv) men kan å andra sidan också medföra en ökad press på anställda även om jobbet i sig inte hotas. Så ökar till exempel kraven på

² 1995 var sjuktalet för män 10,5 dagar respektive 15,5 dagar för kvinnor. År 2000 var sjuktalet 15,5 dagar för män och 27 dagar för kvinnor (http://www.rfv.se/stat/manadsta/sjukh/tal_kom.htm).

insatser från de allt färre anställda inom offentlig sektor på grund av besparingar speciellt inom skola, vård och omsorg. De sammantagna konsekvenserna av dessa utvecklingstendenser är bland annat att kvinnliga anställda i den offentliga sektorn blivit en speciellt utsatt grupp vad gäller långtidssjukskrivning. Carinas berättelse visar att hon är en människa som, trots sin sjukdom, envist och aktivt försöker återgå i arbete. Det är när hon blir arbetslös som hennes hälsa försämras så mycket att förtidspension blir aktuell, och det är när det halvtidsarbete som hon blivit lovad och sett fram emot inte blir av, som hon hamnar i en ”svacka”. Förutsättningarna för Carinas liv och arbete ändras ofta drastiskt och hon utsätts för övermäktiga krav. Det är svårt för henne att urskilja var gränsen går mellan hennes eget ansvar för sin situation och arbetsgivarens respektive samhällets åtaganden. Att inte kunna påverka sin egen situation och känna sig styrd av omständigheter som man inte kan kontrollera själv, ökar risken för stress och svårbestämda fysiska symptom som kan leda till både långtidssjukskrivning och förtidspensionering (Frankenhaeuser & Ödman 1983).

Kännetecknande för sådan ohälsa är att den är svår att diagnosticera medicinskt. Därför är det också svårt att veta hur man ska behandla den. Höga sjukskrivningstal, tillsammans med den pågående debatten om utbrändhet, visar på behov av att ta hand om medicinska problem som uppstår, men ”utbrändhet” och svårdiagnosticerad ohälsa har sannolikt inte bara med medicinska faktorer att göra. Oklarhet om vad som ligger bakom symptom på ohälsa har ökat medvetenheten om att människans livssammanhang som helhet kan dölja företeelser i livet som kan påverka hälsan, även om de ligger långt utanför det rent medicinska området.

Utifrån den arbetslivsrelaterade problematiken och dess konsekvenser för människans hela vardagsliv, blir det allt tydligare att det behövs metoder som kan användas såväl i förebyggande syfte, innan människor blir sjuka, som i rehabiliteringssyfte, när människor redan hamnat i situationer av sjukdom och långtidssjukskrivning. Kulturgeografiska och framförallt tidsgeografiska tanketraditioner kan utgöra en grund för att bättre förstå människors komplexa livssammanhang i det moderna samhället. Det tidsgeografiska synsättet belyser och beaktar systematiskt hur konkreta och abstrakta förhållanden i tidrummet utövar restriktioner och sätter ramar för människors liv och leverne. Utifrån detta synsätt har en tidsgeografisk dagboksmetod och arbetsmodell utvecklats som syftar till att människan själv ska kunna analysera och aktivt förbättra sitt livssammanhang (Ellegård & Nordell 1997). Den grundar sig på antagandet om att det

primära i ett framgångsrikt förändringsarbete är att varje människas egen medvetenhet om sitt livssammanhang och sin möjlighet att ta eget ansvar, handla och agera, stöds och utvecklas. Därför benämns den tidsgeografiska dagboksmetoden och arbetsmodellen Min Medvetenhet, Möjlighet och Makt, 4M-metoden (se vidare Nordell, 2000).

1.3 Syfte och frågeställningar

Den övergripande forskningsfrågan i avhandlingen är hur man kan utnyttja det tidsgeografiska synsättet för att bättre förstå de problem som möter människor i det moderna samhället. Starka, men otydliga och komplexa krav på flexibilitet i arbetslivet avseende arbetstid och arbetsinsats har många betydelser och tar sig många uttryck i praktiken. Vad betyder sådana krav för den enskilda människans behov av kontinuitet och upplevelse av att kunna styra sitt vardagsliv, där hon försöker pussla ihop alla aktiviteter som måste fullföljas – i hem och arbetsliv – för att realisera vardagens projekt?

Huvudsyftet med föreliggande arbete är därför att utveckla, pröva och värdera om man med hjälp av ett tidsgeografiskt angreppssätt kan stödja människor att inom olika livsområden förändra och påverka sitt livssammanhang i en för individen själv önskvärd riktning. Ett *delsyfte* är att undersöka om eventuella ökade insikter om det egna livs- och arbetslivssammanhanget genom tidsgeografisk analys speglas i upplevelser av egenkontroll (självstyrning), eget ansvarstagande och förbättrat hälsotillstånd. Ett annat *delsyfte* är att utröna om resultatet av människors tidsgeografiska analys av sitt livssammanhang kan bidra till att beskriva, förstå och förklara de vardagsanknutna problem som de möter i det moderna samhället.

I den empiriska delen av avhandlingen som omfattar två fallstudier (kapitel 5 och 6), vidareutvecklas, prövas och värderas den tidsgeografiska dagboksmetoden och arbetsmodellen (4M-metoden) i förändringsprocesser, såväl i rehabiliteringsverksamheter för långtidssjukskrivna, som inom arbetslivet för att undvika sjukskrivningar i ett yrke med hög sjukskrivningsrisk. Inom ramen för fallstudierna berörs övergripande aspekter på 4M-metoden, dels dess funktion som ett förändringsredskap

som sådant, dels hur metoden fungerar i olika tillämpningssammanhang och därmed hur den kan situationsanpassas på olika sätt. Den ena aspekten behandlar således frågor om den tidsgeografiska dagboksmetodens måluppfyllelse för deltagarna, medan den andra aspekten rör värdering av de arbetsmodeller (på individ- och gruppnivå) som prövas i olika sammanhang. I respektive fallstudie har mer specifika frågeställningar knutits kring båda dessa aspekter som rör deltagarnas måluppfyllelse och prövning och värdering av 4M-metoden

1.4 Omfattning och avgränsning

Den empiriska delen av avhandlingen omfattar alltså två fallstudier. I den ena fallstudien tillämpas och prövas 4M-metoden inom rehabiliteringsverksamhet, och den integreras i ett arbetssätt som är anpassat efter professionella rehabiliteringsverksamheters krav. Det innebär bland annat att individen står i fokus för arbetet och fallstudien benämns *Värkmästarna*. I den andra fallstudien tillämpas och prövas metoden inom ett arbetsmiljöprojekt inom vårdsektorn och syftar till att förebygga ohälsa för en riskgrupp. Här skiljer sig sättet att arbeta åt från den första fallstudien, främst genom att arbetet visserligen har bedrivits med individen som utgångspunkt, men har haft gruppen som fokus. Denna fallstudie benämns *Eget ansvar*.

Den första fallstudien, *Värkmästarna*, ingick i min licentiatuppsats ”Kan omedvetna begränsningar bli medvetna möjligheter – En tidsgeografisk studie av långtidssjukskrivnas livssammanhang” (Nordell 2000). Fallstudien utgörs av en kurs vars innehåll strukturerades enligt 4M-metoden. Kursen gavs för personer med långvarig smärta och drevs på uppdrag av försäkringskassan.³ I den andra fallstudien tillämpades 4M-metoden i ett arbetsmiljöprojekt inom folktandvården i Norrbottens Läns Landsting. Det ingick där som en del i projektet under rubriken *Eget ansvar*.

³ I licentiatuppsatsen ingick även en fallstudie där 4M-metoden använts på en vårdcentral inom ramen för ordinarie behandlingsarbete.

I fallstudierna ingår enbart kvinnor. Den första fallstudien var inledningsvis inriktad på långtidssjukskrivna utan hänsyn till kön, men i tillämpningen deltog enbart kvinnor. Arbetsmiljöprojektet inom folktandvården var selektivt inriktat mot kvinnliga tandläkare på grund av deras höga sjukfrånvaro.

Teoriansatsen byggs upp kring individens livssammanhang och hur det framträder såväl ur individens som ur samhällets perspektiv. I metodansatsen beskrivs den tidsgeografiska metod som ligger till grund för studien. Eftersom avhandlingens inriktning är metodutveckling så redovisas metodologiska överväganden kring tillvägagångssätt, materialinsamling, analys och resultat utförligt.

Studien begränsas till att pröva antagandet att människor, genom att få större insikt om förgivettagna livssammanhang också kan erfaras ett vidgat handlingsutrymme och därmed en ökad känsla av egenkontroll. Däremot gör den inte anspråk på att försöka utreda eller förklara orsaker till ohälsa som leder till sjukfrånvaro. Sådana studier ligger inom andra forskningsfält.

1.5 Disposition

Det här arbetet är utgörs av tre huvudsakliga delar. Del I utgör en referensram för studiens empiriska del. Del II presenterar de båda empiriska fallstudierna och del III innehåller en generell analys och slutdiskussion.

Efter det introducerande kapitlet i del I, tecknas den teoretiska referensramen i kapitel 2. Det inleds med en genomgång av det tidsgeografiska synsätt som genomsyrar avhandlingen och som här understöds av tankegångar från fenomenologin och den symboliska interaktionismen. I den andra delen diskuterar jag vad som är ett "gott" liv och ett "gott" arbete såväl utifrån ett samhälleligt välfärdsperspektiv som utifrån individens upplevda verklighet. I kapitel 3 görs en genomgång av studiens uppläggning, tillvägagångssätt och metodiska överväganden. Kapitel 4 avser att ge en bild av arenan för fallstudierna. Den arena där fallstudierna utspelar sig, delar av den offentliga sektorn, kännetecknas bland annat av att en stor del av de anställda är kvinnor och av att sjukskrivningstalen är högre än genomsnittet.

Del II omfattar två kapitel som presenterar de två fallstudierna inom offentlig sektor. Var och en av dessa fallstudier kan även läsas som en hel studie, med syfte, frågeställningar, genomförande och resultat. I kapitel 5 presenteras fallstudien *Värkmästarna* där 4M-metoden används i en arbetsmodell för rehabilitering av långtidssjukskrivna. I kapitel 6 presenteras fallstudien *Eget ansvar* där 4M-metoden används i en arbetsmodell för förändringsarbete inom tandvården, som syftar till att förebygga ohälsa.

Del III omfattar kapitel 7 och 8. I kapitel 7 görs en generell analys utifrån tidsgeografiska begrepp och i kapitel 8 förs en avslutande diskussion.

2. Att leva livet – och fånga in dess komplexitet

2.1 Introduktion

Avhandlingen är en aktionsinriktad studie av hur kvinnor kan ta makt över sitt vardagsliv och sitt förvärvsarbete. Det tidsgeografiska synsättet som ger möjligheter att beskriva och gestalta människors livssammanhang, präglar avhandlingen och genomsyrar fallstudierna. Därför inleds genomgången av den teoretiska referensramen med en presentation av det tidsgeografiska synsättet och en behandling av, för avhandlingen, viktiga tidsgeografiska begrepp. Det bärande begreppet i den här avhandlingen är "livssammanhang".

Tidsgeografin har fått kritik för att vara ett modernismens redskap och sakna förmåga att problematisera mer subjektiva dimensioner i människors liv.⁴ Det kan förvisso ibland finnas fog för sådan kritik, men det är också möjligt att tillsammans med andra teoretiska inriktningar använda tidsgeografin så att både subjektiva och objektiva dimensioner av livet blir synliga. I avhandlingen stöder jag det tidsgeografiska synsättet med den fenomenologiska teoribildningen med begrepp som "livsvärld", "vardagsvärld" och den "levande kroppen". Jag tar vidare hjälp av "symbolisk

⁴ Se ex. Rose 1993.

interaktionism” som även den innehåller begrepp som kompletterar det tidsgeografiska synsättet. Deltagarna i fallstudierna är förvärvsarbetande och långtidssjukskrivna kvinnor och därmed är genusproblematiken också aktuell. Avhandlingens fokus är att deltagarna i fallstudierna, genom ett ökat medvetande om sina livssammanhang, ska upptäcka vad de själva kan förändra i sina liv. Därför stöder jag mig också på Robert Kegans (1994) principer för hur individen konstruerar sina erfarenheter och hur dessa sedan blir tillgängliga för individen att reflektera över. En kraftfull linje i hans arbete är hur individen ser på sig själv i relation till kraven från omgivningen och hur den relationen kan utvecklas.

Då deltagarna i fallstudierna i ena fallet är långtidssjukskrivna kommunanställda och i andra fallet landstingsanställda tandläkare så försöker jag också i det här kapitlet för en diskussion kring ”det goda livet” och ”det goda arbetet”, såväl ur samhällets som ur individens perspektiv. Slutligen behandlar jag kort ”hälsa och livssammanhang” ur en salutogen ansats (Antonovsky 1991).⁵

2.2 Människan i tidsgeografin

Det tidsgeografiska synsättet

”Den enskilda personen och hennes odelbara livsvärld har försvunnit ut mellan maskorna i det nät vi försökt fånga verkligheten med” (Hägerstrand 1977, s 17).

I skriften ”Att skapa sammanhang i människors värld” poängterar Torsten Hägerstrand (1977) hur arbetsdelningen och specialiseringens tänkande genomsyrat vetenskapens begreppssystem under ett par hundra år så att ”komponentprincipen” systematiskt har överordnats individernas behov. Han menar att människan är odelbar och har krav på sammanhang, vilket bör vara utgångspunkten i all social forskning.

⁵ I den salutogena ansatsen handlar individens hälsa om vilken förmåga hon har att bemästra omvärlden (se s 44).

”I den meningen är tidsgeografin en slags protest mot den vetenskapliga huvudlinje som bygger på att objekt tas ut ur sitt sammanhang för att studeras experimentellt eller på annat sätt renodlat.” (Hägerstrand 1991, s 133)

Som ett sätt att strukturera komplexa samhällsliga fenomen och komma bortom vetenskapens traditionella kategoriseringar och tankefigurer hänvisar Hägerstrand (1985) till filosofen Karl Poppers tre sammanhängande världar. *Värld 1* innehåller alla fysiska materiella företeelser som man kan ta och se på, inklusive människans egen kropp. Denna värld innehåller såväl naturens egna företeelser, som ting som är tillverkade av människor. *Värld 2* finns inom människan, den består av hennes tankar, idéer, tolkningar och känslor. På individnivå är alltså människans hjärna en del av värld 1, medan tankarna som alstras i hennes hjärna ingår i värld 2. Den enskilda människans egen värld 2 påverkas såväl av hur omgivningen i värld 1 ser ut, som av hennes erfarenheter och hennes resurser att själv utnyttja omgivningen. *Värld 3* är den kulturella världen som är skapad av människor. Den består såväl av myter, historier, konst, och matematiska teorem som av regler, lagar och överenskommelser om hur man ska uppföra sig i samhället.⁶ Värld 3 ändras som följd av att nya idéer föds, sprids och ersätter gamla, och som följd av att nya artefakter utvecklas (värld 2 och 1 förändras). Lenntorp (1998) liknar världen och livet vid ett drama i tre delar, där värld 1 motsvarar den faktiska scenen, teaterns fysiska infrastruktur och de fysiska aktörerna (den fysiska världen). Värld 2 (den inre mentala) motsvaras av hur rollerna utformas och internaliseras av aktörerna och hur erfarenheter och intentioner påverkar framtida rolluppfattningar. Denna inre värld kan endast observeras indirekt. I värld 3 (vår gemensamma kunskap) slutligen, formas rollerna för individen genom samhällets gemensamma normer, värderingar och regler, samhällets sätt att bedriva verksamhetsformer och på vilka sätt verksamheter bör bedrivas.

Tidsgeografin kan genom dess notationssystem avbilda scenen och de fysiska aktörernas rörelser i tid och rum, tidrummet. Notationen kan användas för att fånga upp den fysiska och direkt observerbara världen. Detta innebär att tidsgeografin lägger stor vikt vid den materiella världen och dess betydelse för all verksamhet i samhället. Den icke direkt observerbara världen, framförallt Poppers värld 2, kan inte representeras på

⁶ Geografen Judith Gerber (1997) menar att triaden *fysisk* (värld 1), *mental* (värld 2), *social* (värld 3) ligger till grundval för ämnesgränserna mellan fysisk/behavioristisk geografi och kultur/social geografi.

samma sätt men är ändå lika intressant. Lenntorp (1998), menar att tidsgeografins beskrivning av den yttre världen ger en stabil grund för analys av både den inre och den yttre världen.

Utgångspunkten för tidsgeografen är att skeenden i samhället kräver fysiskt utrymme och då utgör tidrummet en resurs, men den resursen är begränsad och detta ger upphov till trängsel och packningsproblem. Tidsgeografen betonar begreppen process och kontext. När process och kontext ses i ett sammanhang, så uppmärksammas att vad som existerar i en situation sätter gränser för vad som är möjligt i nästa situation på grund av ”knapphet på resurser, tid, utrymme etc.” (Åquist 1992). Tidsgeografi ger ett konsekvent processuellt synsätt vilket saknas i många mer ”läges”- orienterade/ ”tillfälles”- orienterade samhällsvetenskapliga ansatser. De visar ’hur något är’ men tidsgeografen visar snarare ”hur något blir (som det är under en period)”.

Ett processuellt och kontextuellt synsätt ställer krav på att händelser och skeenden noteras genom en samtidig beskrivning i tid och rum, tidrummet. Tiden brukar redovisas som klocktid, veckor eller år längs en tidsaxel. Tidsgeografen har ett absolut tids- och rumsbegrepp, vilket har orsakat invändningar. Lundén (2002) menar dock att för de sammanhang där tidsgeografen används – människans vardag- är dessa invändningar ointressanta. En annan invändning är att människor uppfattar tid och rum olika, dvs. varje individ och individer i olika kulturer har egna uppfattningar om rum och tid. Den grundläggande uppfattningen i tidsgeografi är dock att vår tidmätning är *ett sätt* att registrera förlopp, tillstånds- och lägesförändringar, inte att klocktiden är en reellt existerande tidsdimension (Lenntorp, 1998, s 70).

Tidsgeografi är inte en teori utan snarare ett synsätt, ett sätt att formulera och utveckla en världsbild. Den ska vara en hjälp att analysera och foga samman kunskaper från skilda områden snarare än orienterad mot att studera särskilda fenomen eller företeelser (Lenntorp 1998, Åquist 1992). Torsten Hägerstrand (1986) ser hela geografins kärna som en hopfogningslära där geografins styrka borde vara att kunna sammanfoga kunskap från skilda områden. Lenntorp poängterar att när tidsgeografen kombineras med andra teorier kan den materiella världen (geografen) inte klistras på i ett sent skede av en analys, utan måste vara en integrerad del av ansatsen för att kunna spela sin väsentliga roll. Nilsson (1994) tycker att det är över-

raskande att inte fler tidsgeografer förenat infallsvinklarna hos fenomenologi och existentialism med tidsgeografen. Han refererar till kulturgeografen Derek Gregory som säger att det föreligger en grundläggande komplementaritet mellan projektbegreppet i tidsgeografisk och i fenomenologisk mening.

Enligt Bo Lenntorp (2000) kan man inte tala om flera olika tidrum; alla människor, tillsammans med allt annat levande, artefakter och teknik existerar i samma tidrum. Vid studier måste man begränsa sig till att undersöka mindre avsnitt i tidrummet, lokalt ordnade fickor, där en del av tidrummet är avgränsad.

”Allt som existerar i tidrummet har en varaktighet och alla gränser är i tidrummet” (Nilsson 1994, s 36).

Tidsgeografiska begrepp

Biografi – individbana

”I en biografi är en individs liv i centrum, men den utgör trots detta en projektion av förhållanden i samhället” (Lenntorp 1992, s 64).

En god självbiografi är ett instrument för att analysera hur en person har konfronterats med och uppfattat sin omgivning inramad av samhällets fortlöpande förändringar (ibid. s 65). Med utgångspunkt i att livet formas genom ett kontinuerligt samspel mellan människan och hennes omgivning kan biografien ge en fördjupad förståelse för en persons livshistoria och hennes reaktioner under skilda omständigheter. Biografier över en längre historisk period hjälper oss att förstå vad som föregått det som händer nu och dagböcker över kortare tidsperioder ger en orientering om vad som var aktuellt i livet just när de skrevs. Biografier och dagböcker bidrar således till att förankra händelser i individens tidigare val i livet och i hennes fysiska och föreställningsmässiga begränsningar (Ellegård & Nordell 1997).

När vi lever och handlar avsätter vi spår i tidrummet och dessa spår bildar en osynlig stig som obruten fortsätter tills vi dör. Biografin kan därför i tidsgeografin illustreras grafiskt genom att teckna en bana som kontinuerligt följer individen och ordnar händelser i hennes tillvaro i tid och rum. En sådan *individbana* ger en bild av en människas liv under en längre eller kortare tidsperiod och är ett sätt att grafiskt tydliggöra människans odelbarhet och livssammanhang. En individbana som bygger på en grundstruktur av hennes rörelser (flyttningar) och förflyttningars historia i tid och rum kan ge upphov till ytterligare frågor och visa behov av kompletterande information. I sjukvården kan den till exempel utgöra grundstrukturen för autoanamneser (Lenntorp 1992). En individbana som tecknas utifrån en människas dagbok kan tydliggöra de ramar och restriktioner för liv och arbete som hon möter under dagboksperioden (Ellegård 2000, Åqvist 1992).

Handlingsutrymme

Utifrån ett tidsgeografiskt perspektiv bestäms en människas handlingsutrymme av de restriktioner som begränsar hennes möjligheter att genomföra sina projekt. Begränsningarna kan vara av de mest skiftande slag, men de kan ändå lagras på varandra, och slutresultatet blir ett avgränsat öppet område inom vilket individen kan anses ha ett fritt val (Friberg 1990, s 106). Inom detta utrymme har individen rent principiellt möjlighet att handla och påverka sin situation. Huruvida hon sedan är medveten om sina handlingsmöjligheter eller väljer att utnyttja dem, det är en annan fråga. Utanför det avgränsade öppna område där människan har fria valmöjligheter, utbreder sig områden med handlingsbegränsningar som kan graderas efter den kollektiva ansträngning som behövs för att förändra dem: från begränsningar som kan härledas till relationer med andra människor och som kan omförhandlas relativt lätt, till lagar och förordningar som bara kan ändras genom långa politiska processer och som därmed måste ses som absoluta begränsningar för den enskilde.

Restriktioner

Som framgått ovan är ett centralt begrepp inom tidsgeografin *restriktioner* i tidrummet. Restriktionerna grupperas i tre kategorier: ”styrnings- eller auktoritetsrestriktioner”, ”kopplingsrestriktioner” respektive ”kapacitetsrestriktioner”.

Styrnings- eller auktoritetsrestriktioner innebär att lagar och regler styr vad som är tillåtet och därmed möjligt att utföra utan sanktioner. Inom ett maktområde eller en domän har endast vissa personer eller grupper av personer rätt att fatta beslut och utöva kontroll (Friberg 1990, Ellegård 2001). En stor del av de restriktioner som professionella vårdanställda möter i sitt arbete utgår ifrån organisationens agenda där vissa restriktioner är institutionellt befästa i lagar och förordningar medan andra restriktioner uttrycks som råd och anvisningar. I det första fallet är restriktionerna de facto svåra att påverka utan beslut av riksdag eller departement medan de i det andra fallet kan ändras av myndigheten. Dock kan de även här upplevas som svåra eller omöjliga att påverka för den enskilde anställde, vilket får effekter på hennes handlingsutrymme.

Kopplingsrestriktioner innebär att människor måste kopplas ihop med andra människor liksom med redskap och material för att produktion, konsumtion och social samvaro ska kunna komma till stånd (Friberg 1990). Kopplingen tar sig gestalt i tidrummet och grundas på överenskommelser och förpliktelser. Alla yrkesutövare är exempelvis starkt knutna till sina redskap och till utrymme för att utöva sitt yrke. Kopplingar i arbetslivet upprätthålls i vardagen genom att de återskapas när aktiviteter genomförs. Kopplingar av denna art kan omprövas om de restriktioner de ger upphov till blir negativa. I vissa organisationer skapar invanda kopplingar, i form av relationer mellan människor och ting, hinder för förändring och nytänkande. Sådana negativt verkande kopplingsrestriktioner, som för en utomstående kanske kan tyckas lätta att förändra, kan av den enskilde medarbetaren upplevas som om de vore svårpåverkade styrningsrestriktioner. Kopplingsrestriktioner finns utöver på arbetsplatsen, naturligtvis inom alla slag av grupper som människor ingår i, inte minst mellan medlemmar inom en familj. Här är dock utrymmet att förhandla bort destruktiva kopplingar betydligt mindre, även om skilsmässor förekommer, liksom splittring av relationer mellan föräldrar och barn.

Kapacitetsrestriktioner begränsar individens verksamhet på grund av hennes biologiska egenskaper och tillgång till kunskapsresurser, ekonomiska resurser, utrustningsresurser, förflytningsresurser etc. Det finns restriktioner som huvudsakligen påverkar användande av tiden, t. ex behovet av att sova ett antal timmar i sträck och att äta. Bådadera måste ske med en viss regelbundenhet (Friberg 1990, s 105). Handikapp av olika slag innebär tydliga kapacitetsrestriktioner.

Projekt

Ytterligare ett viktigt begrepp i tidsgeografin är *projekt*. Ett projekt utgör ett större, målinriktat sammanhang som kan inbegripa flera olika typer av aktiviteter. Ellegård (2001, s 45) skriver:

”En väsentlig grund för människans vardagstillvaro skapas genom att hon i sina tankar formulerar vad hon vill göra (och tror att hon kan göra) och sedan omformar hon sin viljeinriktning till mer påtagliga projekt. Hon strävar efter att förverkliga projekten genom att försöka passa in de aktiviteter som krävs för att projektet ska kunna realiseras i mängden av andra aktiviteter som hon måste genomföra och i den fysiska omgivning hon vistas i.”

Ett projekt kan alltså definieras som de aktiviteter som krävs för att åstadkomma ett visst syfte. Så är till exempel ”att fostra barn” ett projekt som innebär aktiviteter under många år. Ett annat är ”att laga middag” som innebär aktiviteter under en kortare tidsperiod. Aktiviteterna i ett projekt följer inte med nödvändighet direkt efter varandra över tid, utan en människas alla olika aktiviteter under t. ex en dag ingår i många olika projekt med varierande varaktighet. Aktiviteter kan också tillhöra ett eller flera projekt. Aktiviteten ”att gå ut med hunden” kan både vara en aktivitet i projektet ”djurvård” och en aktivitet i projektet ”egenomsorg”. Projekt kräver utrymme i tidrummet och dessutom krävs ofta samordning av flera individers aktiviteter. Kopplingsrestriktioner kan här göra sig gällande vilket innebär att en del planerade projekt inte kan genomföras.

Individprojekt och organisationsprojekt

Ellegård (2001) talar om två olika former av projekt, *individprojekt* och *organisationsprojekt*. Individprojekt innebär att den enskilde utför aktiviteter för att nå sina egna mål, till exempel förvärvsarbete för att få pengar till mat och andra förnödenheter, medan organisationsprojekt innebär att människor i ledningen för en organisation sätter upp mål för organisationens verksamhet. Detta kräver i allmänhet att flera människor deltar, (till exempel en fabrik med alla dess olika arbetsuppgifter). Ett individprojekt (t.ex. förvärvsarbetet) ingår ofta som en del i ett organisationsprojekt (fabrikens verksamhet).

För att en organisation ska fungera så bra som möjligt så bör de olika individprojekten och organisationsprojektets målsättningar överensstämma

i vissa väsentliga delar. För människor som arbetar med andra människor eller "liv" (Bejerot 1998), är ofta individprojektets mål och de personliga ambitionerna förknippade med de människors välbefinnande som man är professionellt anställd för att ta hand om. Däremot styr de organisationer vars syfte är att arbeta med "liv", numera i allt högre grad mot ekonomiska mål. Sådan obalans mellan den vårdande individens och organisationens mål skapar utrymme för problematiska förhållanden på arbetsplatsen.

Allwin (1987, s 198) uttrycker det som att den arbetande individen ställs inför en potentiell identitetskonflikt, mellan sina personliga ambitioner med individprojektet som hon formulerar som något värdefullt och eftersträvansvärt i social och kulturell mening och sin egen systemanpassade kompetens som är något som hon förstår som effektiv och funktionell för organisationen. Ett handlande i enlighet med de egna personliga ambitionerna (individprojektet) bör därför resultera i något som är socialt och kulturellt bekräftande, medan ett handlande som endast följer den egna funktionella kompetensen måste kunna uppfylla de krav som organisationen (systemet) ställer på det. Det innebär att om individens personliga ambitioner och systemfunktionella kompetens är i konflikt med varandra så kan det leda till olika slags fysiska och psykiska symptom. Detta kan exempelvis ske när individens förväntningar på ett arbete inte stämmer överens med hur arbetet faktiskt gestaltar sig och när hon inte kan realisera sina planer (individprojektet) inom ramen för arbetsplatsens styrsystem (organisationsprojektet), och när arbetet tvingar henne att anta en roll som hon inte är tillfreds med.

2.3 Livssammanhang – ett centralt begrepp

Livssammanhang, både objektivt och subjektivt

Livssammanhang är avhandlingens mest centrala begrepp⁷, och i detta avsnitt ska jag definiera begreppet. Man kan se på en människas livssammanhang ur olika synvinklar. Livssammanhanget kan för det första ses

⁷ Sammanhangen mellan rum, tid och människors handlande utgör essensen i det tidsgeografiska synsättet enligt Hägerstrand (1985). Friberg (1990) utvecklar specifikt kvinnors livssammanhang och handlande i tid och rum.

som något objektivt och konkret, dvs. det kan ur vissa aspekter observeras utifrån och beforskas. För det andra kan livssammanhanget betraktas som subjektivt och upplevt. Såsom subjektivt och upplevt kan livssammanhanget inte observeras utifrån, dvs. det kan te sig helt annorlunda för människan som själv upplever det än för den forskare som iakttar det utifrån. Livssammanhangets karaktäristika beror framförallt på hur den enskilda människan organiserar vardagslivet, och vilka mönster av förvärvsarbete, egenarbete och fritid som realiserar; hur familjesituationen ser ut, var man är bosatt, var och när man arbetar och hur man förflyttar sig. Såväl ur objektiv och som ur subjektiv synvinkel präglas livssammanhanget av några aspekter, både samhällsburna och individburna: Vilket kön man tillhör är en viktig aspekt för hur ett livssammanhang ser ut i de flesta samhällen i världen. Livssammanhanget får också karaktärsdrag av människans hälsotillstånd, om hon är sjuk eller frisk, (i såväl objektiv som subjektiv bemärkelse). Andra aspekter är de olika restriktioner som olika typer av samhällssystem sätter för människans livsmöjligheter.

Från konkret och objektiv synvinkel är livssammanhanget relativt lätt att beskriva med hjälp av olika typer av datamaterial, och forskare kan se mönster och få en uppfattning om hur det ser ut för individer och, utifrån kategoriseringar och generaliseringar, även för större grupper av människor. För det första är det lätt att konstatera vilket kön en människa tillhör. För det andra är det lätt att konstatera var en människa befinner sig i sin livscykel, om hon är ung eller gammal, om hon är ensamstående eller sammanboende, om hon har små barn eller gamla föräldrar som behöver hjälp – med allt vad det innebär av vardagliga omsorger. För det tredje är det ganska enkelt att identifiera omständigheterna runt omkring henne som förändras på grund av olika faktorer; familjen kan till exempel påverkas av en skilsmässa, i arbetslivet sker uppsägningar eller byte av jobb som förändrar de ekonomiska förutsättningarna, samhällsomvandlingar av mer strukturell natur som påverkar hela orter är ytterligare tänkbara faktorer. Slutligen kan den fysiska och psykiska hälsan i olika livsfaser, förutsatt att den är diagnosticerad, verifieras genom medicinska journaler.

Människans subjektiva upplevelse av sitt livssammanhang däremot är betydligt svårare att fastställa. Primärt kan den endast tolkas och förmedlas av henne själv och sekundärt kan den tolkas mot bakgrund av medlemmarnas i forskarsamhället förförståelse.

Definition av livssammanhang

Jag har sökt ett begrepp som kan användas genomgående i studien för att beskriva den kontext som en människa befinner sig i inte bara vid en viss tidpunkt eller under en period utan även när hon växlar mellan olika stadier i livet. Begreppet ska innesluta flera aspekter på denna kontext som breder ut sig geografiskt, socialt, mentalt och tidsmässigt. Begreppet livssammanhang motsvarar dessa krav.

Hur kan man då definiera ett livssammanhang i förhållande till tidrummet och de fickor i världen som karaktäriseras av någon slags överenskommen ordning (lokala ordningsfickor)? Livssammanhanget breder ut sig geografiskt och omfattar alla de handlingar och aktiviteter som en människa utför i det geografiska rummet. Det innehåller också alla de människor och artefakter som hon samverkar med. Dessutom innehåller det alla subjektiva upplevelser som försiggår under det att aktiviteter äger rum. Livssammanhanget breder också ut sig bakåt i tiden mot de handlingar som redan har utförts, förflyttningar som har gjorts, tankar som har tänkts, möten som har skett och de erfarenheter som har dragits av dessa. Till sist sträcker det sig framåt i tiden, mot de olika möjligheter som ännu är fördolda i framtiden. Det innebär att livssammanhanget har en tydlig processuell geografisk karaktär och sammantaget skapar livssammanhanget i olika livsskeden individens tidrumsliga biografi.

Det finns flera snarlika begrepp som helt eller delvis sammanfaller med begreppet livssammanhang: till exempel livssituation (Nilsson 1994) och det fenomenologiska begreppet livsvärld som överskrider livssammanhanget (Moustaka 1994, Bengtsson 1999).⁸

Begreppet livssituation handlar om att definiera tidrumsliga kontexter *vid en viss tidpunkt* där kontexten är beroende av att subjektet har utfört handlingar som har avsatt konkreta spår i tidrummet.

”En situation är inte något i sig själv utan måste betraktas från en viss synvinkel. Den är också beroende av riktning och handling..... Situationen är obestämd tills någon form av projekt definierar den” (Nilsson 1994, s 42).

⁸ Husserl introducerade begreppet livsvärld, dvs. självets förgivettagna vardagserfarenhet.

Livssituation blir med Nilssons definition en situation som betraktas antingen av den som befinner sig i livssituationen eller någon som står utifrån och betraktar den. Den tar form endast i förhållande till en bestämd förändrings- eller handlingsinriktning. Livssituation som begrepp förefaller mig ha en alltför tillfällig karaktär för att vara användbar för mitt syfte.

Syftet med studien är en vidareutveckling av och prövning av en tidsgeografisk metod där begreppet livssammanhang hanteras både teoretiskt och empiriskt. Såsom jag definierat begreppet livssammanhang kan det beskrivas genom sina olika delsammanhang. I det tidsgeografiska synsättets begreppsarsenal för studier av vardagslivet finns fyra sådana delsammanhang: aktivitetssammanhang, geografiskt sammanhang, socialt sammanhang och upplevelsesammanhang (Ellegård & Nordell 1997, Nordell 2000).

Teoretiskt kan livssammanhanget först och främst knytas till fenomenologisk teoribildning och anknyter till dess livsvärldsbegrepp. För det andra kan livssammanhanget också knytas till den symboliska interaktionismen med dess betoning på kontext, aktivitet och process. Det kan också knytas till social teorier som Antonovskys (1991) ”känsla av sammanhang” (KASAM), till teorier om genus och livssammanhang och psykologiska och pedagogiska teorier som behandlar människans förmåga att hantera sammanhang (ex. Kegan 1994), och till aktuella definitioner av hälsa (Medin & Alexandersson 2000).

Metodiskt kan begreppet livssammanhang hanteras och tillföras en processdimension genom det tidsgeografiska synsättet och dess möjlighet att grafiskt illustrera processer och sammanhang (Ellegård 1993;1994, Nordell 2000).

Livsvärlden

Den fenomenologiska teorin problematiserar förhållandet mellan vad som är dolt för människor och vad som är objektiverat och möjligt att förhålla sig till (Moustaka 1994, Bjurvill, 1995, Bengtsson 1999). I normal daglig existens, när man ”lever livet”, befinner sig människan i ett tillstånd som

fenomenologer kallar den ”naturliga attityden”. Det är ett tillstånd av acceptans, som innebär att man inte noterar och inte ifrågasätter vad som händer och sker i det dagliga levernet. Den naturliga attitydens värld kallas för ”livsvärlden”.⁹ Livsvärlden är människans subjektiva bild av sin tillvaro och består av de mönster och sammanhang som tas för givet i det vardagsliv som människor rutinmässigt lever i, utan att göra sitt levande till ett objekt för sin egen medvetna uppmärksamhet. När man är uppslukad i den naturliga attityden så förhåller man sig inte till sin livsvärld, man uppmärksammar inte dess existens. Livsvärlden är då dold som fenomen.

Alfred Schütz myntade uttrycket ”vardagsvärlden”, ett begrepp som är parallellt med livsvärlden (Bengtsson 1999, s 24). Han karaktäriserar vardagsvärlden, som en praktisk och social värld, som ett praxisfält och en delad verklighet. Den är tillgänglig för oss genom vårt erfarenhetsförråd och består inte bara av egna erfarenheter utan också av erfarenheter som den enskilde övertagit från omgivningen. Den vardagliga livsvärlden uppfattas av varje människa som entydig, och utgör verkligheten själv. Genom att studera människors förgivettaganden kan vi få kunskap om deras verklighetsförståelse inom olika områden. Problemet är hur förgivettaganden ska blottläggas.

Husserls livsvärldsbegrepp vidareutvecklades även av fransmannen Merleau-Ponty. Merleau-Ponty kallar livsvärlden för ”vara till världen”, och betonar ambivalensen mellan natur och kultur. I medicinen studeras den levande kroppen som fysiska egenskaper och som relationer mellan sådana egenskaper, dvs. fysiska ting i en objektiv värld. I Merleau-Pontys kroppssubjekt bildar kropp och själ en integrerad helhet – ”den levda kroppen”. Den levda kroppen är subjekt för alla erfarenheter och kan aldrig enligt detta synsätt vara identisk med ett objekt. Alla andra fysiska objekt utmärks av att de alltid är givna ur något perspektiv och av att vi kan byta perspektiv. Utan den levda kroppen som utsiktspunkt skulle det inte finnas perspektiv (Bengtsson 1999, s 21-22). Med den levande kroppen befinner vi oss alltid i ett interaktivt förhållande till vad vi möter i världen. Varje förändring av kroppen medför därför förändringar av hur världen ter sig.

⁹ Fenomenologin grundades av den tysk-tjeckiske matematikern och filosofen Edmund Husserl. Husserl utvecklade livsvärldsbegreppet i en epistemologisk kontext och som utgångspunkt för sitt projekt som syftade till att hitta en absolut och säker grund för vetenskaplig kunskapsbildning (transcendentalt medvetande). Han menade att objektivistisk vetenskap etablerar ett absolut avstånd mellan vetenskap och levtt liv, och den objektiva vetenskapen riskerar att förlora sin betydelse för människors dagliga liv.

Förlorar vi en kroppsdel förändras världen, men världen förändras även vid mindre synliga och omedelbara förändringar, som att tvingas leva med kroniska sjukdomar och smärta eller av att behöva använda instrument som exempelvis glasögon, käpp eller protes. I det vardagliga livet upplevs sjukdom som en störning i den levda kroppen. Störningen inträffar när kroppen hindrar personens projekt i världen. Sjukdomen innebär en genomgripande störning i individens liv och verksamhet. Eftersom kroppen och självet inte uppfattas som åtskilda i den levda kroppen, blir sjukdomen inte enbart ett hot mot kroppen utan ett hot mot personen själv (Jacobsen, 2000, s 76-77).

Livsvärld och geografi

Undersökningen av livsvärldar är intressant för geografisk forskning eftersom den avslöjar dimensioner i dagliga livet som människor ofta tar för givna. Geografen Seamon (1980) menar att om man som geograf ska studera rum, platser och miljöer där människor lever och bor, så måste man först inse att denna plats först och främst grundas i kroppen. Genom kroppssubjektet vet personen var han står i förhållande till familjära objekt, platser och miljöer vilka tillsammans utgör hans dagliga geografiska värld. Han använder begreppet platsbalett, en slags kropp och platskoreografier, som består av aktivitetssekvenser, t ex diska, plöja, bygga hus etc., vilket han menar förenar människor, tid och plats i en organisk helhet. Även Torsten Hägerstrand använder begreppet balett om aktivitetssekvenser i en opublicerad artikel från slutet av 70-talet, ”Social aspects of technological innovation or the ballet of milking cows”.

Seamon (1980) menar att geografer traditionellt har visat en tvekan att utforska förhållandet mellan människa, plats och samhälle. Den geografiska omgivningen har visserligen en roll i mänskligt beteende men den rollen betraktas som mindre viktig än sociala, kulturella och ekonomiska faktorer. Få teorier om andra relationer har därför genererats inom geografin, snarare har man lånat från andra discipliner, särskilt ekonomi, sociologi och psykologi och utforskat deras rumsliga och omgivningsmässiga konsekvenser. Han menar att det finns förutsättningar för att en geografisk forskning, som grundas i öppenhet, livsvärldar och förståelse kan utgöra redskap för planering och policyfunktioner och samtidigt förnya människors medvetenhet om deras ofrånkomliga samband och länkar med geografisk omgivning, rum och plats.

Inom medicinsk geografi har ett intresse för social teori börjat vakna och det har öppnat upp ett intresse för nya sätt att analysera relationerna mellan rum och hälsa, sjukdom och hälsovård (Dyck 1995). Dyck (ibid.) har studerat arbetslösa kvinnor med multiplesclerosis (MS), ”mikrogeografier” i syfte att se hur de hanterar sin arbetslöshet. I studien undersöker hon hur subjektiv erfarenhet tillsammans med vittomfattande sociala och ekonomiska relationer och processer tillsammans skapar dagligt liv och handlande hos dessa kroniskt sjuka kvinnor. Dycks arbete är ett försök att sätta erfarenheten av att leva med en kronisk sjukdom i ett större sammanhang av sociala och ekonomiska relationer som påverkar ”livsvärlden”. För att öka förståelsen för en grupp kroniskt sjuka kvinnor av detta slag behövs kunskap om såväl de strukturella begränsningar som omger dem, som de emotionella och sociala resurser de faktiskt har (Gatrell 2002).

Fenomenologin är intressant för min studie eftersom den lämpar sig väl för undersökningar på individnivå och innebär att kropp och själ bildar en ”sinnligt konkret” integrerad helhet, så som exempelvis Merleau-Ponty poängterade kroppssubjektet, ”levd kropp”. Enligt fenomenologisk teori finns det inga enskilda ting, utan ting och människor bildar hänvisningssammanhang (Bengtsson 1999, s 39-40). Varje givet hänvisningssammanhang har sina horisonter mot andra saksammanhang, sociala sammanhang, handlingssammanhang osv. nu, då och i framtiden. I konkreta situationer i livsvärlden sammanflätas också subjekt och institutionella förhållanden med varandra. Vid studien av andra människors livsvärldar måste de aktuella sammanhangen beaktas som helheter för att enskilda erfarenheter eller handlingar ska bli fullt begripliga.

Föreställningar om verkligheten – symbolisk interaktionism

Det teoretiska perspektivet, symbolisk interaktionism, innehåller ett antal grundläggande föreställningar om verkligheten och om mänskliga relationer. Dessa föreställningar kan hjälpa oss att förstå en del av den sociala verkligheten. De flesta som använder sig av symbolisk interaktionism är mer intresserade av att förstå skeenden än av att förklara eller förutsäga, de är inte främst intresserade av orsak och verkan, utan av förståelse (Trost & Levin 1999 s 11).

Det finns fem hörnstenar som är grundläggande för förståelsen av det perspektiv som symbolisk interaktionism innebär: Det är ”definitionen av

situationen”, att ”all interaktion är social”, att ”vi interagerar med hjälp av symboler”, att ”människan är aktiv” och att ”vi handlar, beter oss och befinner oss i nuet” (ibid.). Speciellt några av dessa hörnstenar har många beröringspunkter med det tidsgeografiska synsättet och kan delvis illustreras med hjälp av den tidsgeografiska notationen.

Definitionen av situationen betyder att om människan definierar eller varseblir situationen som verklig, så är den också verklig i sina konsekvenser. Det innebär att det som en människa varseblir inte endast utgör hennes verklighet, det styr också hennes beteende. Vid varje givet tillfälle definierar var och en av oss situationen på ett bestämt sätt och denna definition bestämmer sedan vårt beteende. Eftersom det är pågående processer innebär det att vi definierar om situationen hela tiden och genom dessa omdefinitioner har vi möjlighet att ändra uppfattning och därmed beteende (ibid. s 12). Terapeuter utnyttjar avsiktligt möjligheten att göra ändringar i definitioner av situationer vid behandling av klienter. En terapeuts uppgift är bland annat att hjälpa en klient som definierar livet som halvtomt, att omdefiniera det till att vara halvfullt. Denna omdefinition eller ”reframing” är en terapeutisk teknik som återspeglar ett perspektiv – nämligen att den sociala verkligheten är subjektiv och kan uppfattas på många sätt. Genom omdefinitionen hjälps klienten att få en annan förståelseram. Situationen utgörs av hela situationen, inte endast de personer som man interagerar med. Den egna sinnesstämningen och hälsotillståndet är en del av situationen. Temperatur och väderförhållanden är andra delar. Andra delar är var vi befinner oss lokalmässigt och vilket grupsammanhang som vi varseblir som relevant (ibid.).

Symbolisk interaktionism är pragmatisk, vissa delar av vår situation är vi överens om och då får det en slags objektiv prägel. All vår sociala och fysiska verklighet är subjektiv och den upplevs som objektiv genom att vi som sociala varelser har lärt oss gemensamma namn på företeelser och är (förhållandevis) överens om deras vikt och betydelse (ibid. s 14).

Den sammantagna situationen innehåller alltid en mängd mer eller mindre subjektiva element och människans beteende kan endast ses i förhållande till hela sammanhanget (kontexten), dvs. situationen som den existerar i några slags verifierbara, objektiva termer samt situationen som den existerar för den enskilde i fråga. Den enskilda människan varseblir eller definierar hela situationen, i stor utsträckning omedvetet och handlar i

anslutning till denna definition och till sitt sätt att (omedvetet) tolka det definierade. Vi kan uppfatta och beskriva det sätt som vi vid ett givet tillfälle ser den sociala verkligheten på men denna beskrivning är dock bara en av många möjliga. (ibid. s 15).

Inom symbolisk interaktionism ligger fokus på våra beteenden som sociala varelser. Vi handlar och betar oss hela tiden, vi är aktiva: Att vara aktiv innebär att vara med i en process. Inget är statiskt utan vi är alla föränderliga. Symbolisk interaktionism förutsätter föränderlighet medan många skolbildningar ser på oss människor som om vi hade en uppsättning stabila egenskaper. Neuroticism, dominans, intelligens används i vanligt språkbruk och inom många vetenskapliga skolor som substantiv. Inom symbolisk interaktionism skulle man hellre forma om substantivet till ett verb: neurotisera, dominera, intelligensa etc. Människan är inte, människan gör (ibid.)

Pragmatismens främste företrädare, Dewey, säger således att intelligens är en metod, det är den aktivitet som innebär att vi förvandlar det gamla, det vi redan kan, har erfarit och vet, i gemenskap med det nya, dvs. det vi kombinerar samman till något nytt. Dewey går även längre än så när han hävdar att intelligens (eller intelligensa enligt terminologin inom symbolisk interaktionism) är social till sin karaktär. Att intelligensa är inte bara en process, det är också en social process beroende på att det språk vi använder när vi är aktiva är inlärd företeelser och således också sociala. Språket med dess symboler gör det möjligt för oss att abstrahera, reflektera. Färger, lukter, beröringar kan vara symboler de också, likaväl som orden kan vara det. Dewey går emot dem som ser intelligensande endast som en intellektuell verksamhet. Han menar att vi alltid handlar baserat på våra emotioner, våra värderingar, våra känslor.

Vi finns i *nuet* och vi definierar situationen i *nuet*, vi interagerar i *nuet*. Liksom i det tidsgeografiska betraktelsesättet är nu redan passerat i samma stund som jag skriver detta. Denna syn på nuets betydelse innebär att vi alla; både människor och ting och relationerna emellan oss, befinner oss i en ständig process och ständigt förändras. Inom symbolisk interaktionism är det också viktigt att minnet även integrerar det glömda i nyare meningarna och värderingarna. Det glömda är inte bortträngt och passivt utan integrerat och med i den pågående modifikationsprocessen som vi

människor genomför (ibid. s 24).¹⁰ I den integrerade meningen är människans beteende en produkt av hela hennes historia, inte bara i barn-
domen utan av all upplevelse eller erfarenhet såväl på det sociala planet
som på det individuella (ibid. s 24).

De symbolisk-interaktionistiska hörnstenarna sammanfaller i mycket med
det tidsgeografiska synsättet och fördjupar det. De hjälper tillsammans
med grundtankarna i fenomenologin till att ge en miljö för de tidsgeograf-
iska ”verktygen” som används i fallstudierna.

Genus betydelse för livssammanhanget

Med tanke på att det i avhandlingens fallstudier endast ingår kvinnor så
finns det anledning att anknyta till en diskussion om kön eller genus.¹¹

”Under loppet av några år har genus blivit ett väletablerat begrepp för att ana-
lysera relationerna mellan kvinnor och män i Sverige. En anledning till detta är
att begreppet ger möjlighet att undersöka sociala, kulturella och historiska
dimensioner av könet utan att direkt associera till biologiska eller fysiologiska
egenskaper” (de Los Reyes, 2002, s 25)

I Sverige har arbetet och arbetslivet varit arenan där teoretiska diskus-
sioner, empiriska studier och politiska inlägg skapat, reproducerat och
förmedlat bilder av relationen mellan kvinnor och män (Göransson 1991 i

¹⁰ Det glömda kanske kan liknas vid den bortgallrade information som Nörretranders (1991) kallar
exformation. Exformation är det som kastats bort på vägen före själva uttrycket. Exformation
handlar om det mentala arbete man utför för att göra det man vill säga sägbart. Exformationen
är utsagans historia, informationen är historiens produkt. ”Meningen med att sända information
är att det i mottagarens huvud ska uppstå ett sinnestillstånd som är besläktat med det sinnes-
stillstånd hos avsändaren som beskrivs med hjälp av den exformation den avsända informa-
tionen hänvisar till. Förutsättningen för att sända information är att det i mottagarens huvud
finns en inre information som är besläktad med exformationen i avsändarens huvud. Den över-
förda informationen måste väcka en bestämd association hos mottagaren” (Nörretranders, s133).
Det vill säga samma slags ”glömda” integreras hos olika människor för att kunna väcka
associationer. Jfr. kulturella olikheter.

¹¹För en utförlig belysning av begreppen kön och genus se t. ex Lundgren-Gothlin (1999).

”I praktiken används de olika beteckningarna kvinnoforskning, genusforskning, feministisk
forskning och jämställdhetsforskning om varannat. I vetenskapliga sammanhang bör vi vara
mer stringenta.” (Sundin 1997) Genusforskning handlar om både kvinnor och män och
relationerna mellan dem.

de Los Reyes 2001). Under den tid som genus varit föremål för intresse har det skett en förskjutning beträffande frågeställningar och debattämnen. I och med kvinnornas inträde på arbetsmarknaden i stor skala under 1950- och 1960-talen började diskussionen handla om möjligheterna att underlätta för kvinnor att uppfylla den dubbla rollen som yrkesarbetande och mor och i mindre utsträckning om villkoren i arbetslivet. Genom kvinnors ökande deltagande i arbetslivet har successivt andra frågor blivit aktuella. Lagen om jämställdhet har sedan dess tillkomst 1979 givit juridisk legitimitet åt en samhällelig norm som förespråkar lika villkor för kvinnor och män. Intresset har alltmer fokuserats på kvinnors position och makt inom arbetslivets olika organisationer. (de Los Reyes, 2001).

Begreppet *genuskontrakt* avser normer, föreställningar och handlingar som definierar vad som är kvinnligt och manligt i specifika situationer. särskilt i relation till normer, värderingar och föreställningar som reglerar och legitimerar arbetsdelningen mellan kvinnor och män. Genuskontrakt har kommit i bruk under senare år som ett redskap i analysen av hur genusrelationer formas i skilda historiska sammanhang (ibid). Begreppet förmedlar en förståelse av genus som process, skillnad och rörelse och gör det möjligt att analysera hur strukturella maktrelationer utkristalliseras i mänsklig handling, strategier och förväntningar. Även om genusrelationer definieras på en genomgripande samhällsnivå, ger begreppet genuskontrakt en teoretisk grund för att undersöka hur dessa relationer problematiseras på mikronivå, inom organisationen och på arbetsplatsen.

I samhället utvecklas formella och informella genuskontrakt som formar det vardagliga livet för enskilda män och kvinnor. Genuskontraktet upprätthåller könsstrukturer genom att utforma regler för vad kvinnor och män bör göra, tänka och känna. I ett utpräglat industrisamhälle blir uppdelningen mellan tillverkning och omsorg mycket påtaglig, medan denna uppdelning i ett servicesamhälle blir mer upplöst och otydlig. Tora Friberg (1990) har t. ex analyserat kvinnors olika anpassningsstrategier för att lösa såväl de vardagliga problemen som de största livsprojekten.

Historiskt har studierna av arbete framförallt avsett det betalda arbetet, dvs. det som skett innanför fabriksportarna vilket Forsberg (1995) menar har satt fokus endast på männens betalda arbete – mannen blir normerande och kvinnors arbete blir synligt först vid en analys av hela vardagslivet. Sundin (1997) framhåller dock att om näringslivets och arbetsmarknadens faktiska

sammansättning beaktas historiskt så har det alltid funnits kvinno-dominerade industriella sektorer. Föreställningen om endast mannen som arbetskraft, chef och entreprenör var dock så självklar att uppenbara fakta inte beaktades. I empiriskt belagda studier av hittills kända samhällen har maktrelationen tagit sig uttryck i att män som kollektiv har makten över kvinnors resursanvändning såväl tids – som rumsresurser (patriarkat). Denna maktrelation ger dels kontroll över på vilka villkor kvinnor deltar i det produktiva och det reproduktiva arbetet men innebär också makt och kontroll över symbolik och handlingar.

Sundin (1997) skriver att den genusteoretiska forskningen har utvecklats från en feministisk empirism som syftat till att lägga till kvinnor där de har saknats fram till dagens diskussion som problematiserar själva begreppen kvinna och man.¹² I Forsberg (1995) beskrivs utvecklingen av genusforskning inom geografin. Hon refererar till Ann Buttimer som på tidigt 1970-tal skrev att kvinnoforskningen i allt för stor utsträckning koncentrerats på att beskriva de bojar som kvinnor vill befria sig ifrån och att empiriska studier måste följas av en mer analytisk och frigörande fas för både män och kvinnor (Buttimer 1973). Det finns nära beröringspunkter mellan den fenomenologiska skolan och feministisk forskning enligt Ann Buttimer. Inom båda forskningsinriktningarna kritiseras tendenser till objektifiering av analysobjekten och mänskliga relationer och vardagliga känslor och erfarenheter betraktas som viktiga delar i en helhet. Buttimer (1976) anser också att rummet står för livsutrymme och inte som en representativ kategori. Denna normativa ansats visar sig bl. a i forskning om kvinnor och könsrelationer i Latinamerika, Asien och Afrika. Där har det politiska begreppet ”empowerment” allt oftare använts som ett verksamt vetenskapligt analysbegrepp Forsberg (1995).¹³

¹² Forskning kring genus och kön har gjort det tidigare icke forskningsbara till nya vetenskapliga problemområden. Framförallt har vardagslivets utformning satts i fokus med därav följande intresse för kvalitativa empiriska studier.¹² Disciplinära avgränsningar tenderar att begränsa det helhetsperspektiv som genusforskningen strävar efter. Genusforskningen har också bidragit med nya forskningsmetoder, både vad gäller att välja studieobjekt och när det gäller forskarens eget förhållningssätt till studieobjektet/subjektet. Därmed har även nydanande sätt att analysera och representera datamaterialet kommit till stånd. (Forsberg 1995. s 17) .

¹³ Se t.ex. Espling (1999) och Westermark (kommande).

Tidsgeografin i genusforskning

Gunnel Forsberg (1995, s 4) skriver att på en abstrakt nivå skapar tiden och rummet de gränser inom vilka produktion och reproduktion sker. Arketyperna ”man” har kommit att representera produktionen som enligt en linjär tid omformar det fysiska rummet medan arketyperna ”kvinna” fått representera reproduktionen som enligt cyklisk tid återskapar mänskligheten i det sociala rummet. I ett konkret sammanhang innebär det att den rumsliga och sociala organisationen blir till olika platser och förflyttningar mellan dessa platser och arketyperna formas till sociala män och kvinnor.

Tidsgeografin har visat sig vara ett synsätt som är användbart i studier av vardagslivet och dess produktion och reproduktion genom sin förmåga att synliggöra komplexa och konkreta sammanhang.¹⁴ Tidsgeografins beskrivningssätt visar att det inte bara är viktigt att ha tid utan också att ha tid på rätt plats. Tidsgeografin följer den unika individen i tidrummet istället för att utgå från kategoriseringar och roller. Vidare kan tidsgeografin följa projekt i tidrummet, i reella fysiska termer, och den kan visa hur en förändring i en del av ett projekt ger upphov till följdverkningar också för andra projekt. Det kan illustreras genom att se på arbetsdelningen mellan kvinnor och män, eller mellan platser (t.ex. hem och arbetsplats). Studier av tidskonflikter och samordningskrav belyses tydligt med tidsgeografiskt beskrivningssätt. Åquist (1992) visar att den kategorisering av arbete och fritid som ofta tas för given i offentlig statistik ej är fruktbar för att komma åt kvinnors verklighet.

Tora Friberg (1990) har i sin avhandling, använt tidsgeografiska dagböcker tillsammans med livsformsanalys för att analysera kvinnors olika former av anpassningsstrategier för att lösa såväl de vardagliga problemen som de större livsprojekten. Hon menar att kvinnor framförallt kan ses som brukare av den fysiska omgivningen, medan skapandet av denna omgivning präglas av manliga normer. Därmed bör kvinnornas påverkan på rummet inte i första hand sökas i vad de har skapat utan i vad de nyttjar och vad de uppfattar och ser av den fysiska omgivning de rör sig i. Genom att följa kvinnor i deras dagliga gärning i en bestämd fysisk omgivning och återge deras rörelsemönster och egna förklaringar till mönstrets kon-

¹⁴ För tidsgeografisk forskning som berör vardagslivet se bl. a. Bäcklund A-K (1994), Ellegård (1993; 1994), Ellegård & Wihlborg (2001) Friberg (1990), Mårtensson (1979), Nordell (2000), Schough (2001), Åquist (1998).

figuration, synliggörs deras delaktighet i och relation till rummet (ibid. s 99). Tidsgeografen kan förtydliga kvinnors handlande eftersom den erbjuder ett instrument för en noggrann analys av enskilda individers handlande i tid och rum.

Friberg (ibid. s 316) skriver att tiden ligger väl framme i medvetandet hos kvinnor, det är tiden som är problemet, tiden är för knapp, den är svår att organisera och den rinner ifrån en. Det gäller att få mer fri tid. Även om rummet är en lika oundviklig dimension, det är också en ändlig och lika knapp resurs, är det i högre grad en omedveten och förgivettagen dimension. De vanemässiga förflyttningar som sker på samma sätt, dag efter dag, bidrar till att rumsmedvetandet sjunker undan. Rummet uppfattas som något givet och opåverkligt. När detta mönster rubbas, t ex vid byte av arbetsplats eller bostad måste man prova sig fram till något nytt. I det läget är det ytterst väsentligt att finna ut vad som man anser vara det bästa sättet att övervinna rummets begränsningar som samtidigt innebär att hantera den begränsade tiden. Rummet kommer då åter fram i medvetandet (ibid. s 317)

Betraktat från 'outsiderperspektivet' strider den tidsgeografiska beskrivningsmodellen mot kvinnoforskningens kärna som är att ställa sig på kvinnors plats i samhället och utifrån den positionen reflektera över världen och kvinnors villkor i den (ibid. s 120). Den linjära tidsuppfattningen – tidsgeografins tidsuppfattning kan ses som synonym med disciplinering och tvång, vilket kvinnor i vissa avseenden anses värja sig emot och i sitt sätt att leva söker möta med att behålla en annan tidsuppfattning. Därför har feministiska forskare framfört kritik mot den linjära tidsuppfattningen. Rose t.ex. (1993) tar upp tidsgeografen som exempel på en inriktning som reducerar kroppen till en rörelse i rummet. Thomas Lundén skriver

”Kritiken har inte minst riktat sig mot den förmenta objektiviteten i det hägerstrandska tidrummet. 'Det finns kvinnliga respektive manliga tidrum, olika etniska grupper har olika uppfattningar och människor kan befinna sig på olika platser/tider samtidigt/samstädes.' Kritiken tycks inte vilja inse att tidsgeografen just är en objektiv normal att ställa mot olika uppfattningar.” (Lundén 2002, s.26)

Tidsgeografen har potential att användas som ett kyligt och linjärt instrument som reducerar kroppen och livet till en rörelse i rummet, men jag vill påstå att dess potential att användas för studier av människors objektiva och subjektiva livssammanhang är mycket större. Utifrån ett

genusperspektiv är det en stor fördel för ett beskrivningsätt att kunna reducera en mängd aktiviteter, förflyttningar och sammanträffanden till rörelser i tiden och rummet, just för att klarlägga och inse deras komplexitet. Därmed ökar möjligheten för forskare och beslutsfattare att förstå hur olika människors förutsättningar är för att leva och bemästra sina dagliga liv. Tidsgeografins styrka är att människor dessutom själva kan få en ökad insikt i sitt eget komplexa vardagsliv och därmed en möjlighet att inom vissa ramar förändra det.

2.4 Att leva ett ”gott” liv

”Att leva livet” kan sägas vara alla människors största och mest allomfattande projekt. För den enskilda personen handlar det om att från födseln, växa upp, åldras och dö, allt under det att man försöker genomföra egna intentioner och planer samtidigt som man försöker hantera en föränderlig omgivning så gott man kan. Vad ett ”gott liv” är definieras på olika nivåer. Det kan definieras på en samhällelig nivå (makro) utifrån vad man genom forskning kan komma fram till är ett gott liv (normativt) och det kan definieras av människorna själva (mikronivå), individuellt. Det senare innebär troligen att det ”goda” livet kan ha lika många ansikten som det finns människor i befolkningen. Ytterligare en dimension är att den enskilda människans definition av vad ett ”gott” liv är, genomsyras av budskap från samhällsnivån och kommersiella aktörer, vilka på olika sätt förmedlas genom media.

Ett samhälleligt perspektiv på det ”goda” livet

Ur ett samhälleligt perspektiv lägger välfärdsforskningen grunden till den bild som förmedlas till allmänheten av vad som är ett ”gott” liv. I svensk välfärdsforskning har strävan varit att beskriva sådana objektiva förhållanden eller resurser varmed individerna kan styra sina liv. Sådana beskrivningar bildar en meningsfull utgångspunkt för att diskutera välfärd och välfärdspolitik (Välfärdsbulletinen 2001).

Vilhelmson (2001) diskuterar behovet av välfärdsteoretisk utveckling mot bakgrund av den konventionella välfärdsmodellen, den s.k. resursmodellen. Enligt denna bestäms människas välfärd av hennes förfogande över materiella och immateriella resurser. Resurserna är dels kopplade till individen själv, dels tills hennes omgivning. Individbundna resurser är t. ex hälsa, utbildning, inkomst, intellektuell förmåga. Omgivningsresurser är knutna till den plats där man stadigvarande vistas och bor som t. ex skolor, arbetsplatser, service, kultur och olika infrastrukturer av fysisk och social karaktär (Vilhelmson 2001, s 5). Vilhelmsson menar att välfärdsmodellen implicerar ett positivt samband mellan ökad inkomst, ökad rörlighet etc. och individers ökade välfärd fastän det kanske är så att det positiva sambandet mellan ex rörlighet och välfärd vänds i sin motsats vid en viss gräns. Resursmodellens definition av välfärd är en stabil och dominerande tankefigur som genomsyrar samhället. Den kan kritiseras för att den undviker svårsmätbara och inte kvantifierbara aspekter på tillvaron och den har svårt att fånga in välfärdens mer subjektiva och upplevelseorienterade dimensioner. Den har också svårt att hantera mer sammansatta fenomen som sociala relationer, nätverk och socialt kapital (ibid. s 8) Ytterligare invändningar är bl.a. att resursmodellens lista av mätbara faktorer som anses betydelsefulla för ett gott liv egentligen inte förändrats sedan de började formuleras på 60-talet. Dessutom betraktar den konventionella modellen och dess välfärdsdefinition människan som en passiv konsument fast många människor finner större nöje i att producera resurser än att konsumera dem (ibid., s 9)

Joakim Palme menar att både statistik och forskning måste göra halt när det gäller att besvara frågan om vad som är ett gott liv, eller hur samhället bör vara beskaffat för att människor ska kunna leva ett gott liv. Däremot kan statistik och forskning ge svar på hur välfärden ser ut. (Välfärdsbulletinen, nr 2, 2001). Mot bakgrund av ovanstående menar jag att det är viktigt att forskningen studerar vad som är ett gott liv ur den enskildes perspektiv, dvs. mikronivå (se vidare kapitel 5 och 6).

Föränderliga samhällliga förutsättningar för att leva ett "gott" liv

Den konventionella tankefiguren om välfärd bygger i hög grad på industri-samhällets förutsättningar. Den tankefigurens relevans ifrågasätts av bl. a. Castells (1998). Enligt Castells har nätverk efterträtt den industriella organisationens pyramider som en samhälllig grundstruktur och ger förut-

sättningar för ett alltmer individualiserat och avkollektiverat arbetsliv. Den nya ekonomin är organiserad runt globala nätverk, av kapital, information och teknologisk spetskunskap.

Enligt Castells påverkar användningen av nätverk människors verklighetsbild eftersom den grundläggande upplevelsen av tid och rum förändras. Han menar att i nätverkssamhället är det rummet som organiserar tiden i motsats till industrisamhället där rummet organiserades av tiden. Han skiljer på begreppen ”flödesrum”, som han menar är en ny rumslig form i nätverkssamhället och ”platsrum” som representerar det traditionella rumsbegreppet där den lokala klocktiden styr.¹⁵ Den övervägande majoriteten av människor lever på platser och upplever fortfarande sitt rum som platsbaserat (platsrummet), men eftersom samhällets funktion och makt organiseras i flödesrummet så förändras platsrummets betydelse och dynamik. Erfarenheten som är relaterad till platser lösgörs från platsen och betydelsen abstraheras från kunskapen.

Giddens (1996) ser vad han kallar för urbäddningen av sociala system¹⁶ som det typiska för nutidens samhälle. Med urbäddning av sociala system menar han att sociala relationer lyfts ur sitt lokala sammanhang, bort från individer och grupper. Informationsteknologi, liksom globalisering av marknader och geografiskt utbredda nätverk av företag, är drivkrafter i urbäddningen av de sociala systemen. Lönearbete liksom makten och ledningen över detta, bryts ur tidigare tidsmässiga och rumsliga strukturer. Urbäddningen, säger Giddens, skapar avstånd i tidrummet. Alla människor har fortfarande ett lokalt liv, men platserna omvandlas både när det rumsligt avlägsna tränger in i de lokala sammanhangen och när erfarenheter förmedlas genom medias utbredning istället för att upplevas direkt på plats. Det har alltså skett en radikal och snabb förändring av världen omkring människor, som leder till vilshenhet och upplevs som hot mot identiteten.

När identiteten hotas så kan flykten till en speciell plats, som fungerar som en källa till autenticitet och stabilitet, bli ett försvar. Massey (1994) understryker att både den personliga identiteten, och identiteterna i de lokala

¹⁵ Castells använder begreppen flödesrum och tidlös tid för att fånga den informationsrymd där allt tycks kunna hända här och nu och där platser och avstånd har förlorat sin betydelse. Klocktid är en mekanisk uppfinning som är central för industrikapitalismens konstituering

¹⁶ Begreppet 'urbäddning' är den svenska översättningen av 'disembedding', som återfinns i den engelska versionen av boken.

platser/samhällen som vi lever och rör oss i och emellan, är konstruerade genom sammanlänknings. Vissa människor styr och drar nytta av sammanlänkningarna som genererar en ökad rörlighet, medan andra istället blir inlåsta av dem. De som både förflyttar sig, kommunicerar och har en kontrollrelation till rörligheten är ofta västerländska akademiker, journalister och människor i affärlivet, dvs. samma människor som skriver om och debatterar frågan. Andra är endast mottagare av den, till exempel pensionären i sitt sovrum som äter fish and chips från ett kinesiskt gatukök, ser på en amerikansk film på en japansk TV och inte vågar gå ut efter skymningen. Det finns alltså olika grad av rörelse och kommunikation men också olika grad av kontroll och initiering.

Masseys resonemang kan jämföras med Ellegård (1999a) som i en artikel diskuterar Informationsteknologins påverkan på den geografiskt förankrade demokratin. Ellegård talar om lokala ordningsfickors ökade sociogeografiska genomsläpplighet.

”Lokal ordningsficka är ett tidsgeografiskt begrepp som används för att avgränsa en plats i tid och rum där människor genomför projekt för att kunna leva ett så gott liv som möjligt” (ibid).

Lokala ordningsfickor kan identifieras på olika organisatoriska och geografiska nivåer, exempelvis bostaden, arbetsplatsen, sjukhuset, vårdavdelningen, nationen etc. Begreppet sociogeografisk genomsläpplighet betecknar hur människor förflyttar sig och hur information och andra resurser kan transporteras mellan en lokal ordningsficka och andra lokala ordningsfickor. Den ökade sociogeografiska genomsläppligheten betyder att det blir svårare att orientera sig inom de olika lokala ordningsfickor som man rör sig emellan. Begreppen har en processuell karaktär, vilket krävs för att kunna hantera utvecklingsprocesser och tydliggöra att mänskliga göranden och låtanden innebär ständiga rörelser och förändringar (ibid.).

Massey (1994) menar att en plats identitet alltid formas av de särskilda sociala relationer som finns där, och att en del av dessa relationer sträcker sig utanför det geografiska område som refereras till som plats. Dessutom är inte platsers identitet fixerade eftersom de sociala relationer som konstruerar dessa är dynamiska och föränderliga till sin natur. Alla försök till att skapa platsidentitet görs genom att göra anspråk på ett visst moment och en viss lokalisering i tidrummet. Man försöker frysa identiteten vid ett

visst tillfälle och i en viss form. En plats identitet är delvis konstruerad utifrån de berörda människornas relationer med andra platser, dvs. av samverkan med omvärlden.

En stor del av identiteten i den plats eller i den lokala ordningsficka som vi kallar för hem, härrör från det faktum att hemmet alltid på olika sätt är öppet för hushållets medlemmar, och det konstrueras av rörelse, kommunikation och sociala relationer som överskrider hemmets gränser.¹⁷ Det innebär att hemmet, precis som andra lokala ordningsfickor, karaktäriseras av en sociogeografisk genomsläpplighet och att denna genomsläpplighet har ökat kraftigt sedan jordbrukssamhället.

2.5 Det ”goda” arbetet för det goda livet

Begreppet arbete

Alla aktiviteter i en människas vakna liv kan fördelas mellan fyra större kontexter som jag här benämner ”förvärvsarbete”, ”egenarbete”, ”personlig tid” och ”fri tid”.¹⁸ Förvärvsarbetet innehåller de aktiviteter vi utför mot ersättning, egenarbete innebär de aktiviteter vi utför för att uppehålla livet på oss själva och människor som är beroende av oss, ex. handla, laga mat, sköta barn. I den personliga tiden ingår de aktiviteter som vi utför för att reproducera oss själva och fortsätta leva; t. ex. sova och äta. I ”fri tid” slutligen, ingår de aktiviteter som vi kan välja relativt fritt och som framförallt hör ihop med vår egen avkoppling, t.ex. gå på teater, vila eller flanera. Medan förvärvsarbetet nästan alltid är funktionellt avgränsat så flyter ”egenarbete”, ”personlig tid” och ”fritid” ofta ihop och har ganska oklara

¹⁷ Människor tillbringar i genomsnitt 69% av all tid under ett medeldygn (veckodagar och veckoslut sammantagna) i bostaden ensamma eller tillsammans med den egna familjens medlemmar. Bara 25 % av tiden vistades människorna i någon av alla andra lokala ordningsfickor och de resterande sex procenten ägnades åt förflyttningar (Ellegård 2002).

¹⁸ Jfr. Dagfinn Ås som gör en aktivitetsgruppering efter prioritering av tid för aktiviteter ”Necessary time (personlig tid)”, ”Committed time (egenarbete)”, ”Contracted time (förvärvsarbete)” och ”Free time (fritid)” (ÅS 1978) De fyra grupperna av aktiviteter kan också spåras i fem tidsanvändningsstudier (Konsumentverket (1997); Statistikcentralen (1979); SCB: Konsumentverket (1982/83); Klevmarken (1984) och SCB (1984/85)) som Ellegård (1993) refererar till i ”Olikadant”, där hon gör en genomgång av tidsanvändningsstudier.

gränser mot varandra. Alla fyra kontexterna kräver också olika mycket utrymme i en människas dagliga tidsbudget under en livscykel.

I den ekonomiska teorin betraktas resultatet av avlönat arbete som produktion och resultatet av oavlönat arbete som icke-produktion (SOU 1998:6). Egenarbetets omfattning är ungefär lika stor som på 50-talet (Åquist 1992) men separationen mellan reproduktion och produktion har lett till att det oavlönade arbetet blivit osynligt i samhällsretoriken. I kampen för jämställdhet har produktionsperspektivet dragit det längsta strået (Forsberg 1995). Märkligt nog ses egenarbetet, eller det reproduktiva arbetet, varken som utvecklande eller identitetsskapande och det är heller inget livsmål för de flesta människor. Trots det uppgick det oavlönade egenarbete (hemarbete) som människor i Sverige utförde 1993 till 7 miljarder timmar, i jämförelse med förvärvsarbetets 6,35 miljarder timmar (SOU 1997:87, figur 8.1). Enligt den förra tidsanvändningsundersökningen utförde kvinnor i åldrarna 20 – 64 år 20,09 timmar hemarbete i veckan 1990/91 medan männen i samma åldersgrupp utförde 17 timmar (SOU 1998:6, tabell 3, (ref. SCB 1992, tab. 30)). Utifrån en aktivitetsorienterad, snarare än ekonomisk, utgångspunkt förefaller det därför viktigt att försöka se livssammanhanget som en helhet i vilken alla dess olika kontexter rymms.

Förvärvsarbetet

Castells (1998) skriver att i det moderna samhället strukturerar den avlönade arbetstiden den sociala tiden och därför är förvärvsarbetet, och kommer under överskådlig framtid att förbli, kärnan i människors liv. Utvecklingen i industrisamhället har gått mot en genomsnittligt minskad livs- års- och veckoarbetstid, medan differentieringen av arbetstiden samtidigt har ökat mellan och inom länder.

Man kan iaktta längre arbetstider hos två grupper: dels högre tjänstemän som ger ett värdeförmerande bidrag och dels okvalificerade servicearbetare som har svaga förhandlingspositioner. Kortare arbetstid hänger samman med deltidsarbete och tillfälligt arbete och berör framförallt kvinnor. Castells (1998) menar att system med heterogena arbetsscheman i ett samhälle där båda könen på ett likartat sätt deltar i arbetskraften kan leda fram till en ny indelning av "livstid" och "arbetstid" efter olika ålder och

villkor för både män och kvinnor. Med sådana förändringar av hushållsarrangemangen kan arbetstiden förlora sin traditionella ställning i livscykeln. En annan tendens är att det faktiska antalet arbetsår minskar i industriländerna samtidigt som den förväntade livslängden ökar. En kortare total livsarbetstid bidrar också till att arbetstiden förlorar sin centrala ställning i livssammanhanget.

Förvärvsarbetet har av tradition en stark ställning i Sverige, inte endast på grund av att det är inkomstgenererande. Det är också identitetsskapande och symboliskt viktigt som livsmål för många människor. Föreställningar om ”det goda arbetet” och ”det utvecklande arbetet” har bidragit till synen på förvärvsarbetet som det främsta medlet för individens självförverkligande (Allwin 1997). Även de fackliga organisationerna har haft det goda arbetet som ledstjärna, exempelvis Metallindustriarbetarförbundet (1985, 1998, 2000)

I det förmoderna samhället var de livsuppehållande sysslorna, det livsnödvändiga handlandet, en integrerad del av det sociala livet som helhet. Det livsnödvändiga handlandet utgjorde arbetet och omfattade både det som vi idag kallar förvärvsarbete och det vi kallar egenarbete (Allwin 1997).

I *industrisamhället* ombesörjs den livsuppehållande materiella reproduktionen genom en funktionell arbetsdelning. Det handlande som förut var orienterat mot sitt eget näraliggande omedelbara och påtagliga resultat orienteras mot det övergripande systemet. Det medför att den enskilda handlingen förlorar kontakten med sina egna konsekvenser, som försvinner in i systemet för att återkomma i form av lön, karriärutveckling, subventioner och bidrag och eventuellt i andra änden i systemet en produkt eller tjänst. När det egna handlandets konsekvenser försvinner bortom den praktiska erfarenhetens horisont så måste individen, för att åter kunna överblicka det egna handlandet, formulera en abstrakt föreställning om hur systemet fungerar och varför (ibid.)

Allwin (1997) menar att samhällets modernisering innebär att samhället individualiseras och att individen som person betraktad ställs utanför det samhälle som hon är en funktionell del av. Genom att det systemfunktionella handlandet koncentreras i tid och rum indelas individens liv

övergripande i en social och en funktionell handlingsfär. Denna uppdelning innebär att individen får två skilda jagerfarenheter och det öppnar upp ett handlingsutrymme dem emellan (ibid. s 149). Arbetsrelationen består i att individen som person betraktad, säljer sitt handlande att brukas i systemet på ett för systemet funktionellt sätt. Individen förutsätts stå utanför systemet men ändå vara tillgänglig för det. Det innebär att hon måste äga en viss självständighet i förhållande till det handlande hon säljer. Först med en sådan uppdelning av livsrummet i skilda handlingsfärer och med en extern relation till det abstrakta system som individens eget handlande är en funktionell del av, går det att tala om "arbetet" som en särskild livsaktivitet. Arbetet ska följaktligen inte förstås som en homogen och naturlig mänsklig verksamhet utan som det ofta ganska obekväma förhållandet mellan den självmedvetna personen och det system hon är en funktionell del av. Arbetet som sådant är i den meningen ett uttryck för det moderna samhällets inre motsättning mellan den socialt definierade personen och det funktionellt definierade systemet.

Allwin drar av detta två slutsatser: 1) Det finns inget annat arbete (förvärvsarbete) än det vi möter i det moderna samhället. 2) Det moderna samhällets egen dynamik ställer arbetet (förvärvsarbetet) inför oförenliga krav. Arbetet (förvärvsarbetet) får här den otacksamma och i längden omöjliga uppgiften att förena den socialt definierade individen med det funktionellt definierade samhällssystemet. Allwin (1997) ställer därmed frågan om vårt allmänt vedertagna arbetsbegrepp fungerar i dagens moderna individualiserade samhälle. Han grundar ifrågasättandet av arbetsbegreppet på den ökande skillnaden mellan å ena sidan samhällets formella funktioner och å andra sidan de individuella medlemmarnas personliga livsplaner.¹⁹ Han menar att föreställningen om det utvecklande arbetet är en ideologisk föreställning som karaktäriseras av att människans behov formulerats i enlighet med de krav som produktionen för tillfället ställt på hennes arbete (1997, s 17). Arbetsvetenskapen har antingen utgått från och studerat de subjektiva krav som en människa har på sitt arbete eller de objektiva krav som arbetet ställer henne inför. Hennes potential begränsas därmed från början av villkoren i produktionssystemet.

¹⁹ Man kan också uttrycka det som skillnaden mellan samhällets organisationsprojekt och medlemmarnas individprojekt.

När Allvin talar om produktionssystem så avser han framförallt systemen inom industrin och i den privata sektorn. Arbetsobjekten i dessa produktionssystem är ting, inte människor

Han identifierar fyra produktionssystem och dess motsvarande arbetsvetenskapliga teorier.

1. När produktionssystemet ställde krav på kvantitativ effektivitet i mekaniserad produktion så formulerades teorin om människans behov som ett behov att prestera väl (Taylor).
2. När produktionssystemet ställde krav på social ordning i stora, hierarkiska organisationer så framhölls i teorin människors sociala behov (Human Relation skolan).
3. När produktionssystemet ställde krav på flexibla och självorganiserade komponenter i avancerad men inte genomautomatiserad produktion, framhävde teoretikerna människans behov av ansvar (Sociotekniskt paradigm).
4. När produktionssystemet idag ställer krav på kvalitativ effektivitet i alltmer informationstekniskt befordrad produktion så framhålls människans behov av intellektuell stimulans i kvalificerande arbeten.

Allwin menar att det är viktigt att vi förmår tänka på människans och samhällets utveckling som åtskild från förvärvsarbetet, eftersom vi aldrig kan förstå förvärvsarbetets betydelse för individen om vi har byggt in det i själva definitionen av vad det är att vara människa. Inte heller kommer vi att kunna förstå förvärvsarbetets roll i samhället om vi definierar samhället efter hur det organiserar sitt förvärvsarbete.

Begreppet ”individprojekt” i tidsgeografin har likheter med ”det egna livsprojektet” som Allwin talar om (1997, s 192). Han avser här individens egenformulerade livsprojekt, dvs. den praktiska och intentionella form i vilken individen gestaltar sin vilja. Allwin menar att arbetet inte längre förmår strukturera det individuella livet vilket medför att det förlorar sin funktion som primär och samhällsövergripande viljebildare. Han uttrycker därför tre huvudsakliga relationer mellan livsprojektet (individprojekt) och arbetet (organisationsprojekt):

- 1) Arbetet är en arena där individen kan förverkliga sitt personliga livsprojekt genom att utnyttja sociala och kulturella resurser eller sin egen

konstitution och talanger. I detta fall använder sig individen av det funktionellt definierade systemet för sina egna personliga ändamål och gör samtidigt den egna personen oberoende av det. I den här gruppen återfinns artister, idrottsstjärnor, mediepersonligheter, i vissa fall akademiker osv.

2) Här utgör arbetet en mer eller mindre begränsande faktor för försöken att formulera det egna livsprojektet. Arbetets innehåll anpassas efter innehållet i det egna livsprojektet. Samtidigt tvingas individen acceptera de arbetsvillkor som inte bidrar eller till och med står i strid med de egna ambitionerna. I det här fallet är individen bunden till arbetet genom de begränsningar som arbetet sätter för det egna livsprojektet. Samtidigt äger hon ett relativt oberoende eftersom arbetet endast tillåts ha ett begränsat inflytande över hennes liv. I den här gruppen återfinns de flesta förvärvsarbetande människor.

3) I den tredje gruppen återfinns de som helt har formulerat sitt livsprojekt utanför arbetet. Det betyder inte att personen inte arbetar. Däremot har deras identitet ingenting med detta arbete att göra. Till den här gruppen för Allwin bl. a utslagna, idealister, pensionärer, ungdomar och i vissa fall glesbygdsbor.

2.6 Ett individperspektiv på det ”goda” livet

Välfärdens och förvärvsarbetets rådande tankefigurer får naturligtvis effekter även för individens uppfattning om vad det innebär att leva ett ”gott” liv.

”Mot bakgrunden av teknologisk omprövning och ökande kunskaper om människan som individ och gruppvarelse är tiden inne att parallellt försöka arbeta med samhällsorganisatoriska frågor för att förbättra förståelsen av hur de systemvida strukturerna på teknikens och maktfördelningens område bör vara beskaffade för att kunna tillvarata varje individs livskapacitet. Man kan väl knappast finna ett bättre mål för samhällets organisation än att försöka göra varje individuellt mänskligt liv till en erfarenhet som mot sitt slut ska kännas värt att upprepa.” (Hägerstrand 1972, s 2.)

Hägerstrand skriver att varje individuellt mänskligt liv ska vara en erfarenhet som är värd att upprepa och om människor således inte upplever sina liv på det sättet så har samhället inte lyckats nå målet med att tillvarata deras livskapacitet på ett bra sätt. Idag upplever nog många människor att deras livskapacitet inte tillvaratas på rätt sätt och skulle vilja leva sitt liv på ett annat sätt än de gör. I övergångarna från jordbrukssamhälle till industrisamhälle och därifrån till informations-samhälle har många tidigare självklara naturgivna, geografiska och sociala sammanhang försvunnit eller åtminstone förändrats under viss vända.

Restriktionerna för möjligheten att leva livet som man önskar har delvis bytt karaktär. Tidigare upplevde fler människor i samhället ekonomiska och materiella restriktioner medan det idag i högre grad handlar om tidsknapphet, stress och ohälsa. På sikt kan även dessa naturligtvis leda till ekonomiska och materiella konsekvenser, men även om så inte är fallet, så är restriktionerna tillräckliga för att förorsaka individen svårigheter och hinder på hennes livsväg. När restriktionerna upplevdes som ekonomiska och materiella, kändes det kanske meningsfullt att försöka förbättra den materiella situationen och skapa långsiktig trygghet, till exempel genom att tillsammans med andra söka förändra genom engagemang fackföreningar, politiska organ etc. Idag är det svårare att överblicka terrängen och skapa sig en karta att följa, när allt runt omkring i samhälle och arbetsliv, förändras i rasande fart. Detta är en bidragande orsak till att tidsknapphet upplevs som en märkbar restriktion. Den kamp många människor orkar föra leder bara till att de precis kan hålla huvudet ovanför vattenytan. En slags gemensam trygghet i samhällsbygget har gått förlorad och den måste ersättas av en trygghet som i högre grad än tidigare finns inom människorna själva.

Samhällsförändringarna ställer alltså nya krav på oss som individer och vi måste använda våra förmågor på ett annat sätt än vad vi tidigare vant oss vid, både för att kunna svara på de nya kraven och för att kunna ifrågasätta deras relevans.

Att föra en dialog med tiden – livsplanering

Giddens (1997) använder några begrepp som jag tycker är användbara i den här studien. Han talar om *tillitens* betydelse för människor; om hur *valet av olika livsstilar* har blivit något oundvikligt och om *livsplanering* som möjlighet att ta kontroll över sitt liv. Han menar att människans känsla av att personer och ting runt om kring henne återkommer efter en tids frånvaro, är centralt för identitetens kontinuitet. Det ger en ontologisk trygghet som byggs upp från tidig barndom. Tilliten till andra utvecklas tillsammans med utbildandet av en inre känsla av trovärdighet som senare bildar basen för en stabil identitet. Tillit medför således också en ömsesidighet i erfarenheten. Tillit kan på så sätt på ett subjektivt plan också sätta tid och rum inom parentes.

Giddens försöker visa vilka konsekvenser som kan uppstå för individens identitetskänsla, av den tid- och rumsliga omorganisation där det lokala ersätts med det globala. Han ser alla former av terapi, självterapi och program för självförverkligande, som ett svar på den förvandling själv-identiteten måste genomgå för att överleva i en social värld som är reflexivt organiserad. Olika former av terapi bör därför i grunden förstås och bedömas som en metodologi för individens livsplanering. Av dagens 'kompetenta individ' krävs inte bara en utvecklad självförståelse, utan också en förmåga att harmonisera nuvarande angelägenheter och framtida projekt med ett psykologiskt arv från det förflutna (Giddens 1990, s 214).

Idag är möjligheten att göra individuella val en av de fundamentala komponenterna för självidentiteten i vardagslivet. Tradition eller etablerade vanor strukturerar tillvaron inom relativt fastlagda ramar i jordbruks- och det traditionella industrisamhället, medan det posttraditionalistiska samhällets institutioner och avregleringar ställer individen inför en komplex mångfald av val. Samtidigt erbjuder samhället på grund av sin icke fundamentalistiska karaktär liten hjälp när det gäller frågan om vad man bör välja. Giddens menar att vi väljer att följa *livsstilar*. En livsstil kan definieras som en uppsättning rutiniserade praktiker som en individ följer, inte bara därför att sådana praktiker tillfredsställer nyttobehov, utan därför att de ger också en materiell inramning till en speciell berättelse om själv-identiteten. En livsstil är knuten till och ger uttryck för en speciell handlingsmiljö. Livsstilsval är därför ofta knutna till beslut om att bli en del av dessa miljöer. Det valet görs på bekostnad av andra tänkbara alternativ.

Eftersom individerna brukar röra sig mellan olika miljöer eller platser i sitt vardagsliv kan de känna sig illa till mods i miljöer som på något sätt ifrågasätter deras grundläggande livsstil. Eftersom individen befinner sig i en mängd handlingsmiljöer tenderar livsstilsval och livsstilsaktiviteter att bli segmentella för individen, på grund av att handlingssättet i en kontext kan vara mer eller mindre oförenligt med handlingssättet i andra kontexter.

Livsplaner av ett eller annat slag följer, precis som livsstilsmönster, med posttraditionella sociala former. Livsplanering är ett medel för individen att förbereda framtida handlingsförlopp som mobiliseras utifrån självets biografi. Livsplanering förutsätter att tiden organiseras på ett speciellt sätt eftersom den reflexiva konstruktionen av självidentiteten i lika hög grad är beroende av förberedelser för framtiden som av tolkningar av det förflutna, även om genomarbetandet av tidigare händelser alltid är viktiga i denna process. Centralt i livsplaneringen är att föra ”en dialog med tiden” – en process där man ställer frågor till sig själv om hur man hanterar tiden i sitt livsförlopp. Genom att tänka positivt på tiden - göra livet till någonting som levs, snarare än att betrakta den som en ändlig kvantitet som löper ut, kan man undvika känslan av ”hopplös hjälplöshet”. Motsatsen är bilden av tiden som för iväg med oss och innehåller en uppfattning om ödet. Båda bilderna kan återfinnas i många traditionella kulturer, där människorna är fångna i händelser eller förutbestämda omständigheter och inte tillåts att låta sitt liv styras av den egna självförståelsen. Att föra en dialog med tiden innebär att påfrestande händelser i framtiden identifieras och att man mentalt försöker förbereda sig för deras konsekvenser.

” Att ta kontroll över sitt liv innebär risker eftersom man tvingas konfrontera många olika möjligheter. Individen måste förbereda sig på att mer eller mindre totalt bryta med det förflutna om så krävs och att fundera över nya handlingsinriktningar som inte automatiskt följer etablerade vanor” (Giddens 1996, s 92).

Livsstilsval och livsplanering är inte bara en del av de sociala aktörernas vardagsliv, utan när människor gjort olika val, bildar de också institutionella ramar som bidrar till att forma aktörernas handlingar. Detta är ett skäl till varför dessa fenomen har ett mer eller mindre universellt inflytande, oavsett hur begränsande de enskilda individernas eller gruppernas sociala situationer rent objektivt ser ut att vara.

Förmåga att hantera livssammanhanget

Robert Kegan hävdar i boken ”In over our Heads - The Mental Demands of Modern Life” att alla sektorer av livet har en ”dold läroplan”. Ett exempel är arbetslivets dolda läroplan som i hög grad skapas i managementlitteraturen. Arbetets dolda läroplan innebär idag att arbetstagarna förväntas initiera, styra och utvärdera sitt eget arbete och ledas av sina egna visioner istället för att förlita sig på auktoriteter. De förväntas också ta ansvar för vad som händer med dem själva som individer, både privat och på arbetet och upplever att makten både över framtiden och de nuvarande omständigheterna ligger hos dem själva. De förväntas också bli mästare i sina arbetsroller och karriärer och ha full överblick över relationerna mellan delarna och helheten i den organisation de arbetar inom. (Kegan 1994, s 152-153).

Alla människor kan inte leva upp till dessa ideal på arbetsplatsen antingen på grund av strukturella faktorer (det är helt enkelt tekniskt – organisatoriskt omöjligt) eller på grund av individuella faktorer. Konsekvenser av de förhärskande tankeformerna är svåra att hantera och därför kan många människor bli osäkra på sin position på arbetsmarknaden och sitt livssammanhang som helhet.

Kegan (1994) menar att arbetslivets ’dolda läroplan’ inte endast fordrar nya färdigheter utan även att människor bör organisera sitt medvetande på ett nytt sätt. De element av vårt vetande som vi identifierar oss med, är bundna till och uppslukade av, transformeras därmed till en ny princip där de blir synliga och möjliga att reflektera över .

Kegan diskuterar var det egentliga ansvaret för att förstå och hantera alla livets skiftningar ligger - hos individen själv eller i hennes omgivning.²⁰ Han bryter här med ett traditionellt vanetänkande, där alternativen ofta har

²⁰ Jämför med sociologen Michael Olivers sociala och individuella modell i studier av funktionshinder och handikapp. Den individuella modellen lokaliserar problemen inom individen själv och botemedel är medicinering. Oliver menar att den individuella modellen stöder exkludering av människor och att det samhälleliga rehabiliteringsföretaget ofta grundar sig på att en grupp av människor ”de normala” utövar makt över en annan grupp. Den sociala modellen å andra sidan förnekar inte den individuella problematiken men lokaliserar den tvärs igenom hela samhället. Den anknyter till människors egen erfarenhet och blir också ett medel för professionella hjälpargrupper att reflektera över sin egen praxis. Upplevd ohälsa blir med Olivers resonemang en social konstruktion och bör därför angripas i hela sitt sammanhang.

varit att antingen se individen själv som ansvarig för att förstå och hantera sin situation eller också att omyndigförklara henne. Han belyser på olika sätt hur de krav som ställs på individer i olika åldrar och i olika livssammanhang, arbetsliv, föräldraskap, partnerskap etc., inte överensstämmer med individers förmåga att bemöta dem. Han menar att människan själv aktivt organiserar sina erfarenheter och deras betydelse efter vissa principer i en utvecklingsstege. Traditionellt är vi vana att tänka på tiden fram till vuxen ålder som en sådan utvecklingsstege, men Kegan menar att kraven på människor idag gör det allt mer aktuellt att anta att den utvecklingsprocessen fortsätter även i vuxen ålder.

Principerna i Kegans utvecklingsprocess är principer för hur individen konstruerar sina erfarenheter vilket innebär såväl tänkande som känslor och sociala relationer. Dessa principer handlar mer om hur en människa organiserar sina erfarenheter (hur) än om vilket innehåll erfarenheterna har (vad). Organisationen av erfarenheterna bygger på en subjekt – objekt-relation, där subjekt refererar till de element av erfarenheterna som vi är identifierade med eller uppslukade av. Så länge som elementen är subjekt för medvetandet är de oåtkomliga att reflektera över, ha kontroll över eller ta ansvar för. Om omgivningen ställer krav på en människa att reflektera över, eller ta ansvar för, saker som hon själv inte är medveten om, så upplever hon lätt en känsla av att otillräcklighet, dvs. hennes förmåga motsvarar inte kraven som ställs på henne. Relationen mellan vad som är subjekt och objekt är inte permanent, man kan bli varse de subjektiva elementen och göra dem tillgängliga för reflektion. På så vis transformeras subjektiva element och antar objektiva former i utvecklingsprocessen.

Kegan menar att höga förväntningar från aktörer i omgivningen, i t. ex hemmet, skolan eller på arbetsplatser, som inte motsvarar en människas förmåga, kan ge utmaningar som är smärtsamma och kan generera känslor av ilska, hjälplöshet, meningslöshet och alienation. Han anser också att förmåga och krav ofta inte överensstämmer. Människor som själva har makten att sätta agendan inser inte att mycket av den ohälsa som idag uppstår ur stressanknutna situationer handlar om diskrepansen mellan krav på människor och deras förmåga att möta kraven. Om utsatta individer ska kunna nå varaktiga förbättringar bör en stödjande pedagogisk process starta, där individen får stöd att förändra relationen mellan vad som är subjekt och objekt. Det är nödvändigt för individen att finna stöd inom sig själv och det kan ske på två sätt säger Kegan och använder en evolutionsmetafor: Man kan ge en fisk en ny damm att hoppa i eller också

underlätta dess utveckling från vattenliv till landliv i enlighet med artens evolution.

Vårt samhälle förändras idag i mycket snabb takt och människor måste hitta sätt att hjälpa varandra att hantera de nya krav som ställs på var och en för att kunna leva sitt liv. Torsten Hägerstrand säger att

”En person måste själv äga räckhåll till de kunskaper som svarar mot hennes behov och de krav som omgivningen ställer. En mycket snabb teknisk förändring leder till att nya kunskaper inte kan byggas upp i samma takt.” (Hägerstrand 1977, s 12).

Varje tid kräver nya insikter och nya sätt att se på verkligheten. Därför är det nödvändigt skapa insikt om sitt eget livssammanhang och att med olika medel och på olika sätt synliggöra och objektivera det som tidigare varit subjektivt, förgivettaget och fördolt.

Hälsa och sammanhang

Befolkningens hälsotillstånd brukar ofta beskrivas i termer av frånvaro av hälsa. Det beror på de svårigheter att hitta relevanta mått för begreppet hälsa. Tre olika sätt att värdera eller bedöma individens hälsoförhållande brukar användas (Socialstyrelsen 2000):

1. Medicinsk bedömning, t ex grundad på läkarundersökning.
2. Individens egen bedömning, t ex upplevda besvär.
3. Samhällets bedömning, t ex befrielse från arbete genom förtidspensionering, som i hög grad grundas på den medicinska bedömningen.

I den här studien ligger fokus på individens egen bedömning.

Medin & Alexandersson (2000) delar in hälsobegreppet i en biomedicinsk inriktning respektive en humanistisk. I den biomedicinska inriktningen ses hälsa som motsats till sjukdom och det är sjukdom istället för hälsa som står i fokus. Enligt denna ansats är hälsa detsamma som ”det som är att betrakta som normalt” och avvikelser betraktas som sjukdom (ibid. s 44) I den humanistiska inriktningen är ofta utgångspunkten hälsa, inte sjukdom

som i den biomedicinska. Företrädare för den humanistiska inriktningen ser också hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom. Man ser människan som aktiv och skapande och som en del i ett samspel mellan individen och det sammanhang hon ingår i (ibid. 46).²¹ I den humanistiska ansatsen ses hälsa och sjukdom dels som ett kontinuum dels som olika dimensioner.

Världshälsoorganisationens (WHO:s) definitioner av begreppet hälsa har haft ett mycket stort inflytande. Redan 1948 definierades hälsa som ett tillstånd och förutom det biologiska välbefinnandet inkluderades mentalt och socialt välbefinnande i definitionen av hälsa.²² 1986 definierades hälsa som en resurs för att leva det dagliga livet och som en aktivitet något som dagligen skapas och levs. 1991 utvecklades WHO:s hälsobegrepp ytterligare genom en ytterligare betoning på dynamiska aspekter istället för att se hälsa som ett idealtillstånd. Hälsa betraktas idag som en resurs för att kunna nå mål i livet och man erövrar den genom att kontrollera och bemästra sin livssituation. Men hälsa ses också som en process. Hälsa skapas i rörelse och utvecklas i relationen individ, handling och omgivning (ibid. s 70) Ansvaret för hälsa som en resurs för individen ligger även hos gruppen och hos samhället. Individen ska ges möjlighet att kontrollera och bemästra sin situation och möjlighet att ta makten över sitt liv. (Ibid. s 66-67) .

Ur ett geografiskt perspektiv på hälsa betonas individens relationer med omgivningen. Platser kan vara bättre eller sämre ur hälsosynpunkter under olika tidsperioder såväl av rent fysiska som av psykologiska skäl. Vad som händer under en människas liv har betydelse för hälsan såväl när det gäller större händelser och förflyttningar, t. ex migration, som vad som händer under de korta förflyttningarna i vardagslivet. Modern folkhälsovård definierar den omgivande miljön som fysisk såväl som social och psykologisk. På det sättet sammanvävs begreppen 'miljö' och 'plats' i syfte att ge en rumslig kontext för hälsa som överskrider individens eget beteende och hälsoutfall (Gatrell 2002).²³

²¹ Till den humanistiska inriktningen räknar Medin & Alexandersson den holistiska ansatsen, den ekologiska ansatsen, den homostatiska ansatsen, den teleologiska ansatsen den salutogena ansatsen samt till stor del den behavioristiska respektive psykosomatiska ansatsen.

²² "Health is a state of complete physical and social well-being, and not merely absence of disease or infirmity (WHO 1948)

²³ Gatrell (2002) definierar plats som en betydelseladdad lokalisering. Miljö definieras som den fysiska världen och dess effekter på oss.

Den hälsoteoretiska diskussionen i Sverige är i dag starkt påverkad av den salutogena ansatsen (Antonovsky 1991). Den salutogena ansatsen har en helhetssyn som innebär att hälsan är beroende av hur individen kan bemästra omvärlden.²⁴ Det intressanta är vad som bidrar till hälsa och vad som bidrar till att upprätthålla hälsa, inte hälsans natur i sig. Antonovsky (1991) har myntat begreppet ”Känsla av sammanhang” (KASAM).²⁵ KASAM antas avgöra en individs övergripande förmåga att hantera stressfyllda situationer och innehåller tre begrepp: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Antonovsky ser hälsa som ett kontinuum som sträcker sig mellan fullständig ohälsa och fullständig hälsa. Han anser att vi människor kontinuerligt rör oss mellan dessa två poler under hela vår levnad. Det innebär att vi även vid svår sjukdom har någon grad av hälsa kvar. Individens sociala, historiska och kulturella sammanhang, barndom och genetiska förutsättningar utgör grunden för salutogenes. Enligt Antonovsky är det graden av känsla av sammanhang (KASAM) som avgör var varje individ befinner sig på kontinuumet hälsa – ohälsa. Begreppet KASAM värderar inga specifika strategier utan speglar de förutsättningar som en individ har att handskas med (cope with) situationer som upplevs som svåra. Inom psykologin kallas denna process för coping (Lazarus & Folkman 1984). Man kan säga att Antonovsky belyser en ny dimension av coping (Langius & Björvell s 67-68).

Begreppet coping kan användas för att beskriva patienters strategier för att hantera sin smärta. I vidare mening syftar begreppet på individens egen värdering av sina resurser och dessa resursers förhållande till omgivningens krav (Peolsson 2000). Ett exempel på det är hur vissa barn, trots att de haft alla odds emot sig under sin uppväxt, klarar sig bra i vuxen ålder. Psykologen Solveig Cronström-Beskow (1996) kallar dessa barn för ”maskrosbarn”. Hon skriver om deras strategier.

”Maskrosbarn svarar an på livets uppmaning till kamp, och de tar på sig det ansvar som detta innebär. När den yttre verkligheten inte går att ändra kan förändringen ske inom henne själv. Maskrosbarn lär sig detta mycket tidigt. Vi behöver inte bli offer för tvingande yttre omständigheter om vi kan se en mening i det som sker och i det som redan har skett, och om vi kan sätta in oss själva och våra liv i ett större sammanhang. För att vi ska kunna se bortom ett hinder måste vi höja oss över det. Först då kan vi få överblick maskrosbarnens

²⁴ Salutogenesen fokuserar på hälsans ursprung och hur en individ upplever, värderar och hanterar sin sjukdom och hälsa. Hälsa- och sjukvård domineras idag av ett patogent synsätt, dvs. fokus riktas mot det sjuka – patologin.

Känsla av sammanhang (KASAM) är en översättning av Sense Of Coherence (SOC).

okonventionella och förtröstansfulla förhållningssätt gentemot hinder utgår från deras förmåga till överblick och helhetsperspektiv” (Cronström-Beskow 1996, s 231).

Maskrosbarnen har både en styrka att klara av svårigheter och en förmåga att överblicka och hantera svåra situationer i sitt eget livssammanhang – de har KASAM och behärskar coping. Däremot säger varken begreppet KASAM eller begreppet coping något om hur en individ har skaffat sig dessa förmågor och strategier. Kan man då lära sig att skapa KASAM och coping i sitt livssammanhang?

Att synliggöra sammanhang

De ovan relaterade teorierna visar på behovet av att skapa sammanhang i människors tillvaro, där förvärvsarbetet och det övriga livets aktiviteter kan betraktas tillsammans, i en för människan meningsfull och begriplig relation till utvecklingen av samhället. På individnivå gäller det att hitta redskap som stödjer synliggörandet och objektiveringen av de förgivettagna dagliga rutinerna såväl i förvärvsarbetet, hemarbetet som i den egna fria tiden. När den ”förgivettagna” subjektiva vardagen (den naturliga attityden/livsvärlden) successivt upptäcks genom objektivering blir den möjlig att reflektera över och kan erkännas som en verklighetsbild som man själv skapat i sitt samspel med andra människor. Det går då att ifrågasätta om man verkligen vill ha det livssammanhang man har, eller om man vill försöka omskapa det.

Det finns olika redskap för att synliggöra sammanhang i den förgivettagna vardagen. Det vanligaste är nog samtalet. De flesta av oss diskuterar vår livs-situation med vänner och familj, dagligen och stundligen. Ett annat sätt är att föra samtalet med professionella samtalspartners, ex psykologer och kuratorer.²⁶ Ett ytterligare redskap är att genom en egengenererad utbildning av vardagen, skapa ett redskap som man kan föra samtalet kring, både med sig själv i en inre dialog och med andra. 4M-metoden är utvecklad för att fungera som ett sådant redskap som lyfter fram just de element av vårt vetande som vi inledningsvis är helt identifierade med och som därför varit onåbara för reflektion (Nordell 2000). Därmed blir de till

²⁶ Se exempelvis Peolsson (2000, s 20) som visar hur människor genom att berätta om sin smärta, utifrån ett jag-perspektiv kan rama in sin smärta i ett sammanhang. Detta sammanhang bildar sedan en tolkningsram utifrån patientens perspektiv vari smärta ingår.

objektiverade element som vi har distans till och kan reflektera över.²⁷ Med en förändring i människans medvetande om vad som är subjektivt respektive objektivt, följer också en förändrad syn på vilka restriktioner och möjligheter som finns, både inom henne själv och utanför, i omgivningen.

²⁷ I enlighet med Kegans resonemang i avsnitt 2.6.

3. Metod, uppläggning och genomförande

3.1 Kvalitativa fallstudier

Det övergripande syftet med föreliggande arbete är att utveckla, pröva och värdera vägar för människor att inom olika livsområden förändra och påverka sitt livssammanhang i en för individen själv önskvärd riktning. Vid val av undersökningsmetod ligger då en kvalitativ ansats nära till hands. Bryman beskriver kvalitativ forskning som

”ett sätt att studera den sociala verkligheten som har som främsta syfte att beskriva och analysera kulturen och beteendet hos människor och grupper med utgångspunkt från dem som studeras.”(Bryman 1997, s 59), och att ”det mest grundläggande draget hos kvalitativ forskning är den uttalade viljan att se eller uttrycka händelser, handlingar, normer och värden utifrån de studerade personernas eget perspektiv”(ibid., s77).

När forskare utgår från de studerade personernas eget perspektiv innebär det ofta att uppmärksamhet riktas mot vardagliga och till synes triviala detaljer. Denna utgångspunkt i det vardagliga livssammanhanget kan trots sin trivialitet ge möjlighet att förklara vad som händer i en viss situation

och ge upphov till tankar om möjligheter att förändra det som inte upplevs som tillfredsställande eller önskvärt.

I kontrast till den kvalitativa forskningen står den ”traditionellt” inriktade forskningen, som utgår från en helt annan syn på verkligheten. Utgångspunkten för traditionell forskning är att det finns en enda och objektiv verklighet som vi kan observera, vi kan fastställa vad som finns där ute, mäta det, få resultat som kan generera förklarande lagar vilka förklarar aspekter av verkligheten (Merriam 1994). Inom kvalitativ forskning utgår man från att världen inte är objektivt beskaffad utan snarare en funktion av varseblivning och samspel med andra människor. Den är induktiv och fokuserar på process, förståelse och tolkning snarare än deduktiv och experimentell. Verkligheten är på så vis en subjektiv historia som behöver tolkas snarare än mätas.

Kvalitativ forskning uppvisar en förkärlek för det som kallas *kontextualism* (eller situationism) genom att forskaren har en uttalad vilja att förstå människor i deras sammanhang. Det innebär att tolkning av det som sker måste göras i termer av förståelse av hela den sociala miljön och den mening som denna har för aktörernas livssammanhang (Bryman 1997).

Betoningen av *process* i kvalitativ forskning uttrycker också en vilja att fånga in aktörernas perspektiv, dvs. vad det är i vardagslivets verklighet som yttrar sig som sammanhängande skeenden för människorna. Den generella bild som kvalitativ forskning kan ge av den sociala ordningen är att den innebär fokus på samband och förändring.

Genom *aktionsforskning* utnyttjas den kunskap som erhålls till att förändra den situation som undersöks. Samhällsvetenskapernas centrala roll är att frigöra människor genom förändringar, något som emellertid inte kan åstadkommas utan att man utmanar status quo. I det sociala livet existerar status quo därför att normer, regler och värderingar som lärs in genom socialisationen, har internaliserats och ständigt underbyggs (Berger & Luckmann 1979, Andersen 1998).

De flesta *kvalitativa fallstudier* inom samhällsvetenskap rör praktiska problem som behandlas utifrån ett helhetsperspektiv. Fallstudier är ofta den bästa metoden för att tackla problem som kräver att man har förståelse

innan man kan förbättra praktiken. Det innebär att forskare väljer fallstudie-metoden för att skaffa sig djupgående insikter om en viss situation och hur de inblandade personerna tolkar denna (Merriam 1994). Som vetenskaplig metod fokuserar fallstudien på *kontext* och närhet till undersökningsobjektet snarare än på specifika variabler och på att upptäcka snarare än att bevisa. Det innebär också att *processens* betydelse betonas framför utfallet och slutligen medges möjlighet till upptäckter som på sikt kan leda till förändring av situationen som undersöks.²⁸ Fallstudien är en forskningsdesign som i första hand passar i situationer där det inte går att skilja variablerna (som rör företeelsen) från kontexten eller den omgivande situationen. Genom att koncentrera sig på en enda företeelse eller situation, ”fallet”, strävar man med detta angreppssätt efter att belysa samspelet mellan viktiga faktorer som kännetecknar företeelsen eller situationen i fråga (Ibid.).

En kvalitativt inriktad fallstudie har fyra grundläggande egenskaper – den är *fokuserad*,²⁹ *deskriptiv*, *heuristisk* och *induktiv* (Merriam 1994, s 25-27). Med *fokuserad* menas att den fokuserar på en viss situation, händelse, företeelse eller person. Det gör att den är speciellt lämpad för praktiska problem – frågor, situationer eller svårigheter som uppstår i vardagen. Slutprodukten i en fallundersökning är *deskriptiv*, och det innebär att beskrivningen av den företeelse man studerat är omfattande och komplex, dvs. det är många faktorer som spelar in och som måste belysas och relateras till varandra. En fallstudie ska innefatta så många variabler som möjligt och den ska beskriva samspelet mellan dem, ofta över en längre tidsperiod. Att en fallstudie är *heuristisk* innebär att den kan förbättra förståelsen av den företeelse som studeras. Den kan skapa nya innebörder, vidga erfarenheten eller bekräfta det man redan visste eller trodde sig veta. Att fallstudien är *induktiv* betyder att generaliseringar, begrepp och hypoteser skapas ur den information man har tillgång till och som i sin tur har sin grund i den kontext som bildar ram till det man studerar. Utmärkande för kvalitativa fallstudier är upptäckten av nya relationer och begrepp samt en ny förståelse, snarare än verifiering av på förhand specificerade hypoteser.

²⁸ Det kan med andra ord leda till utmaning av status quo.

²⁹ Merriam (1994) kallar den för partikularistisk men eftersom det ger associationer till upp-splittring och uppdelning så väljer jag att kalla den för fokuserad istället.

Forskaren som instrument

I en kvalitativ fallstudie är forskaren det primära instrumentet när det gäller att samla in och analysera information. Ett mänskligt instrument är lika otillförlitligt som vilket instrument som helst och begränsat av just egenskapen att vara människa. Forskaren begår misstag, missar en del möjligheter och låter personliga värderingar färga undersökningen (Merriam 1994). Merriam (1994) betonar också att fallstudieforskaren måste ha mycket stor tolerans för mångtydighet. Det finns vissa riktlinjer och man har tillgång till andras erfarenheter, men den ”bästa vägen – om den överhuvudtaget finns – är inte alltid så uppenbar och det finns inga fastlagda regler eller procedurer som man kan följa under undersökningens gång. Undersökningens utformning kan innebära påfrestningar. Man måste fatta beslut som bland annat rör hur informationen ska samlas in och hanteras, vilka som ska intervjuas eller observeras och vilka dokument som ska läsas.

Fallstudieforskaren måste också vara sensitiv inför kontexten och alla variabler den rymmer: Den fysiska miljön, människorna i situationen, offentliga och dolda dagordningar och icke-verbala budskap. Det krävs också en sensitivitet inför sig själv som person och hur egna värderingar och uppfattningar kan påverka undersökningen. Eftersom det primära instrumentet i kvalitativa fallstudier är människor, filtreras alla observationer och alla analys genom deras världsbild och livssyn, värderingar och perspektiv (ibid.).

Det underlättar också om fallstudieforskaren behärskar konsten att kommunicera. Kommunikativa färdigheter innebär empati, bra kontakt med respondenterna, bra frågor och en förmåga att lyssna uppmärksamt. En forskare kan lättare och med bättre resultat genomföra ett styrt samtal (intervju) om atmosfären är tillitsfull. Studier av livssammanhang kräver att människors aktiviteter studeras i olika kontexter och att de är delar i en process. Detta för in på tidsanvändningsstudier (ibid.).

3.2 Synpunkter på sätt att studera aktiviteter och tidsanvändning

För att studera individers aktiviteter och tidsanvändning måste data samlas in från enskilda människor. Det kan göras på olika sätt men det vanligaste är data från någon typ av dagbok. Den yttre ramen för varje dagbok är dygnet, vars klockslag människans tidsanvändning för olika aktiviteter kan relateras till (Ellegård 1993). Dagböcker kan föras kontinuerligt under dygnet eller fyllas i dagen efter. Dagböckerna kan också uttrycka olika tidsuppfattningar genom det sätt på vilket de är utformade.

- 1) Det finns dagböcker med fasta förutbestämda tidsintervall där pågående aktiviteter ska noteras (De är vanligen uppdelade i tidsperioder som är 10-15 minuter långa och dagboksföraren ska ange vilken aktivitet som huvudsakligen utfördes) (ex. Konsumentverket 1977, SCB 1990).
- 2) Det finns dagböcker med aktivitetsrelaterade (öppna/rörliga) tidsintervall. Varje aktivitets start- och sluttidpunkt anges av dagboksföraren själv (Statistisk Sentralbyrå Oslo, 1980)
- 3) Det finns dagböcker med aktivitetsrelaterad tidsangivelse där endast starttidpunkterna anges för varje aktivitet (Ellegård 1993).

I en del undersökningar får intervjupersonen uppskatta hur lång tid hon ägnat sig åt olika aktiviteter under gårdagen (t. ex kostvaneundersökningar och tidsbudgetundersökningar).³⁰ I det fallet blir uppskattningen av tidsanvändning mycket grov och sammanhangen som uppgifterna och deras aktiviteter ingår i saknas helt (ibid).

Andra metoder som har likheter med dagboksmetoder är t. ex ”Critical – Incident metoden” och ”Upplevelse Sampling metoden (USM)”. ”Critical – Incident metoden” innebär att respondenter – med utgångspunkt från ett visst forskningsproblem – får beskriva kritiska händelser av vardagshändelser, t. ex situationer som uppfattats som särskilt konfliktyllda, tillfredsställande, utmanande eller vanskliga. Metoden tillämpas framförallt inom organisationsforskning och ger ett rikt kvalitativt datamaterial. Dess fokus på situationer, snarare än handlandet som successivt förlopp bestående av såväl rutiner som avbrott från rutiner, skapar också vissa problem. Den här

³⁰ Konsumentverket, levnadsnivåundersökningar

metoden är den som har minst markerad dagboks-karaktär och ett betydande retrospektivt drag. Risken är stor för systematiska omtolkningar av de händelser som respondenten återger (Borell & Brenner 1997).³¹ ”Upplevelsesampling metoden (USM)” utgör en speciell kombination av enkät- och observationsmetoder som innebär att undersökningspersonerna besvarar frågor i en enkät om sina upplevelser. Forskaren utrustar undersökningspersoner med en signalgivare som signalerar att en enkät ska besvaras. Frågorna i enkäten besvaras vid slumpmässigt valda tidpunkter vilket innebär att intervjupersonen svarar på frågor om de aktiviteter som just utförts och de tankar som tänkts genom självobservation. Forskaren får på detta sätt tillgång till ett urval inblickar i undersökningspersonens egenobserverade verklighet. USM är knuten till Csikszentmihalyis studier av *flow* eller mentalt flöde och USM kan vara ett sätt att undersöka relationerna mellan aktivitet och den subjektiva upplevelsens kvalitet. Med USM reduceras risken för minnesfel och eftertänkslösheter (retrospektivitet) eftersom intervjupersonerna får besvara frågor i omedelbar anslutning till de aktiviteter som intresserar forskaren (ibid.).

Problem i olika typer av tidsanvändningsstudier

Borell & Brenner (1997) tar upp några problem som forskaren kan stöta på i genomförandet av tidsanvändningsstudier som bygger på dagböcker och/eller intervjuer.

Ett problem är att forskaren eller intervjuaren endast kan observera ett yttre manifest beteende hos intervjupersonen. Forskaren har inte tillgång till aktörernas inre liv, t. ex. intentioner, tankar och känslor.

I enkäter och intervjuer inom begränsade teman kan man få ”sociala önskvärdeffekter”, dvs. att intervjupersonen under- eller överrapporterar vissa saker. Som exempel angavs alkoholkonsumtion i en enkätundersökning endast till 60 % av den konsumtion som kom fram genom dagboksanteckningar. Samma fenomen uppstår om man frågar hur lång tid en

³¹ Den tidsgeografiska dagboken bygger på en *konstruktiv tidsuppfattning* som innebär att aktiviteterna styr tidsangivelserna. För varje aktivitet anges en tidpunkt. Den konstruktiva tidsuppfattningen ger upphov till tidsdagböcker med aktivitetsrelaterade tider, dvs. aktiviteten styr tidsangivelsen. En *vardaglig tidsuppfattning* råder om aktiviteterna strukturerar dagboken och tidsangivelserna endast sker sporadiskt. Om tid styr vilka aktiviteter som anges i dagböckerna råder en *analytisk tidsuppfattning* (Ellegård, 1993).

person använder för att t. ex se på TV om ett mer ”socialt önskvärt” beteende kanske överrapporteras i motsats till tiden för TV-tittande (ibid).

Ett annat problem är att redan ett kort tidsavstånd mellan observation och händelse ger upphov till störningar och förvanskningar. Därför kan tillbakablickande, frågor om något som inträffat tidigare, ofta i enkäter och i reflekterande dagböcker ge minnesfel, dels på grund av ren glömska, men också för att vi ständigt organiserar och konstruerar om våra minnen. En egenskap som kan göra det svårare att komma åt vardagsverkligheten (ibid.)

”Artefaktproblemet” innebär att själva metodanvändningen kan dölja och snedvrída de förhållanden som man vill belysa (enkäter) och innebär därmed ett kommunikationsproblem mellan forskare och intervjupersoner. Det finns en risk att man som forskare tvingar på intervjupersoner främmande begrepp och problem som hör till forskarsamhällets vardagsverklighet men inte intervjupersonens. Människor ska plötsligt svara på frågor som de aldrig ställt sig själva (Ibid).

Egenobservationer som görs vid slumpmässigt valda tidpunkter, t. ex med upplevelsesamplingsmetoden kan ge ett ”kontinuitets- och ett sammanhangsproblem” eftersom undersökningsspersonen ska berätta om eller besvara frågor om fenomen som då blir utbrutna ur ett naturligt processuellt steg. Problem som förknippas med retrospektiviteten försvinner, men sammanhanget saknas.

3.3 Den tidsgeografiska dagboksmetoden

En viktig utgångspunkt för den tidsgeografiska dagboksmetoden jag använder är att observationsinitiativet ligger hos dagboksföraren, inte hos forskaren. Detta innebär att forskaren inte vet hur sanningsenlig dagboksföraren är.

Genom självobservation formulerar dagboksföraren sin egen vardagsverklighet kontinuerligt i omedelbar anslutning till aktiviteten (ingen eller

liten retrospektivitet). Det innebär att vardagsverkligheten i huvudsak behandlas processuellt även om vissa efterkonstruktioner ibland måste göras.

Vardagsverkligheten formuleras så att dagboksförarens personliga tidrum med dess platser, aktiviteter, personer och upplevelser illustreras och kan hanteras både tankemässigt och grafiskt. Dagboksföraren gör ett omedvetet urval av vilka aktivitetsdetaljer som antecknas efter en uppfattning av deras status, som grundas i erfarenhet och kultur. De flesta människor antecknar t. ex. sällan eller aldrig toalettbesök och en rökare skriver sällan att hon röker. I vardagsverkligheten ingår dagboksförarens subjektiva känslor och fysiska upplevelser, vilket innebär att det inre livet kopplas till hennes yttre manifesterade beteende.

Den tidsgeografiska dagboksmetoden bygger på dagböcker som skrivs utifrån dagboksförarens eget sätt att benämna aktiviteter, med hennes egna ord utifrån hennes uppfattningar om tid och om vad hon ägnar sig åt. Som antytts ovan innehåller i allmänhet dagböckerna flera aspekter på tillvaron än bara tidsdimensionen och vilka aktiviteter som genomförs. Vilka *platser* dagboksföraren vistas på är väsentligt liksom vilka *personer* som hon varit tillsammans med. Alla dessa aspekter kan också iakttagas utifrån av någon annan än dagboksföraren (Ellegård 1993, 1994; Ellegård & Nordell 1997). I min studie innehåller dagboken dessutom aspekter av mer subjektiv karaktär, som t. ex upplevelse av *fysisk hälsa/ohälsa* och *sinnestillstånd*.³² Dessa aspekter kan en utomstående omöjligt veta något om, endast dagboksföraren själv kan redogöra för dem (Ellegård & Nordell 1997; Nordell 2000). Med hjälp av de många företeelser som tas upp i dagböckerna speglar de upplevelsen av vardagslivets variationsrikedom och komplexitet.

Forskning som behandlar normativa problem, till exempel villkoren för ett gott liv, och som försöker skapa jämförbarhet mellan olika människor är förknippad med ett stort problem, nämligen förhållandet mellan det upplevda (subjektiva) och det mätbara (objektiva). Tid kan spela en central roll när det problemet ska angripas. I den tidsgeografiska metoden används tid för att relatera olikartade fenomen och företeelser till varandra, genom att en tidsgeografisk kartbild ritas enligt vissa enhetliga principer, i analogi med användning av skala, projektion och symboler på en vanlig karta. Resonemang om varför en vanlig vardag i en människas liv ser ut som den

³² Se figur 3.2 för exempel på dagbok.

gör kan föras utifrån en sådan kartbild eftersom samma bild kan betraktas både av henne själv och av andra och alla vet hur avbildningen görs. Kartbilden underlättar kommunikationen och ökar möjligheten att förstå vad var och en menar, vilket ger möjlighet till analys i dialogen mellan de inblandade. Det upplevda och det mätbara möts när bilden betraktas och artikuleras (Ellegård, Nordell & Westermarck 1999).

Den tidsgeografiska dagboksmetoden är ett verktyg som kan ge den enskilda människan möjlighet att nå djupare förståelse av sina vanor och rutiner genom att dess notationsapparat och de grundläggande antaganden som den bygger på, utnyttjas för att illustrera hennes aktiviteter precis som de framkommer genom hennes egen dagbok, dvs. sekventiellt i hennes eget vardagliga sammanhang. Även de upplevda aspekterna av tillvaron kan objektiveras med hjälp av notationssystemet. I den tidsgeografiska metoden sätts fokus på den ömsesidiga relationen mellan totaliteten (vardagslivet och upplevelser av det) och dess individuella komponenter (aktiviteter, platser, personer och upplevelser av dessa var för sig). Vardagens händelser och projekt byggs upp av många olika aktiviteter som tillsammans bildar viktiga sammanhang i den fysiska och sociala världen. Mot bakgrund av sådana sammanhang kan såväl upplevda fysiska besvär som sinnestämningar relateras till vad man gör, var man befinner sig och vilka personer man är tillsammans med.

Dagböcker av tidsgeografisk karaktär bör skrivas under en tidsperiod av ungefär en vecka för att man ska kunna fånga in veckorytmer. När de skrivna dagböckerna samlats in, används ett speciellt kodschema för att koda dagböckernas innehåll (Ellegård 1993, 1994). De kodade dagböckerna matas sedan in i ett specialutvecklat datorprogram, och programmet gör beräkningar och ritar kartbilder över aktivitetsmönster, sociala mönster och geografiska rörelser (Ellegård 1994, Ellegård & Nordell 1997). Detta utgör sedan utgångspunkten för de analyser som görs.

Observerbara och upplevda sammanhang i tillvaron

Med hjälp av den tidsgeografiska dagboksmetoden kan viktiga vardagliga sammanhang identifieras. De illustreras genom att de kodade dagböckernas innehåll avbildas med hjälp av datorprogrammet.

Tre vardagliga sammanhang som alla bygger på dagböckernas noteringar av iakttagbara företeelser kan identifieras:

- 1) aktivitetsrelaterade sammanhang (vardagssammanhang och projektsammanhang),
- 2) geografiskt sammanhang och
- 3) socialt sammanhang.

Vardagssammanhanget består av alla de aktiviteter som uppträder i sekventiell ordning under en dag i en persons dagbok. I avbildningen illustreras vardagssammanhanget av en linje, en aktivitetsorienterad individbana, som löper uppåt genom diagrammet när en aktivitet pågår, och horisontellt när byte av aktivitet sker. Därmed visas hur den ena aktiviteten följer sekventiellt efter den andra i ett kontinuerligt flöde (se figur 3.3). *Projektsammanhanget* innebär att man analyserar dagboks materialet med fokus på de aktiviteter som ingår i projekt som genomförs i syfte att nå vissa mål (jfr 2.2). Det finns en viktig skillnad mellan projekt och projektsammanhang. Termen projekt används som den allmänna beteckningen på alla de aktiviteter som syftar till att nå ett visst mål, medan projektsammanhanget utgörs av de unika aktiviteter i projektet som redan har genomförts. Ett projekt, i dess allmänna form, kan således höra samman både i förfluten tid, nu och i framtiden medan de redan genomförda aktiviteterna i ett visst projekt kallas för ett projekt-sammanhang (Ellegård 2001, s 56). Projektsammanhanget återfinns alltid i ett vardagssammanhang och dess aktiviteter uppträder tillsammans med andra aktiviteter från andra projekt som ingår i andra projektsammanhang.

Det *geografiska sammanhanget* visar mönstret av vistelser på och förflyttningar mellan platser som man besöker i samband med att man utför aktiviteterna i vardagssammanhanget. Det *sociala sammanhanget* avbildar samvaron mellan dagboks-föraren och andra människor.

Ytterligare ett sammanhang kan identifieras, *upplevelsesammanhanget*, som tar sin utgångspunkt i de subjektivt upplevda aspekterna på tillvaron. Upplevelsesammanhanget består av flera delar, i första hand en fysisk (kroppslig) och en mental/känslomässig del. Detta subjektiva sammanhang

bygger på att dagboksföraren vid sidan av tid, aktivitet, vem hon är tillsammans med och var hon befinner sig, också noterar hur hon upplever sitt tillstånd ur olika aspekter. Hon kan notera hur hon upplever sitt *fysiska tillstånd* på samma sätt som hon kan notera sin *sinnesstämning*. Hon skriver vilka fysiska besvär hon känner och hur hon känner sig till mods vid sidan av vad hon gör under dygnet – om hon är glad, nedstämd, stressad osv.

När dagboksföraren sedan jämför de tidsgeografiska bilderna av de fyra sammanhangen i hennes vardag med varandra framgår det tydligt vilka projekt och aktiviteter som förknippas med till exempel värk eller fysiskt välmående och positiv eller negativ sinnesstämning. Dagboksföraren kan själv se vad hon gjorde när hon upplevde smärta någonstans i kroppen, hon kan också se var hon befann sig just då och vem hon var tillsammans med, och hennes sinnesstämning kan jämföras med de andra sammanhang och situationer som är förenade med tillfredsställelse eller otillfredsställelse.

I datorprogrammet finns även möjligheter att hantera andra subjektiva sammanhang. En person med funktionsnedsättning kan till exempel notera sin *förmåga*. På det sättet kan man se vilka svårigheter som är förenade med att utföra vissa aktiviteter och göra vissa förflyttningar. Genom att dagboksföraren alltid noterar vem hon är tillsammans med illustreras också hennes behov av hjälp i sådana sammanhang.

Utgångspunkten är alltså att dagboksföraren genom att ange sina upplevelser i dagboken, kan jämföra sin objektivt iakttagbara vardag (som illustreras med aktivitetssammanhang och geografiska och sociala sammanhang) med sina upplevelser av vardagen (upplevelsesammanhangets fysiska besvär och sinnesstämning), och från den jämförelsen kan hon identifiera vardagssammanhang och projektsammanhang som innebär positiva respektive negativa upplevelser. Det är sannolikt att hon inte tidigare var medveten om dessa relationer.

3.4 En tidsgeografisk arbetsmodell

Den tidsgeografiska dagboksmetoden ligger till grund för den arbetsmodell för förändringsarbete och rehabilitering som jag har utvecklat. Utgångspunkten är att människans medvetande om sitt eget livssammanhang kan öka när hennes tillvaro beskrivs systematiskt med hjälp av de olika sammanhangen (vardagssammanhang, projektsammanhang, geografiskt sammanhang, socialt sammanhang och upplevelsesammanhang).

Den tidsgeografiska arbetsmodellen (se figur 3.1) innebär en process som rymmer dagboksförarens reflektioner kring sitt totala livssammanhang med utgångspunkt från hennes tidsgeografiskt avbildade dagböcker. Utgångspunkten för arbetsmodellen är att dagboksföraren skriver dagbok under minst två perioder, med en mellanliggande period som utnyttjas för att vidta åtgärder, till exempel för professionellt ledda rehabiliteringsprogram av olika slag. Dessa kan kombineras med dagboksförarens egna idéer om hur hon vill förändra sina vardagliga aktivitetsmönster. Arbetsmodellen är därmed emancipatorisk och den bygger på ömsesidigt förtroende mellan dagboksförare och professionella. Det är viktigt att betona att materialet, dvs. dagböcker och därur genererade avbildningar ägs och kontrolleras av dagboksföraren själv. Det får aldrig upplevas som ett redskap för kontroll utifrån. Det är därför också viktigt att tillämpningen av modellen är flexibel och anpassas till varje dagboksförarens speciella situation.

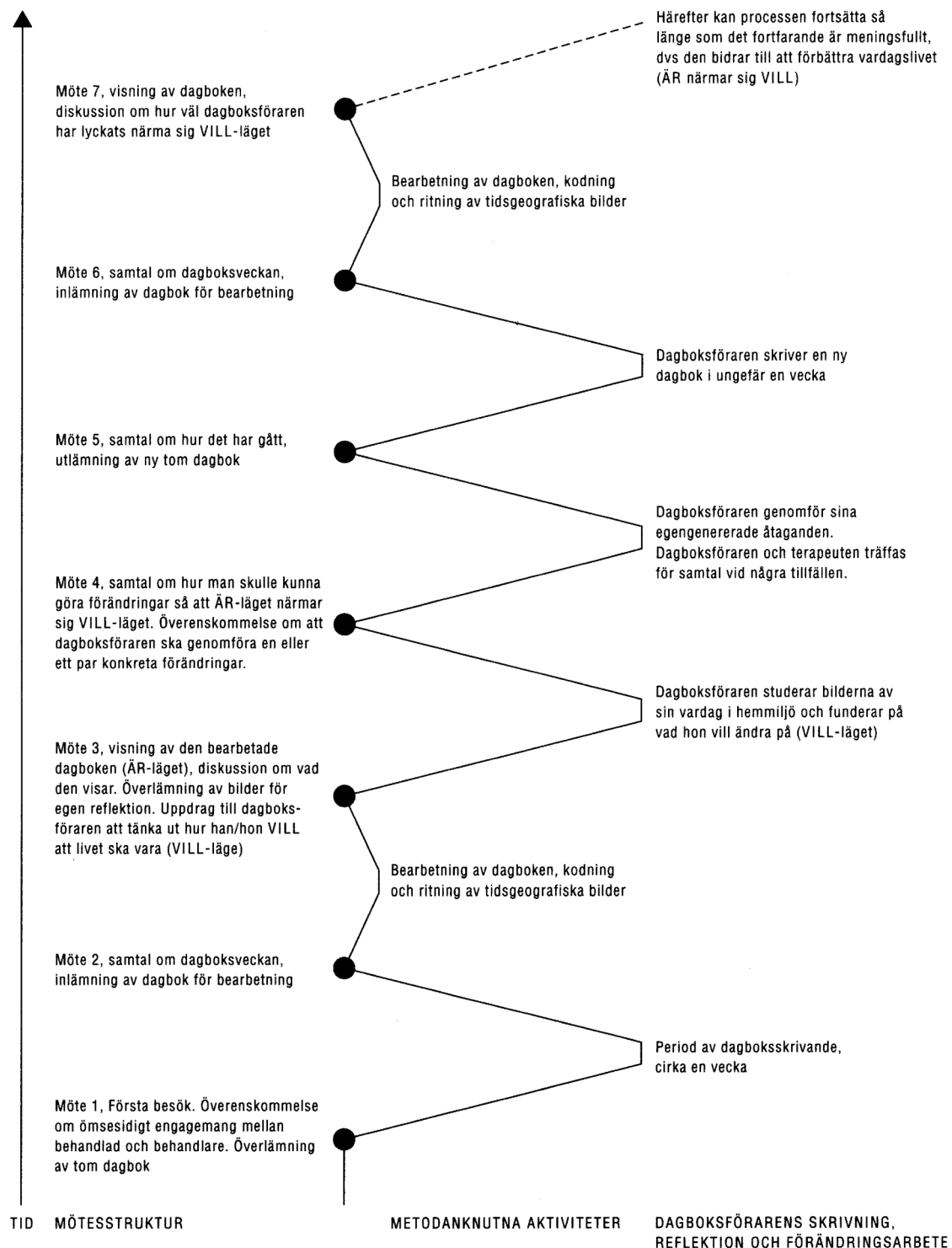
Den allra första introduktionen av dagboken är mycket viktig eftersom det gäller att förmedla att det är dagboksföraren själv som ska dra nytta av skrivandet och därför ska dagboken skrivas så noga som möjligt. Dagboksföraren skriver dagbok i ungefär en vecka och lämnar sedan in den för bearbetning. Det är många tankar som väcks när man skriver en tidsgeografisk dagbok, bland annat brukar dagboksförare bli medvetna om att vissa aktiviteter återkommer ofta och att dagarna liknar varandra.

När dagboken har bearbetats och avbildats tidsgeografiskt studerar dagboksföraren bilderna tillsammans med en professionell behandlare. Genom att de olika sammanhangen illustreras grafiskt kan det bli lättare att få en överblick och se hur saker hänger ihop i vardagen. Dagboksföraren reflekterar i det här skedet över hur saker och ting ser ut just nu, hur det

ÄR. Med utgångspunkt från hur det ÄR är det lätt att börja tala om hur man VILL att det ska vara. Vid jämförelsen mellan ÄR och VILL uppmanas dagboksföraren att börja tänka på vilka förändringar som skulle kunna vara möjliga i hennes liv för att hon ska komma närmare VILL. Tillsammans med behandlaren sätter hon upp mål som hon vill nå under en viss tidsperiod och bestämmer sig för en förändringsstrategi. Förändringsstrategierna utgår ifrån ”De små stegens filosofi”, dvs. att det är lättare att genomföra mindre förändringar eftersom man då kan se att det börjar gå åt rätt håll. Sedan blir man successivt mogen för att ta tag i fler och större saker.

När dagboksföraren genomfört förändringar efter den överenskomna tidsperioden skrivs en ny dagbok. Denna bearbetas, nya bilder tas fram och ett nytt ÄR-läge gestaltar sig i illustrationerna. Då skapas ett utrymme för dagboksföraren att reflektera över om det nya ÄR-läget har närmat sig VILL-läget. Här kan processen avslutas om man är nöjd med förändringen eller också kan man fortsätta förändringsarbetet med nya mål och nya dagböcker.

I arbetsmodellen används *tiden* således som verktyg på två sätt. Den används för det första som ett verktyg för att strukturera dagböckerna genom att man noterar klockslag varje gång man skriver ner vad man gör. Tiden används för det andra som ett verktyg i sig, dvs. genom att den tidsperiod då processen pågår ger utrymme för reflektion. Arbetsmetoden och dagboksskrivandet bör med andra ord vara utsträckt över en ganska lång period för att man ska kunna dra nytta av eftertanke i perioderna mellan mötena.



Figur 3.1 4M-metodens arbetsmodell för terapeutisk användning, reflektion och förändringsarbete. Arbetsmodellen ska följas nedifrån och upp i figuren. Modellen bygger på att tiden utnyttjas som verktyg både som reflektionsprocess och som beskrivningsinstrument i dagböckerna. Källa: Ellegård & Nordell 1997.

3.5 Deltagare och medforskare i fallstudierna

Moustaka (1990) kallar alla deltagarna i ett forskningsprojekt för "co-researchers" (medforskare) och forskaren för "primary researcher". Arbetssättet i mina fallstudier bygger på aktionsforskningens grundtanke, dvs. att den kunskap som erhålls används till att förändra den situation som undersöks. Genom 4M-metoden är deltagarnas egen forskning om sig själva utgångspunkten för att de ska kunna förändra sina arbets- och livssammanhang. Det innebär således att de är medforskare i genuin bemärkelse.

För att kunna tillämpa arbetssättet och värdera dagboksmetoden och arbetsmodellen inom 4M, på det sätt som framgår av frågeställningarna i avsnitt 1.3, ska professionella aktörer leda och stödja deltagarna i forskningen om sig själva. På så vis skapas en förståelse för varje individ och för gruppen som helhet och dessutom skapas möjligheter att reflektera över arbetssättets för- och nackdelar. Det innebär att de professionella aktörerna är medforskare på en annan nivå än deltagarna. I fallstudien "Värkmästarna" finns professionella aktörer i den rollen och i fallstudien "Eget ansvar" har jag själv som forskare också rollen som professionell aktör. Deltagarna själva (framförallt handledarna i nätverksgrupperna) får en större roll i fallstudien "Eget ansvar" eftersom de själva driver analysarbetet.

Slutligen deltar jag som forskare och initiativtagare tillsammans med medforskarna/de professionella aktörerna. Jag samlar in information, analyserar, drar slutsatser och rapporterar det.

För tydlighetens skull kallar jag i fortsättningen medforskarna i projektet för deltagare respektive professionella aktörer och mig själv för forskare. Dock är idén om att alla involverade i projektet är medforskare en grundläggande tanke.

3. 6 Undersökningsdesign

Fallstudier

Fallstudien ”Värkmästarna”

I fallstudien ”Värkmästarna” lider deltagarna av hälsorelaterade problem som är förknippade med stress och/eller långvarig smärta. Alla är helt eller delvis sjukskrivna. Detta var också en utgångspunkt för att få delta i projektet. Projektet genomförs i form av en kurs där den professionella aktören är en personalutvecklare som på uppdrag av försäkringskassan arbetar enligt 4M-metoden. Personalutvecklaren, som hädanefter kallas kursledaren, leder kursen med hjälp av en assistent, som själv lider av långvarig smärta (fibromyalgi), och en sekreterare som har skött det administrativa arbetet och datorarbetet. Kursledaren hade prövat arbetsmodellen tidigare och tänkte redan innan pilotstudien startade att hon skulle använda metoden i sina kurser. Pilotstudien innebar en möjlighet för henne att följa upp och utvärdera sitt arbete.

Fallstudien ”Eget ansvar”

I fallstudien ”Eget ansvar” används metoden som en del i ett projekt för att förbättra arbetsmiljön för kvinnliga tandläkare vilka som yrkesgrupp lider av hög sjukfrånvaro.

Arbetsmiljöprojektet hade redan pågått i två år när de kvinnliga tandläkarna började arbeta med 4M-metoden under rubriken ”eget ansvar” för att identifiera sitt handlingsutrymme och skapa en ökad känsla av egenkontroll. På grund av det stora antalet tandläkare som deltog skedde allt arbete, förutom själva dagboksskrivandet, i större och mindre grupper. Jag själv ledde arbetet med 4M-metoden och hade hjälp av nätverksgruppernas handledare.

Deltagare i forskningsprocessen

Forskningsprocessens deltagare är först och främst alla dagboksförare (individens mikronivå/ deltagarstudie), eftersom de är målgruppen för 4M-metodens tillämpning är deras måluppfyllelse fundamental i studien. För att metoden ska fungera väl för deltagarna är det också viktigt att den är hanterbar för de professionella aktörer som är deltagare i forsknings-

processen. Hur har arbetsmodellen fungerat för den professionella aktören i fallstudien "Värkmästarna" och för mig själv som professionell handledare i fallstudien "Eget ansvar" (strukturnivå/professionella)? Slutligen är jag som forskare en aktiv deltagare genom att pröva och värdera de arbetsmodeller som provas i samtliga fallstudier (forskarnivå).

Individens mikronivå/deltagare

Som kursdeltagare i försäkringskassans kurs (Värkmästarna) och som deltagare i Auroraprojektet (Eget ansvar) forskar deltagarna om sig själva, såväl ensamma som tillsammans med varandra och i samarbete med de professionella aktörerna. 4M-metoden ger strukturer åt rehabiliteringsarbetet i kursen och åt förändringsarbetet inom folktandvården. 4M-metoden syftar till att varje deltagare ska stödjas att först bli medveten om, och därefter frigöra sig från, omedvetna och medvetna restriktioner (de kan vara av fysisk, psykologisk eller institutionell art) som innebär att de upplever sig sakna kontroll över sitt arbets- och livssammanhang. Det innebär att de grundläggande observationerna i studien görs av deltagarna själva på sig själva.

Strukturnivå/handledare

Kursledaren leder arbetet med 4M-metoden i fallstudien "Värkmästarna". Hon motiverar deltagarna under hela processen, ger instruktioner i hur man skriver dagbok, och hon datorbehandlar dagböckerna och hjälper deltagarna att tolka dagböckerna. Hon leder samtal om ÄR- och VILL - lägen så att deltagarnas medvetande kan riktas in mot mål som den enskilde anser är viktiga. Hon samlar också in övrig information från intryck och samtal med deltagarna. Kursledarens intryck av arbetsprocessen och av deltagarna förs sedan vidare till mig, genom skriftliga reflektioner och genom telefonkontakter och intervjuer. I fallstudien "Eget ansvar" leder jag själv arbetet i den stora gruppen kvinnliga tandläkare med hjälp av handledarna i nätverksgrupperna. Jag instruerar deltagarna i att skriva dagbok, jag datorbehandlar flera dagböcker som används som exempel när jag tolkar dagböckerna i gruppsammankomster. Samtal om ÄR- och VILL - läge, liksom en utvärdering av förändringsarbetet sker i gemensamma grupparbeten som jag handleder.

Forskningsnivå/forskare

I fallstudien "Värkmästarna" intervjuade jag deltagarna efter avslutat projekt för att utröna hur 4M-metoden har fungerat och vad deltagandet har lett fram till. Jag intervjuade även den professionella aktören för att få hennes åsikt om positiva och negativa aspekter på modellen efter att ha arbetat med modellen. Efter ett år gjorde jag en uppföljning och intervjuade deltagarna igen. I fallstudien "Eget ansvar" fick jag, i min roll som kursledare, skriftlig och muntlig information kontinuerligt under kursens gång och jag har vidare gjort några intervjuer med deltagare ca 9 månader efter kursens slut. Det innebär att fallstudierna skiljer sig åt i utvärderingshänseende. Fallstudien "Eget ansvar" är en bredare och i högre grad explorativ studie med många deltagare där de unika individerna inte framträder på samma sätt som i "Värkmästarna".

Datainsamling på tre nivåer

En central fråga är hur väl empiriska observationer eller empiriska data avspeglar verkligheten. Vi är alla deltagande observatörer i världen och frågan är om det existerar en verklighet som är oberoende av vår perception av denna verklighet. Om vi å ena sidan väljer att svara att verkligheten bara existerar i kraft av vår perception av den, säger vi samtidigt att verkligheten är en ren social konstruktion. Det betyder att uppfattningen av verkligheten bara existerar i vårt individuella eller kollektiva medvetande. Detta synsätt medför att det inte finns en enda sann kunskap om denna verklighet utan att det finns flera konkurrerande kunskaper där vi inte genom så kallade sanningskriterier kan avgöra om den ena kunskapen (uppfattningen eller förståelsen) är riktigare än den andra. Om vi å andra sidan väljer att anta att verkligheten existerar oberoende av oss, att den med andra ord är av materiell karaktär, måste vi också acceptera att det finns en sanning om denna verklighet. Det är då möjligt att tala om mer eller mindre sann kunskap och därför också möjligt att pröva eller testa sanningsvärdet hos ett påstående eller en teori. Det kan då också finnas andra perspektiv på denna verklighet (Andersen 1998). En pragmatisk utgångspunkt är att acceptera en verklighet som existerar oberoende av vår uppfattning, men att olika människor kan ha olika subjektiva uppfattningar om denna objektiva verklighet. Metodologiska tillvägagångssätt bör sedan bestämmas av om vi

studerar den ena (subjektiva) eller andra (objektiva) formen av verklighet. Detta är min utgångspunkt.

Individens mikronivå/deltagare

Patel och Davidsson (1994, s 74) skriver att vetenskaplig observation inte får vara slumpmässig utan måste svara mot de krav som ställs på en vetenskaplig teknik. Observationen måste vara systematiskt planerad och informationen måste registreras systematiskt. Med hjälp av systematiska observationsmetoder kan man studera beteenden och skeenden i samma stund som de inträffar. När endast intervjuer och enkäter används som observationsmetod är forskningsresultatet beroende av att individerna har en tydlig minnesbild som de dessutom skall kunna vidarebefordra så att vi uppfattar den rätt. När deltagarna använder 4M-metoden för att observera sig själva är resultatet inte lika avhängigt en tydlig minnesbild eftersom deras självobservationer görs omedelbart i anslutning till att aktiviteterna utförs.

I 4M-metoden gör deltagarna observationer av sin egen vardag som de sedan skriver ned i dagböcker och därmed är 4M-metoden ett tillvägagångssätt för systematisk insamling och bearbetning av data. Genom att arbeta med den tidsgeografiska dagboken samlar varje deltagare in sina egna data genom strukturerade observationer av sig själva. Deltagaren själv skriver i sin dagbok kontinuerligt ner vad klockan är, vad hon gör, var hon är, tillsammans med vem, hur hon mår fysiskt och psykiskt, dvs. hon registrerar systematiskt i dagboken på ett strukturerat sätt, men använder sina egna ord och uttryck (se figur 3.2).³³

Skrivandet i dagboken är första steget i deltagarens observation av sig själv och sin vardag. Självklarheter och samband i hennes livssammanhang som tidigare varit osynliga eller dolda börjar framträda. Sedan bearbetas dagboken av den professionella aktören i ett datorprogram, som också ritar upp grafer över dagboksanteckningarna. Nästa steg är att deltagaren betraktar sina strukturerade anteckningar från dagboken i bearbetad form, vilket gör att livssammanhanget framträder ännu tydligare och hon kan börja tolka det. Grafen är således en objektiviserad bild av hennes subjektivt levda vardagstillvaro som kan utnyttjas för att reflektera över och föra samtal om.

³³ För en grundligare beskrivning av metoden se Ellegård & Nordell 1997.

TID	VAD JAG GÖR	VAR	MED VEM	FYSISKA BESVÄR	SINNES-TILLSTÄND
04.30	Vaknar	hemma	mig själv	huvud, nacke, axlar	trött, ledsen
04.35	toaletten			stelhet	
04.45	läser tidning				
06.00	försöker sova			smärtor	orolig
08.00	vaknar igen			smärta, huvud	arg
08.05	tar medicin			smärta, fryser	

Figur 3.2 Exempel på en renskriven dagbok från en person med fibromyalgi.

Observationerna kan karaktäriseras både som direkta och som deltagande observationer. De är direkta eftersom dagboksförarna vet att de är observatörer av sig själva och de känner till syftet med observationen och de är deltagande eftersom dagboksföraren är tillsammans med sig själv i varje situation medan de gör observationerna. Andersen (1998), framhåller att deltagande observationer lämpar sig framförallt för fallstudier, där syftet är att nå fram till en helhetsförståelse av det eller de fenomen som studeras.

Observationerna kan karaktäriseras som explorativa om de fenomen som studeras också betraktas i sina sociala sammanhang. (Andersen, 1998) I den här studien observerar deltagarna sig själva i sina livssammanhang med stöd och hjälp av de professionella aktörerna.

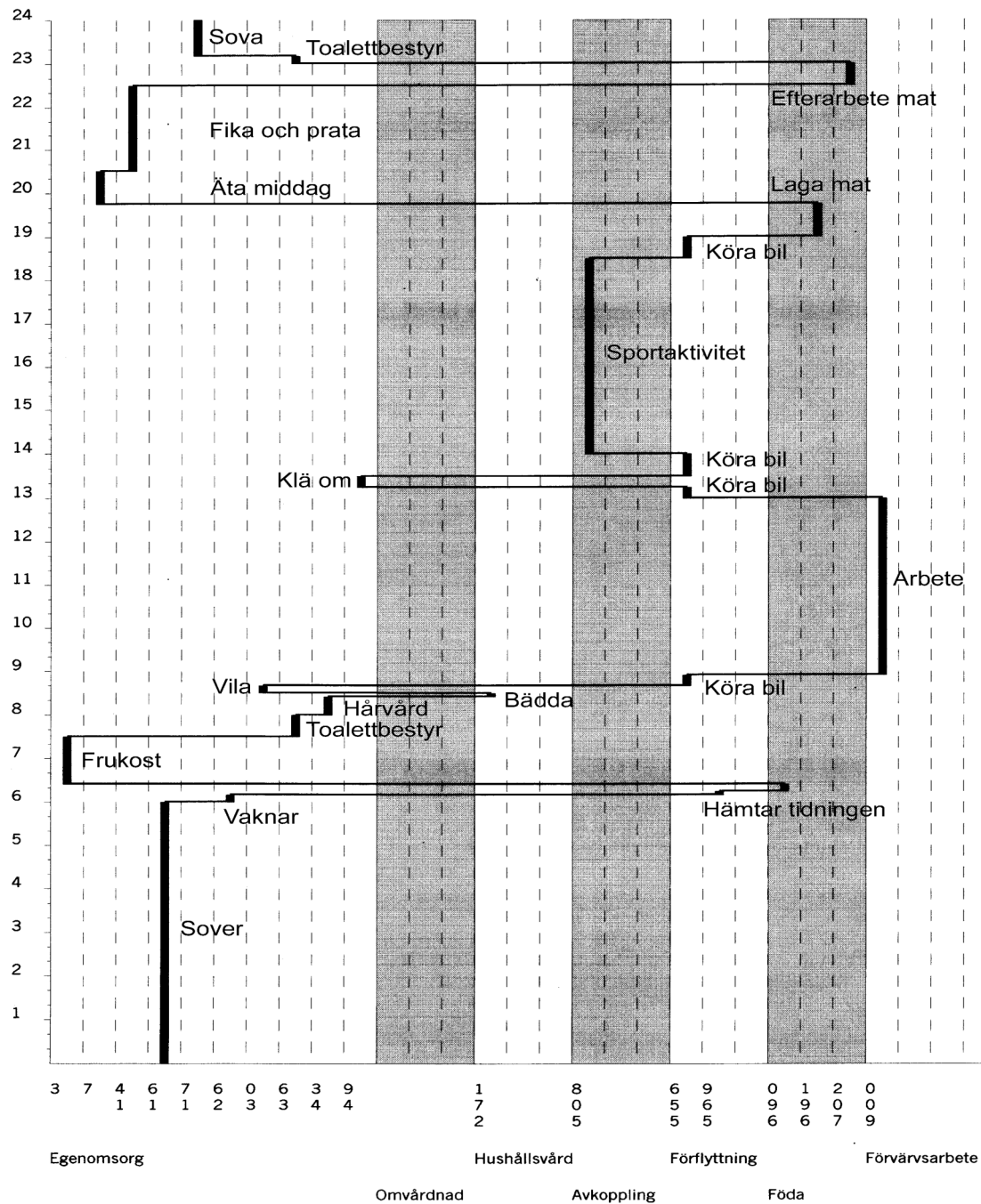
Professionell nivå

De professionella aktörerna bearbetar deltagarnas strukturerade dagböcker. De läser igenom dagböckerna noga, väljer ut några dagar som de tycker innehåller intresseväckande eller för den enskilde deltagaren typiska mönster.³⁴ Valet av dagboksdagar för bearbetning bygger på den professionelles förkunskap om deltagaren, bland annat utifrån det sekundärmaterial i form av exempelvis journaler och rapporter och på vad hon tror kan vara viktigt att belysa för just en viss deltagare. De professionella aktörerna kodar sedan de utvalda dagboksdagarna, matar in uppgifterna i dator-

³⁴ De kan vanligtvis välja att bearbeta alla dagboksdata, – vilket innebär ett betydande arbete, Ibland kan det vara att rekommendera. I fallstudien i denna avhandling har ett urval gjorts.

Grafen för Aktiviteter

Fig 3.3



Figur 3.3 Exempel på en aktivitetsgraf.

Aktivitetsgrafens visar vardagsmananhanget med alla aktiviteter en person utför under en dag. Grafen ska läsas nedifrån och upp. Tidsaxeln till vänster i figuren börjar längst ned kl 00.00 och slutar 24.00 samma dygn. På den horisontella axeln anges aktiviteterna. Den är indelad i sju områden som vart och ett omfattar en huvudkategori av aktiviteter (de är från vänster Egenomsorg, Omvårdnad, Hushållsvård, Avkoppling, Förflyttningar, Föda/Mathållning och Arbetsliv). Aktuella kodnummer anges i området för respektive huvudkategori och de läses nedifrån och upp. Utifrån bearbetningen av deltagarnas dagböcker kan man även ta fram Grafer för samvaro, Grafer för platser och förflyttningar och Grafer för fysiska besvär och sinnesstämning. Se även Ellegård & Nordell (1997).

programmet som bearbetar datamaterialet och ger en visuell presentation i grafer av den strukturerade dagboken. Datorbearbetade dagboksdata är en form av sekundärdata som tolkas gemensamt av deltagaren och den professionelle.

Forskarnivå

På forskarnivå samlas primärdata in främst genom intervjuer med deltagare och professionella aktörer. Eftersom det övergripande syftet med studien är att utveckla och pröva 4M-metoden så är intervjuer med deltagarna den viktigaste metoden för värdering av resultatet. Sekundärdata består framförallt av datorbearbetade grafer, dokumentation av ÅR- och VILL-läge med överenskommelse om mål och åtgärder och annan dokumentation och skriftlig rapportering från de professionella. I fallstudien "Eget ansvar", fungerar jag själv som professionell aktör och därmed också lyssnare under hela processen. Eftersom arbetet har byggts på deltagarnas egna anteckningar och muntliga synpunkter och diskussioner har jag dokumenterat detta under hela processen. Dessutom har jag genomfört tio intervjuer efter projektets slut.

Deltagarintervjuer

I båda fallstudierna har mina deltagarintervjuer gjorts i den kurslokal eller samlingslokal som personerna har varit vana att komma till. I fallstudien "Värkmästarna", intervjuade jag varje person i ca en timme. I fallstudie "Eget ansvar" varade mina intervjuer med deltagarna ca 30-40 minuter och intervjuerna gjordes på tandvårdskliniker. Intervjuerna kan närmast betecknas som halvstrukturerade. Intervjufrågorna berörde framförallt olika stadier i arbetet med den tidsgeografiska arbetsmodellen och deltagarnas synpunkter och reaktioner på dessa.

I båda fallstudierna har jag utgått från ett antal frågor (se bilaga 1 och 2) som jag har försökt få besvarade under intervjun, men jag har inte alltid ställt frågorna i samma ordningsföljd, utan situationen och varje enskilt samtals förlopp har fått avgöra. I slutet av varje intervju har jag försökt återvända till sådana frågor som jag inte alls fått svar på, dock utan att göra våld på samtals naturliga flöde.

Halvstrukturerade intervjuer innebär att forskaren själv samlar information och skapar sig en utvidgad bild under intervjuernas gång. Det innebär också att samtalet bör ses som ett intersubjektivt företag där intervjuaren/forskaren genom det sociala samspelet oundvikligen blir en medskapare av intervjun (Kvale 1997, s 167). Dessutom får intervjuaren mycket sidoinformation som han/hon inte har frågat efter, men som kan leda till att intervjuaren i fortsättningen leder in resterande intervjupersoner på intressanta tankefrågor.

Alla intervjuer har spelats in på band och jag har transkriberat intervjuerna själv. Transkriptionen har följt samtalet i stort sett ordagrant. Jag har utelämnat sådana sidospår som jag uppfattat som helt ovidkommande och tagit med sidospår som jag tycker har varit viktiga. Jag har inte noterat information som t ex pauser, tonfall, kroppsspråk osv. Eftersom jag själv har gjort intervjuerna, transkriberat dem och lyssnat igenom banden flera gånger har jag en bra bild av själva intervjusituationen och i vilket sammanhang och på vilket sätt olika frågor avhandlades.

Efter transkriberingen har jag skickat de utskrivna intervjuerna till deltagarna för läsning, kontroll och godkännande. Dessförinnan rättade jag en del av det transkriberade talspråket till skriftspråk, både för att det skulle bli förståeligt, och för att ett utskrivet talspråk kanske gör att informanten blir mer kritisk mot sig själv och sitt sätt att uttrycka sig.³⁵

Intervjuer med den professionella aktören

Informella samtal och intervjuer med kursledaren i fallstudien ”Värkmästarna” har pågått under hela tiden som 4M-metoden prövades i verksamheten. Efter halva kurs tiden gjordes en intervju med kursledaren och hennes assistent, för att få en uppfattning om hur arbetet fortskred. Efter kursen gjordes på grund av tidsbrist en telefonintervju med kursledaren. Intervjuerna har varit halvstrukturerade, med inriktning mot att diskutera frågeställningarna i respektive fallstudie. För övrigt har jag i allt

³⁵ Det är lite paradoxalt att försöken att göra informanten mer delaktig samtidigt innebär att det blir svårare att förhålla sig nära sitt material.

väsentligt behandlat intervjuerna på samma sätt som intervjuerna med deltagarna.

Reflektion över material, intervjuer och samverkan i projektet

Data som producerats under processen

Eftersom 4M-metoden utgår från ett antagande om att man kan öka sin egenmakt och att det därmed är viktigt att dagboken är varje deltagares personliga egendom, har dagböckerna i fallstudien "Värkmästarna" återlämnats till deltagarna direkt efter datorbearbetningen. I fallstudien "Eget ansvar" har jag dock inte kunnat lämna tillbaka de sex dagböcker jag bearbetade, eftersom de var anonyma såväl för mig och som för de övriga deltagarna i kursen. I fallstudien "Värkmästarna" skulle 4M-metoden prövas i rehabiliteringsverksamhet och därför ansåg jag det viktigt att verkligen utgå från den uttalade målsättningen att deltagarna ska kunna känna sig säkra på att den personliga och ofta självutlämnande dagboken inte skulle kunna användas av någon annan på ett icke-avsett sätt. Därför är det endast den professionella aktören som har läst, kodat och bearbetat dagböckerna, medan jag endast har haft tillgång till de dagboksdagar de valt ut att bearbeta och illustrera med hjälp av datorprogrammet.

I fallstudien "Värkmästarna" har jag också i de flesta fall tillgång till dokumentation av deltagarnas ÄR- och VILL-läge och till de mål och åtgärder som varje deltagare satt upp tillsammans med den professionella aktören. Dessutom finns det annan dokumentation rörande deltagarna från kursen. I fallstudien "Eget ansvar" har jag inte haft tillgång till några andra individuella dagböcker än de anonyma som jag använt som exempel. All övrig dokumentation i den här fallstudien har producerats under de utbildningsdagar som jag har handlett.

Samarbete med och datainsamling från den professionelle aktören i fallstudien "Värkmästarna"

Mina kontakter med kursledaren i fallstudien "Värkmästarna" har pågått kontinuerligt sedan den första kontakten togs angående eventuellt samarbete till igångsättning, genomförande och avslut av projektet. Vid det första sammanträffandet diskuterade vi uppläggnings och metodiska pro-

blem i genomförandet. Sedan har kontakten upprätthållits framförallt genom telefon och e-mail. Jag intervjuade personalutvecklaren och hennes medhjälpare när halva kursen hade genomförts. Efter kursens slut kompletterade jag med en telefonintervju. Intervjuerna har transkriberats av mig själv på liknande sätt som deltagarintervjuerna. Kursledaren har också muntligt sammanfattat vilka problem och svårigheter hon har haft med metod och program. Den professionella aktören har givetvis också förmedlat sekundärmaterial rörande deltagarna.

Reflektioner över intervjuer

Det är svårt för forskare att i förväg formulera intervjufrågor som passar alla deltagare i en studie. Detta gäller särskilt om alla frågor ställs på exakt samma sätt, med samma ord och i samma ordning till alla deltagare. Jag har använt halvstrukturerade frågor enligt en intervjuguide och ändå har det i efterhand blivit tydligt att en del av frågorna var besvärliga att svara på för några av deltagarna. Jag märkte också att vissa frågor var för abstrakta och ibland uteblev svaret eller kom indirekt vid något annat tillfälle i samtalet. För vissa deltagare var det dock inte några som helst problem att förstå vad jag menade eller att svara på frågorna. Skillnaden i hur deltagarna tolkade och förstod frågorna i intervjun ger upphov till funderingar kring de olika föreställningsvärldar människor befinner sig i och vad det kan få för konsekvenser i en intervjusituation liksom i olika typer av behandlingssituationer.

I fallstudien ”Eget ansvar” blev intervjuerna färre än jag hade avsett från början. Det fanns flera skäl till det: Det var svårt att arrangera intervjuer på grund av det stora geografiska avståndet mellan mig och deltagarna. Det krävdes stora tidsmässiga och ekonomiska insatser. Deltagarna hade ingen möjlighet att använda sin arbetstid till intervjuer, eller få ersättning för resor för att bli intervjuade. Sammantaget innebar det att intervjuerna antog en frivillig karaktär där ”informanterna ställde upp”, trots hög arbetsbelastning. Det innebar också att några av de inbokade fick förhinder i sista stund.

3.7 Tolkning och analys

I kvalitativ forskning sker insamling av data och analys i ett kontinuerligt samspel under forskningsprocessens gång. Det kvalitativa tillvägagångssättet utvecklas efterhand och insamling och analys av information är en rekursiv och dynamisk process (Merriam 1994). Det innebär att beskrivningen och presentationen av data (se kapitel 5 och 6), redan innehåller flera varv av tolkning och analys.

”När man ska tränga in i andra människors livsvärldar kan det endast ske via tolkningar av deras yttranden i form av personernas uttalanden och handlingar. Man tolkar dessa yttringar som meningsfulla uttryck för deras inre livsvärld” (Andersen 1998, s 204).

Alla grafer, anteckningar och transkriberingar innehåller tolkningar och omtolkningar av alla berörda i forskningsprocessen. Materialet selekteras och omskapas av alla forskningsdeltagare medvetet och omedvetet och på så sätt frambringas olika versioner som till slut skrivs samman och redigeras till en slutprodukt. Närvänen (1999) skriver att det inte är metodologiskt och teoretiskt möjligt att skilja mellan beskrivning, analys och tolkning som olika avsnitt i kvalitativ forskning, eftersom aktiviteterna pågår parallellt under hela forskningsprocessen.

”Målet för tolkningsprocessen är att ett subjekt ska förstå ett annat subjekts livsvärld. Detta förutsätter att de båda personernas livsvärldar kan bringas att stämma överens, att bli intersubjektiva. Det viktigaste medlet för att åstadkomma en sådan överensstämmelse både i vardagslivet och inom vetenskaplig forskning är naturligtvis språket. Om det inte finns ett gemensamt språk eller om det föreligger stora skillnader i de betydelser man läser in i orden hämmas tolkningsprocessen. Därför spelar språklig kommunikation och dialog en central roll inom den tolkningsvetenskapliga metodologin. Tolkningsprocessen kan uppfattas som en pågående dialog i vilken deltagarna gradvis ändrar sina uppfattningar om varandras livsvärldar genom att korrigera förförståelser och förutfattade uppfattningar” (Andersen 1998, s 204-205).

Deltagarnas tolkning och analys

Deltagarna tolkar och analyserar sin egen verklighet på framförallt två sätt inom 4M-metoden: Först genom den strukturerade dagboken som ger upphov till tankar, tolkningar och analys av den egna personen, omgivningen

och livssammanhanget. Sedan genom den bearbetade dagboken i form av grafer som eventuellt ger nya insikter och nya förutsättningar för tolkning, analys och slutsatser. Tolkningen/analysen av dagbok och grafer sker delvis i dialog med den professionella aktören och när 4M-metoden genomförs i grupp genereras nya tolkningar och analyser genom diskussioner i gruppen.

De professionellas tolkning och analys

De professionella aktörerna tolkar först deltagarnas dagböcker utifrån sin kännedom om och förförståelse av varje deltagare, och väljer ut ett par av dagboksdagarna för närmare analys. Efter att ha kodat och bearbetat de utvalda dagböckerna i datorprogrammet analyserar de professionella aktörerna mönster och samband i dagböckerna tillsammans med deltagaren. Den professionelle aktörens inställning och förförståelse spelar alltså stor roll för vilka representerade sammanhang som man väljer att diskutera och analysera tillsammans med deltagaren. Sedan analyserar och tolkar den professionelle deltagarnas upplevelse av 4M-metoden och vidarebefordrar den versionen till mig som forskare.

Forskarens tolkning och analys

För att pröva och utvärdera 4M-metoden för deltagarnas vidkommande tolkar och analyserar jag som forskare deltagarnas upplevelser. Det gör jag framförallt genom intervjuer med deltagarna själva, genom samtal och intervjuer med de professionella men också genom grafer och annan dokumentation. För att pröva och utvärdera 4M-metoden i rehabiliteringsverksamhet har jag tolkat och analyserat skriftlig och muntlig kommunikation med den professionella aktören. Forskaren prövar sin tolkning och förståelse i en fortlöpande process med deltagaren, där de var för sig förväntas bibringa en djupare förståelse av vederbörandes livssammanhang (Andersen 1998, s 180). I tolkningen väljer vi alltid bort information som vi redan "har i bakhuvudet" och alltså inte behöver ta till oss, vi exformerar.³⁶ Om vi inte väljer bort information, kan vi inte förenkla verkligheten och därmed förlorar vi möjligheten att skapa överskådlighet.

³⁶ För en djupare diskussion om exformation se Nörretranders (1995)

3.8 Validering och reliabilitet

All forskning syftar till att producera giltiga och hållbara resultat. I en kvalitativ undersökning kan inte validiteten och reliabiliteten bestämmas i förväg som i en experimentell metod. Som Guba & Lincoln (1981, s 378) skriver måste validitets- och reliabilitetsfrågor diskuteras i relation till de instrument som använts, dvs. om valda analystekniker är lämpliga och hur relationen ser ut mellan det empiriska materialet och de slutsatser som dras. Om förståelse är den viktigaste grunden för en undersökning kommer kriterierna för att man ska kunna lita på undersökningsresultaten att vara helt annorlunda än om syftet är att upptäcka en lag eller att pröva en hypotes.

Validering

I kvalitativ forskning är det människors konstruktion av verkligheten och hur de upplever världen som studeras. Kvale (1997) beskriver tre valideringskontexter: den intervjuades, allmänhetens och forskarsamhällets. Han menar att det faktum att kunskapsanspråkens validitet prövas i en dialog mellan forskare, deltagare och eventuellt allmänheten, är något nytt inom samhällsvetenskaplig forskning. Sanningen utvecklas genom kommunikation och både forskare och intervjupersoner lär sig och förändras genom dialogen.

Moustaka (1990) menar att inom heuristisk forskning är validitet en fråga om mening. Den vetenskapliga processen är en process som involverar en ständigt pågående diskussion om mening och signifikans som följs av kontroll av att det forskaren gör överensstämmer med vad han/hon vill göra och att han/hon kontinuerligt gör bedömningar av korrekta handlingar för att nå dit. Inom heuristisk forskning ökas verifikationen genom att forskarens reflektion och analys av intervjuer och annat material delas med forskningsdeltagarna (medforskarna).

Validering av resultaten i min studie görs genom en kontinuerlig återkoppling och utvärdering under forskningsprocessens gång. Dialogen med de professionella aktörerna pågick under hela processen, och mina transkriptioner av intervjuerna med deltagarna återfördes till deltagarna för kommentarer och möjligheter till ändring. Dessutom läser deltagarna

manuset med analys av det insamlade materialet och har möjlighet att ge synpunkter och ge förslag till förändringar innan det går i tryck. En enighet och samstämmighet om resultaten kan därmed uppnås bland medforskarna, samtidigt som jag som forskare får en indirekt kontroll av att jag verkligen gör det jag avser att göra.

Reliabilitet

Patel och Davidsson (1994) skriver att instrumentets tillförlitlighet, reliabilitet, handlar om hur väl instrumentet motstår slumpinflytande av olika slag. Om vi använder oss av intervjuer eller observationer är undersökningens tillförlitlighet i hög grad relaterad till intervjuarens och observatörens förmåga, eftersom både intervjuare och observatörer gör val och bedömningar när de registrerar svar eller observationer och här kan flera olika typer av bedömarfel uppträda. Vid intervjuer måste man tänka på den eventuella intervjuareffekt som kan uppstå. Den är ett resultat av att intervjuaren uppträder på ett sådant sätt under intervjun att individerna förstår vad som förväntas av dem.

I 4M-metoden observerar deltagarna sig själva med stöd och hjälp av de professionella aktörerna. Frågan här blir då i vilken mån deltagarna har förmåga att göra självobservationer av det här slaget. En annan fråga handlar om huruvida en utomstående observatör någonsin kan göra observationer av fysiska besvär eller sinnestillstånd hos en annan människa. Tillförlitligheten i denna studien ligger i att deltagarnas självobservationer registreras i ett instrument, dagboken, som är strukturerat på samma sätt för alla individer som deltar. Deltagarnas självobservationer bearbetas sedan på ett likartat sätt i ett datorprogram av de professionella. Men eftersom det i fallstudierna tillämpas i pågående verksamheter (mycket öppna system), så finns det naturligtvis en mängd influenser som med ett strikt vetenskapligt synsätt kan störa resultaten. Det kan handla om influenser från andra delar i verksamheten men också om att intervjuerna genomförs av samma person som initierat undersökningen, dvs. jag själv som forskare.

Ett annat slag av påverkan rör min indirekta effekt på deltagarna genom samverkan med de professionella aktörerna. Intervjuerna med de professionella i fallstudien "Värkmästarna" har i hög grad skett i dialogform eftersom kontakten har pågått under hela projektiden. Eventuell påverkan på deltagarna kommer därför framförallt ifrån den professionella aktören, som

redan från början var positiv till att delta i projektet och själv uttryckt vilja att pröva metoden. Detta gör naturligtvis att hon förmedlar ett positivt intryck till deltagarna. Man bör dock poängtera att inom all slags rehabiliteringsverksamhet ingår att motivera och uppmuntra deltagaren och genom att undersökningen handlar om att tillämpa en metod i existerande rehabiliteringsmiljöer, kan man inte komma undan det inflytandet. Det kanske till och med är önskvärt ur tillförlitlighetssynpunkt.

Ett tredje slag av påverkan på deltagarna härrör från mina forskningsintervjuer med dem. I fallstudien ”Värkmästarna” skedde intervjuerna med deltagarna efter genomförd kurs och jag hade inte några förkunskaper om personerna. I fallstudien ”Eget ansvar” hade jag träffat de jag intervjuade medan kursen pågick. Under den tid varje intervju pågick hade jag möjlighet att påverka respektive deltagare genom att styra samtalet på olika sätt både genom min förförståelse av metoden och eftersom jag, enligt syftet för studien, sökt svar på deltagarnas upplevelse av 4M-metoden genom halvstrukturerade intervjuer. Genom min förförståelse ställer jag förmodligen andra slags frågor än en intervjuare som inte är förtrogen med 4M-metoden. Framförallt penetrerar jag kanske djupare, om jag inte tror att deltagaren har förstått min fråga ordentligt.

3.9 Metodologiska reflektioner

Hur ska man som forskare förhålla sig till material som någon annan har samlat in? I ett sådant fall tar man som forskare ett utifrånperspektiv på ett inifrån någon annan genererat material, och man kan komplettera med intervjuer.

Bryman (1997) tar upp problemet med forskarens förmåga att se verkligheten genom andra människors ögon och att tolka det som sker utifrån deras perspektiv. Kan en forskare verkligen komma fram till en rimlig tolkning av andra aktörers perspektiv? Hur kan vi i så fall veta om tolkningen av deras perspektiv är giltiga?

Närvänen (1999) talar om tolkning med distans kontra närhet till den verksamhet och de personer man forskar med eller om. Hon menar att om man alltför väl känner till den sociala miljön, aktiviteterna och de personer som agerar där, så är det lätt att man bara ser det som man alltid har sett, eller bara det som man mer eller mindre omedvetet vill se och ge uttryck för. Med en sådan förförståelse kan det bli svårt att ställa frågor till sig själv och till sitt datamaterial och det kan bli svårt att uppnå den samhälls- och beteendevetenskapliga verksamhetens syfte, att kritiskt granska det studerade fenomenet.

Den frågan är viktig att ta upp och diskutera eftersom jag undersöker och utvärderar en metod som jag själv har utvecklat tillsammans med Kajsa Ellegård. Det innebär naturligtvis att jag har en viss förförståelse och blinda fläckar när jag gör mina tolkningar. Mitt sätt att försöka balansera min egen bias är först och främst att redovisa forskningsprocessen så öppet som möjligt så att varje steg ska kunna diskuteras och ifrågasättas.

4. Kvinnor som klienter, tjänsteproducenter och arbetstagare i den offentliga sektorn

4.1 Introduktion

I det här kapitlet skisserar jag de båda fallstudiernas konkreta samhälleliga och organisatoriska kontext. Deltagarna i fallstudierna är kopplade till olika delar av den offentliga sektorn, i fallstudien "Eget ansvar" genom sitt förvärvsarbete och i fallstudien "Värkmästarna" genom sin sjukdom och sjukskrivning. Samtliga deltagare i fallstudierna är kvinnor och de lever i samma omgivning som en stor del av den kvinnliga arbetskraften i Sverige idag. Svenska kvinnor är till större delen anställda inom offentlig sektor (76 %) och 62 % av de långtidssjukskrivna kvinnorna är offentligt anställda (RFV 2002:3). I mina fallstudier uttrycks denna verklighet också genom att deltagarna i fallstudien "Värkmästarna" är klienter inom offentliga sektor: långtidssjukskrivna kvinnor får behandling, rehabilitering, administrativ service och ekonomisk skattefinansierad ersättning av olika slag. I fallstudien "Eget ansvar" är deltagarna själva behandlingsgivare inom offentlig sektor. Som arbetskraft tandläkare är de arbetskraft och de uppbär lön från

den offentliga folktandvården³⁷. Gemensamt för båda fallstudierna är att deltagarnas upplevelse av gränsen mellan ohälsa och hälsa är hårfin, även om deltagarna i ”Värkmästarna” definierats som ”sjuka” medan deltagarna i ”Eget ansvar” definitionsmässigt är ”friska” (dvs. inte sjukskrivna).

I den offentliga sektorn kan individen ha olika roller under olika tidsperioder. Man kan till exempel vara vård/behandlingsgivare, administrativ handläggare, arbetskraft eller klient. En person i rollen som behandlingsgivare inom ett offentligt område kan söka upp en annan behandlingsgivare för sina egna besvär (och intar klientpositionen), bli sjukskriven och ta kontakt med sin arbetsgivare (i positionen av arbetskraft), och sedan med försäkringskassans handläggare (i sin klientposition).

4.2 Kvinnor på den offentliga arbetsmarknaden

Konsekvenserna av arbetslivets utveckling i Sverige och flera andra västeuropeiska länder är att tjänste- och servicesektorns andel av sysselsättningen fortsätter att öka. Utrymmet för anställda som utför arbete med lägre kompetenskrav minskar emellertid i takt med att ny teknik införs och ”outsourcing” blir allt mer vanligt, särskilt inom privata service-närings. Arbetsförhållanden förändras ganska radikalt när arbetet blir mindre styrt tidsmässigt och geografiskt flexibla. I retoriken framhålls att fler arbetstagare får större möjlighet att själva styra sitt arbete vad gäller uppläggning och arbetsinnehåll, framförallt på vilken plats och under vilka tider arbetet utförs. Samtidigt kan man konstatera att det faktiskt existerar stora skillnader mellan olika typer av tjänste- och servicearbeten (SOU 1999:69).

I välfärdsbokslut för 1990-talet (SOU 2001:79) konstateras att det vid ingången av 1990-talet fanns mycket tydliga klass- och könsskillnader i individuella välfärdsresurser. Arbetare och kvinnor hade såväl mer hälso-problem som lägre löner och större ekonomiska problem än andra grupper. I huvudsak kvarstod dessa skillnader i levnadsförhållanden vid decenniets slut. Det relativa löneläget har försämrats i den offentliga sektorn – där

³⁷ I den här framställningen ses behandlingsgivare och arbetskraft som en persons olika relationer i systemet. Behandlingsgivaren avser relationen med klienten, medan arbetskraften avser relationen med arbetsgivaren. Med ett annat syfte skulle behandlingsgivare och arbetskraft kunna innebära samma sak.

kvinnor är överrepresenterade. Det har också skett en ökning av jäkt och stress för anställda inom välfärdstjänsteområdet, och där är de flesta kvinnor. Vid sidan av ökad arbetslöshet och minskad sysselsättning har också arbetets villkor förändrats i flera avseenden. Negativa psykosociala arbetsförhållanden och tidsbegränsade anställningar har blivit vanligare. Allt större grupper har upplevt ekonomiska svårigheter och låga inkomster. På hälsoområdet syns i vissa fall tydliga försämringar när det gäller psykiskt välbefinnande.

Utvecklingen inom den offentliga sektorn har under senare tid karaktäriserats av ekonomiska neddragningar vilket medför att personalstyrkan minskar. Landsting och kommuner har koncentrerat sig på vissa kärnfunktioner och skurit ner på all sådan verksamhet som inte anses som absolut nödvändigt. Den största ökningen av antalet tidsbegränsade anställningar har inte, som man kanske skulle tro, skett inom nya spjutspetsföretag utan inom den etablerade vård- och omsorgssektorn³⁸. Ökad flexibilitet kan ha fördelar för människor i vissa yrken och på höga positioner, men det kan också innebära att andra, mindre välpositionerade människor, ständigt måste stå beredda att rycka in. För de sistnämnda minskar därmed möjligheten att planera sin tillvaro och att förena exempelvis familj och arbetsliv.

Lagstiftning och regelsystem i Sverige skapades i en tid då man måste lösa akuta arbetsmiljöproblem i den traditionella tillverkningsindustrin. Mycket mindre resurser har senare satsats på att uppmärksamma de nya arbetsmiljöproblem som uppkommit i takt med att tjänste- och servicesektorn vuxit i omfattning och dess organisationer alltmer börjat efterlikna industrins. Dessa arbeten har således också utsatts för krav på rationaliseringar och kostnadseffektivitet vilket har skapat arbetsmiljöproblem – men problemen ser helt annorlunda ut och tar sig andra uttryck än i industrin. Detta har lett till att de som arbetar inom offentlig sektor inte möts av ett offentligt skyddsnät som är anpassat till de speciella problem man ställs inför inom social service, vård- och omsorg. Som framgått ovan så är det mest kvinnor som arbetar inom den offentliga sektorn och särskilt inom dessa områden.

³⁸ Andelen tidsbegränsat anställda (vikariat, projektanställningar och övriga tidsbegränsade anställningar) i Sverige har ökat från ca 15 %, 1987 till ca 25 %, 1997. Bland män med tidsbegränsade anställningar finns de flesta inom den privata sektorn medan kvinnorna främst återfinns inom vård och omsorg i den offentliga sektorn (Wikman, m.fl. 1998).

Den stora ökningen av antalet kvinnor på arbetsmarknaden från 70-talet och fram till 90-talet skedde främst genom att den offentliga sektorn byggdes ut och innebar att traditionella kvinnoarbeten flyttades från hemmet till förvärvslivet. Av totalt 4 010 700 anställda i Sverige 3:e kvartalet 2001 var nästan hälften kvinnor (AM63 SM 0104). I den privata sektorn arbetar ca två tredjedelar av alla anställda medan en tredjedel återfinns i offentlig sektor. Villkoren på arbetsmarknaden skiljer sig dock mycket åt mellan kvinnor och män även om sysselsättningsgraden är nästan lika hög för båda könen. Kvinnor arbetar i högre grad deltid och har oftare tidsbegränsade anställningar. De är underrepresenterade i gruppen 'egna företagare' och upplever i allmänhet sin psykosociala arbetsmiljö som sämre än männen. De har också högre sjukfrånvaro på grund av egen sjukdom och vård av barn (RFV 2001:5).

	Kvinnor	Män
Sysselsättningsgraden (1999) ³⁹	74 %	79 %
Deltidsarbete	26 %	7 %
Offentlig anställda	51 % (1020500)	17% (343400)

Tabell 4.1 Kvinnors och mäns arbetsvillkor. Källa: RFV redovisar 2001:5

De stora förändringarna av sjukskrivningsmönstren under senare delen av 1990-talet beror framförallt på de ökade sjukskrivningarna bland kvinnor. År 2000 var 2 av 3 långvarigt sjukskrivna (60 dagar eller mer) kvinnor. Dessutom ökade antalet personer som varit sjuka mer än 1 år från juli 2000 till juli 2001 med 28 % (RFV 2001:11a). Antalet förtidspensionerade och sjukskrivna sammantaget uppgick vid årsskiftet 2001/2002 till nära 16 % av befolkningen i arbetsför ålder (SOU 2002:5, del 1).

³⁹ Sysselsättningsgraden = andelen förvärvsarbetande

De senaste årens nedskärningar i den offentliga sektorn har drabbat kvinnor hårt eftersom flertalet kvinnor fortfarande arbetar inom den offentliga sektorn, främst inom vård och omsorg, och i andra hand inom privat serviceverksamhet. Inom vissa sektorer av arbetsmarknaden, främst industrin, är fortfarande endast en liten andel av de anställda kvinnor. Varannan långvarigt sjukskriven person är anställd inom offentlig sektor. Anställda inom vård och omsorg utgör den största enskilda gruppen och står för 16 % av de långvarigt sjukskrivna. Denna kvinnodominerade yrkesgrupp är också kraftigt överrepresenterad i förhållande till sin storlek på arbetsmarknaden (Ibid.). I gruppen kvinnor har det skett förskjutningar mellan åldersgrupperna vad beträffar sjukskrivningar. Yngre (16-24) och äldre åldersgrupper (45-54) har minskat i relativ andel av sjukskrivningar samtidigt som åldersgruppen 35-44-åringar blivit relativt större (RFV 2002:3).

Bland de långtidssjukskrivna kvinnorna är en större andel än bland männen anställda i yrken med låga utbildningskrav (Edlund & Lidvall 1997). En större andel av gruppen långtidssjukskrivna kvinnor är anställda medan sjukskrivna män i högre grad är arbetslösa eller egenföretagare (RFV 2002:5).

Sjukdomar som berör den psykiska hälsan står för drygt en fjärdedel (27 %) av de långvariga sjukskrivningarna. Bland männen är siffran 21 % medan den bland kvinnor är så hög som 30 %. De vanligaste besvären utgörs av depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner (RFV 2002:3). Diagnosen 'utbrändhet' finns från och med 1997 med i "Klassifika-tioner av sjukdomar och hälsoproblem 1997",⁴⁰ och 2 % får den diagnosen. De fysiska diagnoserna minskar däremot relativt sett. Bland kvinnor minskar sjukdomar i rörelseorganen och bland männen sjukdomar i cirkulationsorganen (ibid.).

De långvarigt sjukskrivna kvinnorna blir kvar allt längre i sin sjukskrivning, färre blir arbetsföra och färre beviljas förtidspension inom ett år.⁴¹ Att återgången i arbetet är sämre idag än i slutet av 1980-talet och början av

⁴⁰ Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Svensk version av ICD-10. Socialstyrelsen.

⁴¹ Under 2001 blev 57 % arbetsföra inom ett år. Under perioden 1986-1991 var denna andel 72% och 1991-1994 var den 63% (RFV 2002:3).

1990-talet hänger samman med att arbetsmarknaden under 1990-talet blivit hårdare (ibid.)⁴²

4.3 Arbetsmiljöaspekter

Det är således främst bland kvinnor som ohälsan har ökat och det är troligt att den utvecklingen kan ha samband med försämringen under 1990-talet av den psykosociala arbetsmiljön inom den offentliga sektorn med verksamheter som vård, omsorg och skola där en stor del av kvinnorna arbetar (RFV 2001:5). Könsskillnader i ohälsa kan också förklaras av att kvinnorna har betydligt svagare positioner på arbetsmarknaden. De svagare positionerna innebär att de arbetar i sämre fysiska och psykosociala arbetsmiljöer vilket i sin tur ökar risken för högre sjukfrånvaro.

LO:s rapport ”Kvinnor och mäns arbetsmiljö och hälsa” som baseras på SCB:s arbetsmiljöundersökningar från år 1997, visar att kvinnor inom LO-området sammantaget har en mer negativ erfarenhet av arbetslivets utveckling än männen inom LO. Det är framförallt kvinnor inom vårdsektorn, som har haft en negativ utveckling av sin arbetsmiljö. De anser att de tunga arbetsmomenten ökat och att det skett en ökning av ensidiga upprepade arbetsmoment. I en studie som utfördes våren 1996 av European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions, visar att efter 90-talets rationaliserings- och utvecklingsarbete ligger de anställda i Sverige i topp i fråga om hård arbetstakt bland de 15 EU länderna. 69 % av de anställda i Sverige rapporterar att de arbetar i hög takt 1/4 del av arbetstiden eller mer, jämfört med 54 % i snitt bland EU-länderna. I Sverige rapporterar dessutom 35 % låg egenkontroll, jämfört med 28 % i medlemsländerna (Aronsson 1997).

I SCB:s arbetsmiljöundersökning för 1999 tyder resultatet på att andelen kvinnor och män som utsätts för höga krav i arbetet ligger kvar på minst samma nivå som 1997, vilket är mer än under första halvan av nittiotalet. Kvinnor är i större utsträckning än män utsatta för krav som är innebär bundenhet till ensidiga arbetsmoment, medan män i större utsträckning än kvinnor arbetar övertid eller tar med arbete hem. Andelen kvinnor och män

som har litet inflytande över arbetssituationen ligger på ungefär samma nivå som 1997. En allt större andel av både kvinnor och män – har begränsade möjligheter att påverka sin arbetstakt. Kvinnor uppger dessutom i högre grad än männen att de har bristande inflytande över sitt arbete (SCB AM 68 SM 001)

I *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (SOU 2002:5, s 98) konstateras att små arbetsplatser/företag har en väsentligt lägre sjukfrånvaro än större. De undersökningar som utförts inom ramen för Handlingsplanen visar att medarbetarnas egna möjligheter till kontroll och eget handlingsutrymme är av stor betydelse för sjukfrånvaron (SOU 2002:5). Riksförsäkringsverket genomförde under år 2000 en enkätundersökning för att få veta mer om arbetsmiljöns betydelse för sjukfrånvaro och utbyte av förvärvsarbete (RFV 2001:11b). Där konstateras att både män och kvinnor som är anställda inom offentlig förvaltning har en överrisk att vara sjukskrivna jämfört med de anställda i den privata sektorn och att det finns en överrisk att gå sjukskriven inom offentlig förvaltning jämfört med den privata sektorn när det egna könet dominerar på arbetsplatsen. Analysen indikerar också att kvinnor i offentlig förvaltning löper större risk att bli psykiskt uttömda i arbetslivet jämfört med den privata sektorn (ibid.) Resultaten indikerar också att män och kvinnor får olika utbyte av och kan ha olika förväntningar på det sociala sammanhang som arbetslivet erbjuder. Förändringar på arbetsmarknaden kan då skapa eller ta bort drivkrafter för fortsatt arbete (ibid.)

De sociala förhållandena på arbetsplatsen förefaller ha olika betydelse för kvinnor respektive män. När överordnade inte uppskattar det en kvinna gör innebär detta en liten risk för att hon ska bli sjukskriven, medan hon däremot har en överrisk för att bli psykiskt utmattad om hon upplever brist på uppskattning från arbetskamraterna. Det kan vara så att kvinnor upplever uppskattning från överordnade och kunder på andra dimensioner än själva arbetsuppgiften. Det skulle i sådana fall kunna förklara att överordnades uppskattning inte ser ut att spela någon roll för risken att vara sjuk. På de kvinnodominerade arbetsplatserna ser det ut som om möjligheter till sociala kontakter är färre. Genom samspel med andra människor skapas inte bara en arbetsprodukt, utan också ett socialt nätverk, något som är betydelsefullt för de flesta människor. Ett känt faktum är att förändringar på arbetsplatsen, som t. ex ”bantade” organisationer, kan göra att arbetstakten ökar och att fler ”tungt” lyft får göras etc. Något som man inte lika ofta tänker på är att även de sociala relationer som byggs upp på arbets-

platsen utsätts för prövningar och förändras vid ”bantningen” vilket kan ge effekter för arbetsglädje och trivsel (ibid.).

Att sakna kontroll över arbetets utförande och att uppleva att arbetsuppgiften ställer för stora krav är två faktorer som bidrar till en överrisk för att känna sig utmattad i arbetslivet. Arbetsuppgifter som ställer höga krav för att utföras innebär för kvinnors del en överrisk för sjukskrivning och att känna sig utmattad i arbetet, medan liknande arbetsuppgifter för männen innebär en underrisk för sjukskrivning, men en mycket högre överrisk än hos kvinnor för att uppleva sig utmattad i arbetet (ibid. s 24). När männen på en kvinnodominerad arbetsplats upplever arbetet som påfrestande, snabbt och att det kräver en stor arbetsinsats har de ännu mindre risk för att bli sjukskrivna. När män däremot upplever att de saknar kontroll i arbetet innebär det en mycket hög överrisk att känna sig utmattad.

Det verkar som om kvinnor finner andra inslag viktigare i arbetslivet än frihet att bestämma över arbetsuppgiften. Risken att vara sjuk är lika stor oavsett hur man upplever kraven på att arbeta fort, hårt och snabbt. Det är således inte dessa faktorer som leder till att kvinnan blir sjuk. Däremot verkar det leda till en överrisk att uppleva utmattning. Det kan också vara så att män lägger in en annan betydelse i vad krav är. Det kan vara så att stora krav kan ge män en upplevelse av att vara betydelsefulla, och den känslan eller upplevelsen i sig kanske motverkar att vara sjuk (ibid. s 28). Gemensamt för båda könen är att den som upplever att den fysiska ansträngningen i jobbet är för stor, har en överrisk att vara sjuk och uppleva sig utmattad av arbetslivet.

Enligt RFV (2001:11a), verkar det således som om det finns vissa skillnader i mäns och kvinnors upplevelse av påfrestningar i arbetsmiljön. Framförallt i fråga om dimensionerna ”höga krav” och ”sociala förhållanden”. Män som upplever höga krav har en underrisk för att bli sjukskrivna medan kvinnor som upplever högra krav har en överrisk. Män upplever uppskattning av överordnad som betydelsefullt i högre utsträckning än kvinnor, som istället upplever uppskattning från arbetskamrater mer betydelsefullt. Undersökningen indikerar därför att kvinnors hälsa gynnas av ett horisontellt socialt nätverk på arbetsplatsen medan mäns hälsa i högre grad gynnas av tydliga vertikala relationer.

4.4 Kan feminina värderingar ta plats i arbetslivet?

Man kan mot bakgrund av RFV:s undersökning anta att åtstramningarna inom offentlig sektor med personalnedskärningar och krav på effektivitet inverkar menligt på det sociala nätverket på arbetsplatsen och därmed får effekter även på kvinnors sjukskrivningsgrad (RFV 2001:11a).

Ulla Johansson (1997) ger en bakgrund till dessa förhållanden genom att visa att de senaste årens ekonomiska resonemang inom offentlig sektor indirekt har motverkat de officiella jämställdhetsmålen. Att det blir fler kvinnor på ledande poster och en jämnare könsfördelning i en organisation innebär inte med nödvändighet att förekomsten av ett kvinnligt förhållningssätt ökar. Istället finns det mycket som talar för att kvinnor i ledande positioner tvingats anpassa sig till männens villkor, och att tänkesätt och värderingar som varit relaterade till det som vi traditionellt kopplat till kvinnors vardag har haft svårare att komma in på den offentliga arenan än de kvinnliga kropparna.⁴³ Hon menar att det finns en stor skillnad mellan den officiella retoriken som är starkt inriktad på jämställdhet och de pågående processer som snarare befäster förtrycket av feminint relaterade värderingar.

Från att det fram till 1980-talet var kutym att den offentliga sektorn årligen fick ökade anslag för verksamheten, blev kutymen i början av 1980-talet att det skulle ”sparas”. Under decenniet konstruerades och legitimerades en spardiskurs samtidigt som ett företagsekonomiskt resonemang och ett ”marknadstänkande” infördes i kommunerna. Företagsekonomiska forskare och konsulter började använda modeller som utvecklats för den privata sektorn också inom offentlig förvaltning och företagsekonomiska resonemang har sedan dess fått högre status inom det offentliga fältet. De klassiska företagsekonomiska resonemangen utvecklades med tillverkningsindustrin som empirisk grund, dvs. en empirisk grund som är giltig endast för en mycket liten del av vad den offentliga sektorn ”producerar” (ibid. s 296). Nu har företagsekonomiska termer och förhållningssätt blivit en del av den offentliga sektorns vardag och språkbruk, dvs. en del av det som konstituerar den organisatoriska verkligheten (ibid. s 296). Detta har fått till följd att företrädare för professioner inom offentlig sektor (vårdskola och omsorg), måste argumentera för och legitimera sina verksam-

⁴³ Johansson gör en klar åtskillnad mellan värderingar (maskulina och feminina) och biologiskt kön (kvinnliga och manliga). Dessa sammanfaller inte med nödvändighet.

heter i ekonomiska termer snarare än i den egna verksamhetens termer (ibid. s 295).

Johansson menar att det ter sig vanskligt att i organisationer med omsorgsmål och omsorgsrationalitet okritiskt applicera en huvudsakligen maskulint präglad ekonomisk effektivitetsdiskurs och särskilt vanskligt är det också att företagsekonomiska resonemang inom offentlig sektor tenderar att bli reduktionistiskt inriktade på ”kostnader” och ”sparande”. Om det förhåller sig så, innebär det att offentlig sektor tar till sig ålderdomliga teorier och applicerar dem förhållandevis dogmatiskt, medan det privata näringslivet håller på att överge dessa resonemang eftersom dessa var giltiga och har utvecklats och avser förhållanden i en annan tid. Idag råder mer komplext kvalitativt inriktade tankesätt inom den privata sektorn. Paradoxalt nog innebär det att man i delar av den privata sektorn inför tankemodeller som snarare feminiserar verksamheten medan man inom den offentliga sektorn snarast gör tvärtom (ibid. s 297-298).

Frågan om effektiviteten i den offentliga sektorn har funnits i debatten under hela efterkrigstiden och under 1980- och 1990-talet har allt större ansträngningar gjorts för att mäta den offentliga sektorns effektivitet i företagsekonomiska termer. Begreppet målstyrning har blivit allt mer centralt. Begreppet har rötter både i den amerikanska programbudgeteringstekniken som utvecklades under 1960-talet och i det privata näringslivets utveckling av strategisk styrning.⁴⁴ Målstyrning har kommit att stå dels för ett alternativ till den detaljerade medelstildelning som tidigare kännetecknade offentliga myndigheters anslagstildelning, dels för en diskussion om vad som utgör kärnverksamheten, en kombination av ifrågasättande av och angivande av målsättningar med verksamheten. Den kan också kopplas till den kvalitetsdiskussion och kvalitetsverksamhet som fått omfattande utbredning både inom offentlig och privat verksamhet (ibid. s 299)

Johansson menar att i det kvalitets- och målstyrningsarbete som tillämpas i dagens offentliga sektor riskerar omsorgsrationaliteten i traditionellt kvinnliga förhållningssätt och verksamheter att komma i kläm och på olika sätt förtryckas. Målstyrningsarbetet har som syfte att effektivisera verksamheten, dvs. skapa ökat värde, men Johansson tror att resultatet i vissa fall blir det motsatta. Målstyrningen är en styrning ”ovanifrån”, ett instrument

⁴⁴ Strategisk styrning brukar dateras till 1920-talet och de styrsystem som då utvecklades för att styra General Motors.

med vars hjälp ledningens värderingar förstärks. Ovanifrånstyrningen sker både avsiktligt genom att de av ledningen uttalade verksamhetsmålen ska utgöra riktmärke för verksamheten och oavsiktligt genom att ledningen har kontroll över processen och det sätt på vilket verksamhetsdiskursen officiellt definieras. Ledningen domineras per definition i högre grad än resten av verksamheten av män och traditionella maskulinitetsvärderingar vilket innebär att dessa värderingar i än högre grad än tidigare genomsyrar verksamheten. När ledningen ökar sin styrning och kontroll av offentlig verksamhet på det sätt som beskrivits ovan brukar styrningen ofta kombineras med att man inhämtar synpunkter nerifrån eller utifrån för att integrera i mål- och verksamhetsplaner. Dessa synpunkter förstärker i många fall ledningens värderingar, beroende på att de anställda (nerifrån) bara kan uttrycka och formulera sina värderingar om det finns lyssnare som förstår den dimension och plattform från vilken åsikterna uttalas.⁴⁵ Om de feministiska värderingarna saknar lyssnare (jordmån) i ledningen kommer de förmodligen inte att kunna kommuniceras till ledningen på ett för den förståeligt sätt. Även om de anställda skulle kunna uttrycka sina värderingar är det således inte säkert att ledningen kan ta till sig och integrera deras perspektiv. Självfallet är det bara de perspektiv som är möjliga att se och som anses väsentliga av ledningen som kommer att tas med och ha betydelse för konstruktionen av de slutliga målbilderna och – inte minst viktigt – för resurstilldelningen. Detta illustreras även av fallstudien ” eget ansvar” där de kvinnliga tandläkarna hade svårt att få gehör hos ledningen för de värderingar som de gemensamt arbetat sig fram till och formulerat.

I målstyrningsbegreppet ligger att de värderingar som inte finns med i målformuleringen och de resurser som går till det som ej är målrelaterat skall ”skalas bort”. Att ange mål är således inte bara att styra mot ett visst håll, utan också att styra bort från andra alternativ, – det är en kraftsamling som innebär en reducering av utrymmet för det icke-angivna, det icke-uppmärksammade eller det icke redovisade. Fokuseringen på vissa medvetna dimensioner innebär emellertid att sådana kvaliteter som man blir medveten om först när de tas bort, lätt faller utanför prioriteringarna. De kvaliteter som är kopplade till traditionell kvinnlig omsorgsverksamhet och omsorgsrationalitet såsom vård och omsorg, utgör kvaliteter som är livsnödvändiga men som inte uppmärksammas eller integreras i traditionella rationella verksamhetsbeskrivningar. De riskerar därför att falla i skymundan istället för att dras fram i ljuset i samband med målstyrning och utvärdering (ibid. s 301). I samband med de sparåtgärder som målarbetet

⁴⁵ Gilligan (1985) ”Med kvinnors röst” pekar på detta förhållande.

oftast kombineras med inom den offentliga sektorn kommer eventuellt tidigare "luftutrymme" att tas bort – dvs. utrymme som kan utnyttjas just till sådana aktiviteter som inte var tillräckligt uppmärksammade eller värderade av ledningen, men som den enskilda omsorgsarbetaren bedömde som väsentliga och därför själv prioriterade i sitt yrkesutövande. Den "slimmade" organisation som utifrån mer begränsade ekonomiska perspektiv nu anses "effektiva" kommer i själva verket att vara reducerad på sådana omsorgsvärderingar som tidigare kunnat leva i en till synes ineffektiv verksamhet och omvårdnad (ibid. s 302). Frågan är hur stor betydelse det "luftutrymme" har för de anställda kvinnornas hälsa?

4. 5 Rehabilitering

Bakgrund

Sedan 1992 har försäkringskassan ansvar för att samordna samhällets rehabiliteringsresurser på ett sådant sätt att den enskildes behov av rehabilitering tillgodoses. Syftet är att den enskilde, trots sjukdom, ska kunna återfå förmågan att försörja sig genom förvärvsarbete (RFV 1999:8). Inom såväl socialförsäkringen som inom arbetsmarknadspolitiken är denna s k arbetslinje central – så många som möjligt ska kunna försörja sig själva genom förvärvsarbete. Det betyder att den offentliga sektorn ska prioritera aktiva insatser för att få tillbaka människor i arbetslivet och att de som är sjuka och arbetslösa så snart som möjligt ska hjälpas tillbaka till arbete och egen försörjning genom åtgärder som rehabilitering, utbildning, praktik och insatser. Den rehabiliteringsreform som trädde i kraft 1992 innebar att arbetsgivarna fick ansvar för rehabiliteringsinsatser för sina anställda, och försäkringskassan fick ansvar för att samordna och utöva tillsyn över de rehabiliteringsinsatser som behövs för att den sjukskrivne ska kunna återfå sin arbetsförmåga (SOU 2002:5, del 2, s 533). I RFV 1999:8 påpekas t.ex. att skillnaden mellan försäkringskassans och arbetsmarknadsmyndighetens mål kan innebära att människor utan anställning kan hamna i en gråzon där de enskildas rehabiliteringsbehov inte ses utifrån en helhetsbild och de inte får det stöd de behöver. För försäkringskassan är målet att enskilda ska återfå arbetsförmåga – "bli arbetsföra", medan arbetsmarknadsmyndigheternas mål är att minska arbetslösheten och att personer ska få arbete,

”bli anställningsbara” . Uppföljningarna av reformen har pekat på en rad problem som är förknippade med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Utredningen *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (HpH) (SOU 2002:5) som presenterades 2002 hade till uppgift att utarbeta förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Det förslag som presenterades utgår från det övergripande samhällsmålet ”människor i arbete” vilket anknyter till den arbetslinjen. I utredningen konstateras att det finns skäl att fokusera på samspelet mellan individ och arbetsplats eftersom den relationen är betydelsefull för att bekämpa ohälsa och utveckla ett hälsosamt arbetsliv. Sociala faktorer, helt utanför arbetslivet, t.ex. individens egna aktiviteter i form av motion och kost, kan också spela stor roll för sjukfrånvaron.

”Det finns dock ingenting som tyder på att dessa externa faktorer kan förklara de stora skillnaderna i sjukfrånvaron mellan olika arbetsplatser. Inte heller har de förändrats i en sådan utsträckning att de till någon väsentlig del kan ha påverkat den mycket starka ökning som skett de senaste åren” (ibid. s 99)

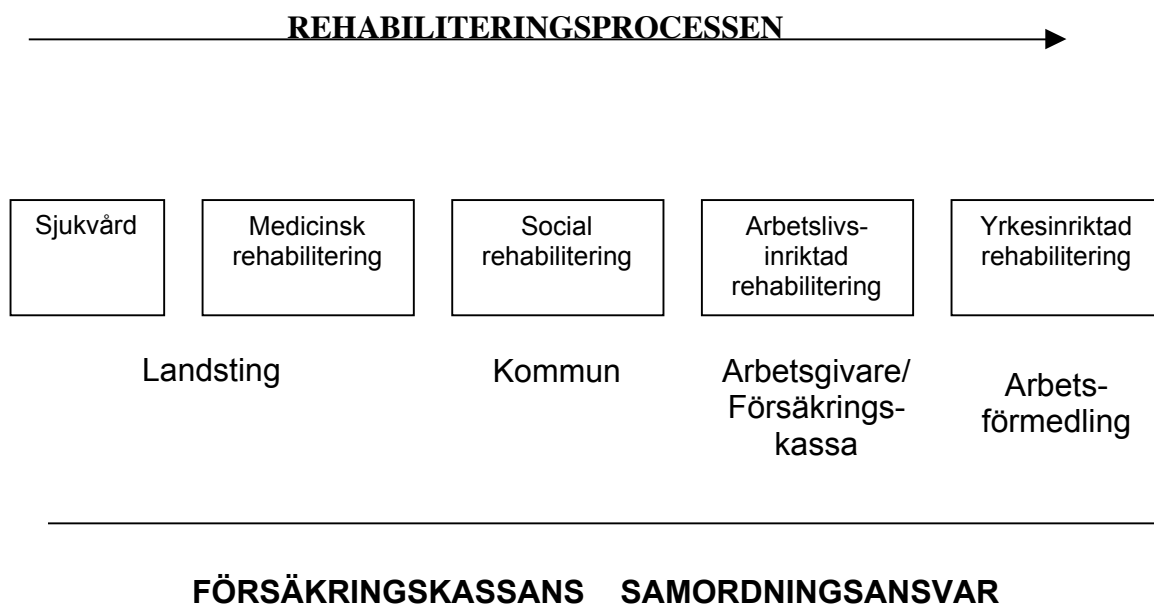
Därför föreslår HpH en stark fokusering på åtgärder på arbetsplatsen i kombination med en målinriktad och bättre underbyggd sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

”Framtidens arbetsliv måste utformas med hänsyn till individens möjligheter och med ett för den enskilde och arbetsgivaren gemensamt ansvar för ett arbete som är så utformat att medarbetare orkar arbetstiden och arbets-åren ut.”(ibid. s 99)

Rehabiliteringsprocessen

Försäkringskassan har ett samordnings- och tillsynsansvar för rehabiliteringen och dessutom ett visst ansvar för att vidta och finansiera arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder när ingen annan tar detta ansvar. Andra former av rehabilitering, bland annat sjukvård och medicinsk rehabilitering, som huvudsakligen är landstingens ansvar faller utanför den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och social rehabilitering som huvudsakligen är ett kommunalt ansvar. Merparten av de åtgärder som vidtas initieras och finansieras av andra offentliga aktörer på området (landstinget, kommun,

arbetsförmedling). Men området är otydligt definierat. I nedanstående figur visas hur rehabiliteringsprocessen kan beskrivas och hur ansvaret är fördelat.



Figur 4.2 Rehabiliteringsprocessen. Källa: Statskontoret i SOU 2002:5, del 2, s 536.

Rehabiliteringsprocessen i figur 4.2 är en schematisk bild. Det händer ofta att stegen i rehabiliteringsprocessen genomförs parallellt istället för sekventiellt, och vidare ingår sällan alla steg i det enskilda fallet. Det uppstår också ofta diskussioner om vem som har ansvaret i ett visst skede av rehabiliteringsprocessen. Särskilt gäller det gränserna mellan medicinsk rehabilitering inom landstinget och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen där ansvaret ligger på arbetsgivare och försäkringskassan. Gränsen mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen kan vara problematisk när arbetslösa ska rehabiliteras. De olika aktörerna i processen väljer och selekterar var för sig vilka individer som ska få tillgång till rehabilitering utifrån de regler, den ekonomiska situation och de övriga omständigheter som var och en arbetar efter. Eftersom ingen av aktörerna har rehabilitering som sin huvuduppgift, och prioriteringar mellan rehabilitering och andra uppgifter

alltid görs, så är det inte ofta rehabiliteringen sätts överst på listan. För hälso- och sjukvårdens del utgör deltagandet i rehabiliteringsarbetet endast en liten del av den totala verksamheten och den är av naturliga skäl inte den mest prioriterade. Däremot är hälso- och sjukvårdens verksamhet i många fall mycket avgörande för en enskild individs sjukfrånvaro. Både dess medicinska underlag och dess behandling av enskilda patienter påverkar behovet av sjukskrivning. Därför får sjukvårdens prioriteringar stor betydelse för sjukfrånvarons omfattning.

I vissa fall kan en enskild individs sociala problem vara det primära hindret för deltagande i arbetslivet och då medverkar också socialtjänsten i rehabiliteringsarbetet. Det gäller t. ex när personer genomgår behandling för missbruk och ansvaret för behandlingen ligger på socialtjänsten. Socialtjänsten medverkar även när individen har nedsatt arbetsförmåga på grund av medicinska skäl, men inte har behov av någon rehabilitering i kommunens regi och inte är sjukpenningförsäkrad.

Ansvarsuppdelningen mellan olika aktörer gör att det kan uppstå tvister mellan dem, exempelvis om försäkringskassan bedömer att individen har arbetsförmåga medan arbetsförmedlingen bedömer att personen trots det inte kan ta ett arbete (är anställningsbar). Det kan också uppstå tvister mellan arbetsförmedling och försäkringskassan kring personer som visserligen har en anställning, men vars förutsättningar för att återgå till tidigare arbete, bedöms olika av aktörerna.

Den mest omdiskuterade gränsen är den mellan försäkringskassan och arbetsgivaren. Arbetsgivaren har förstahandsansvar för att utreda behovet av och vidta rehabiliteringsåtgärder så att individen kan återgå i arbete, medan försäkringskassan är samordnings- och tillsynsansvarig i rehabiliteringsarbetet. Tillsammans har dessa två aktörer således det största ansvaret för en individs rehabilitering men gränsen dem emellan är mycket otydligt definierad.⁴⁶ De oklara gränserna och tvister om vem som har ansvaret i det enskilda fallet medför bland annat att rehabiliteringsprogram kan bli trögstartade och dessutom att de drar ut på tiden. Sådana förhållanden bidrar sannolikt till att rehabiliteringen inte får så gott resultat som den i princip borde kunna få.

⁴⁶ I HpH (2002:5) föreslås att arbetsgivaren ska få ett utökat ansvar vad gäller de anställdas rehabilitering.

Prioritering i flera steg

En orsak till att det är svårt att få rehabiliteringsarbetet att fungera är att de olika aktörerna har olika mål för sina insatser i rehabiliteringen, samtidigt som rehabilitering inte är den högst prioriterade verksamheten inom respektive organisation. För att en rehabiliteringsverksamhet ska fungera måste den emellertid ges en viss prioritet. Tre omständigheter motverkar en otillräcklig prioritering: Den första är att respektive sektors huvudsakliga verksamhet tenderar att vinna kampen om resurser. Den andra är att det är svårt att mäta måluppfyllelsen i rehabiliteringsarbetet. Den tredje är att effekterna av rehabilitering är svåra att visa upp eftersom de inte sällan, helt eller delvis, uppstår i andra sektorer (Statskontoret, 2002, s 537).

Rehabiliteringsområdet lider också av brist på påvisbara ekonomiska effekter. Hittills har ingen beräkning av den arbetslivsinriktade rehabiliteringens effekter på samhällsekonomin nått fullständig acceptans. Inte heller enskilda rehabiliteringsåtgärders effekt är särskilt ofta belagd. Det finns stora brister i system för uppföljning, och statistiska metoder för att hantera jämförelsen mellan de som får rehabilitering och de som inte får rehabilitering saknas. Bland annat som följd av detta finns stora brister i kunskaperna om effektiva rehabiliteringsmetoder på området. Bristen på uppföljningssystem leder till svårigheter att hantera jämförelsen mellan rehabiliteringsfall och andra fall samt till brister i kunskaper om metoder och selektion (ibid. s 537). Vetenskapliga studier som gjorts av t. ex medicinsk rehabilitering bygger på för små populationer för att kunna ligga till grund för generaliseringar. Studier som gör det möjligt att renodla rehabiliteringens påverkan på långtidssjukskrivningen saknas också. Därför går det inte heller att påvisa att lägre sjukskrivningstal beror på en rehabiliteringsinsats i en samhällsekonomisk analys (ibid. s 538).

I två projekt, där både försäkringskassorna och RFV är involverade, fokuseras frågan om effektiva metoder i rehabiliteringsarbetet. I ett av projekten ingår bl. a att studera vilka effekter olika metoder har som används i rehabiliteringsarbetet. I en intervjuundersökning som Statskontoret låtit göra framkommer att arbetet med uppföljning och utvärdering är eftersatt. Försäkringskassans personal anser att de inte har tillgång till användbara system från centralt håll. Ambitiösa planer på uppföljning på regional och lokal nivå genomförs sällan, förmodligen på grund av resursbrist (ibid.).

Selektion till rehabilitering sker i flera steg där *det första steget*, enligt statskontorets undersökningar, är försäkringskassans hantering av ett ärende som för det mesta initierats av ersättningsanspråk från den enskilde (ibid.). I det skedet har försäkringskassan underlag från den enskilde i form av sjukförsäkrans och från läkare i form av läkarintyg/utlåtande. I vissa fall finns också underlag i form av rehabiliteringsutredning från arbetsgivaren. Valet står här mellan att ge (i) avslag på ersättningsanspråk, (ii) att betala ut sjukpenning och därefter bevaka fallet, (iii) att genomföra en utredning för att få underlag för bedömning av eventuellt rehabiliteringsbehov och förutsättningar att återgå till arbete. Ett val träffas alltså mellan åtgärden sjukpenningutbetalning eller utredning, där utredning utgör en förutsättning för att kunna få del av rehabiliteringsåtgärder.

I *det andra steget* handlar det om att utifrån den utredning som var ett av de tre valen i det första steget, bedöma om i) individen har behov av rehabilitering av något slag, ii) om utsikterna för återgång i arbete är så dåliga att det kan bli aktuellt med förtidspension eller iii) att fortsätta betala ut sjukpenning. Det sker en selektion till var och en av de olika grupperna. När selektionen leder till den grupp av individer som bedöms ha rehabiliteringsbehov så innebär detta steg en prioritering eftersom rehabilitering liksom även förtidspension, på kort sikt, kräver betydligt mer resurser än fortsatt utbetalning av sjukpenning (ibid.).

Till *det tredje steget* når bara de fall som bedömts ha behov av rehabilitering och ha möjlighet att komma tillbaka till arbete. Nu handlar det om att ta ställning till vad som behöver göras för att dessa behov ska kunna tillgodoses. Grunden i försäkringskassans rehabiliteringsverksamhet är samordningsrollen. Försäkringskassan ska se till att andra gör vad de ska göra, men har små egna medel för att bedriva rehabiliteringsverksamhet. Ställningstagandet i det tredje steget innebär alltså att avgöra huruvida den enskildes rehabiliteringsbehov bäst kan tillgodoses genom att få någon eller några andra aktörer att vidta rehabiliteringsåtgärder eller att försäkringskassan själv bekostar en rehabiliteringstjänst. I de två tidigare stegen kan man tydligt se att valet handlar om prioriteringar mellan individer, eftersom resursåtgången skiljer sig åt mellan olika val. I steg tre är det svårare eftersom samordningen kräver mycket resurser i form av handläggarens tid medan ett tjänsteköp kostar en stor summa pengar men kräver mindre ansträngning.

I det *fjärde och sista steget* återfinns de sjukfall som klarar prioriteringen i de tidigare tre stegen. Här finns de som har ett behov av rehabilitering men där det behovet inte helt kan tillgodoses och bekostas av andra aktörer. Försäkringskassan är i dessa fall hänvisade till att köpa en rehabiliteringstjänst. Människor som gått igenom alla stegen i selektionen till rehabilitering har förmodligen relativt krävande och komplexa rehabiliteringsbehov. Försäkringskassan har här hela ansvaret för rehabiliteringen men det är inte givet att det finns adekvata rehabiliteringstjänster att köpa in. Dessutom måste inköp av rehabiliteringstjänster rymmas inom budgeten.

Genusperspektiv i rehabilitering

Westerberg (1996) visar att det saknas genusperspektiv i rehabiliteringen vilket är olyckligt eftersom kvinnors och mäns förhållningssätt till sjukdom och ohälsa ofta skiljer sig åt. Många åtgärder inom rehabiliteringsområdet har fortfarande sina utgångspunkter i de problem som främst drabbar män trots att kvinnor förvärvsarbetar i nästan lika stor utsträckning. Ett exempel på det är att rehabiliteringsinstitut tidigt etablerades inom branscher som skogsbruk och byggnadsverksamhet, medan motsvarande institutioner fortfarande saknas för t ex de kvinnodominerade tunga jobben inom vård och omsorg. Ett faktum är att andelen godkända belastningsskador mellan 1994 och 1997, inom byggbranschen var totalt 45 % medan vård och omsorg hade totalt 20 % godkända arbetsskador av antalet anmälda arbetsskador. Totalt i alla branscher var andelen godkända fall 29 %, dvs. högre än inom vård och omsorgssektorn (Arbetarskyddsstyrelsen 1999).

Det tycks alltså lättare att få sådana arbetsskador erkända som uppträder i traditionella industribranscher än att få mer diffusa arbetsskador erkända, sådana som uppstår i servicesektorn.

”Det är inte förrän på allra senaste år som man har börjat ägna speciell uppmärksamhet åt och fått ny kunskap om bakomliggande orsaker till ohälsa bland kvinnor, t.ex. vad gäller hjärtinfarkt, fibromyalgi, långvariga smärttillstånd etc. Kvinnor har således till stor del hänvisats till behandlingscentra och behandlingar som bygger på och präglas av den kunskap som finns om mäns rehabilitering” (Westerberg 1996, s 60).

Inom arbetslivsinriktad rehabilitering är kvinnor och män föremål för åtgärder i lika stor omfattning (RFV 2001:5). Men när det gäller typ av åtgärder finns det dock tydliga skillnader mellan könen. Männerna får i högre grad utredning och utbildning medan kvinnorna oftare får arbetsträning. ”Arbetsträning” är den minst kostsamma och ambitiösa åtgärden eftersom den ofta innebär att den sjukskrivne arbetar i begränsad omfattning på sin tidigare arbetsplats. Arbetsträningen är också den åtgärd som i flera studier har visat sig ha sämst möjligheter att leda till återgång i arbete. Eftersom besvären ofta kan härledas till förhållanden på arbetsplatsen och de arbete man utförde när man sjukskrevs, så är det inte särskilt förvånande. ”Utredning av arbetsskador” innebär ett mer ingående arbete med att ta reda på den sjukskrivnes arbetsmiljö, arbetsförmåga och möjligheter att ta tillvara arbetsförmågan i nuvarande eller ett annat arbete. ”Utbildning” är oftast den mest kostsamma åtgärden eftersom det innebär att den sjukskrivne ges en möjlighet att utveckla kompetens som kan ge nya möjligheter på arbetsmarknaden. Utbildningsåtgärder leder oftast till återgång i arbete.

I RFV 2001:5, förklaras skillnaderna mellan kvinnors och mäns rehabilitering med de förhållanden som råder på den kraftigt könssegregerade arbetsmarknaden. Män arbetar i högre utsträckning inom den konkurrensutsatta privata sektorn medan kvinnor i högre grad arbetar inom den offentliga sektorn. Män som grupp har också en starkare anknytning till arbetsmarknaden än kvinnor. Kvinnor förvärvsarbetar i något mindre utsträckning och de arbetar oftare deltid. En generellt formulerad hypotes avseende skillnader i rehabilitering mellan män och kvinnor är att det med dagens inriktning och uppläggning av rehabiliteringsarbetet är svårt att rehabilitera individer med en svag ställning på arbetsmarknaden. Dessutom är dessa individer ofta hänvisade till arbeten med sämre arbetsmiljö och små möjligheter att påverka sin arbetssituation och löper därmed större risk att bli långvarigt sjukskrivna (Edlund & Lindvall i RFV redovisar 2001:5)

I studien ”Sjukskrivna med fibromyalgi och liknande hälsoproblem” visar Andersson & Lindvall (1997), att personer med dessa symptom i hög utsträckning får arbetsträning. Fibromyalgi och liknande diagnoser domineras av kvinnor vilket visar på en tydlig könsskillnad. Skillnaderna mellan män och kvinnor när det gäller förekomsten av olika åtgärdstyper kan till viss del härledas till denna sjukdomsdiagnos. Visserligen kommer arbetsträning för personer med denna diagnos igång tidigare än för de flesta

andra sjukdomar, men det är tveksamt om det är en lämplig rehabiliteringsåtgärd för att möjliggöra en varaktig återgång i arbete (RFV 2001:5)

En annan studie (Bergendorff m.fl 1997) visade att fibromyalgi och liknande sjukdomar hade 40 procents lägre chans till friskskrivning jämfört med genomsnittet för alla diagnoser. Den arbetsträning som ofta vidtas för dessa sjukskrivna leder således relativt sällan till positiva rehabiliteringsresultat och utredande rehabiliteringsåtgärder slutar ofta med förtidspensionering (RFV, 2001:5).

4.6 Att ses som ett ärende eller som en individ

I Statskontorets intervjuundersökning som genomförts med företrädare för hälften av landets försäkringskassor, framgår att hanteringen av sjukfall inte är enhetlig (Statskontoret 2002). Undersökningen visar stora variationer i handläggning av sjukfall från det att sjukfallet aktualiseras på försäkringskassan till det att behov av rehabilitering uppmärksammas.

Organiseringen av rehabiliteringsarbetet sker enligt två huvudalternativ hos försäkringskassan:

1. En handläggare följer en individ genom hela processen (*individorientering*)
2. Individens problem handläggs och lämnas över till olika specialiserade funktioner i flera steg (*ärendeorientering*).

Det finns alltså huvudsakligen två sätt att behandla en människa som kommer för att söka hjälp från det offentliga systemet på grund av t. ex ohälsa eller brist på pengar: Människan kan ses som ett *ärende* eller som en *individ*. Att bli behandlad som ett ärende innebär att 'problemet' isoleras från människan och det är problemet som tas emot och förvandlas till ett 'ärende'. Ärendet behandlas och hanteras sedan med de termer som verksamheten ifråga godtar i sina utredningar och så småningom fattas någon form av beslut. Om individen på grund av t. ex ohälsa kommer i kontakt med flera olika verksamheter kategoriseras och förvandlas hon genom sina problem till ett nytt 'ärende' i varje ny verksamhet.

Att bli behandlad som en 'individ' innebär tvärtom att individen känner sig igenkänd och att hon blir bemött på sina egna villkor under hela den tidskrävande process som inleds med att hon 'söker hjälp' och som involverar professionella aktörer inom många olika verksamheter innan den kan avslutas.

Cedersund (1992) studerar hur människor som ansöker om ekonomiskt bistånd blir bemötta av socialarbetare i sin avhandling "Medborgares kontakt med det offentliga". Hon visar hur den första kontakten som innebär "att söka hjälp" äger rum, samt hur den enskilda människans problem och bekymmer omtolkas till organisationens terminologi och begreppsvärld (handläggs). Hon använder sig av den amerikanske statsvetarens Michael Lipskys byråkratibegrepp "Street-Level Bureaucracy" (gräsrotsbyråkrati) (Esping 1984)). Enligt Lipsky är typiska gräsrotsbyråkrater tjänstemän som är verksamma inom polisen, domstolarna, socialvården, skolan och hälso- och sjukvården. I Sverige är försäkringskassan också en organisation som karaktäriseras av 'gräsrotsbyråkrati'. Villkoren för denna typ av organisationer är att det alltid råder en knapphet av materiella och personella resurser. Därför är organisationerna som karaktäriseras av "gräsrotsbyråkrati" utformade för att möjliggöra hushållning med organisationens resurser och tjänstemännens tid. För att hushålla med resurser och tid rutiniserar verksamheten i så hög grad som möjligt och hanteringen av människors hjälpbehov kommer att ingå i en rutiniserad arbetsgång där vissa strategiskt placerade tjänstemän har stor grad av kontroll över vilka klienter som får tillgång till organisationens tjänster. När nya klienter släpps in blir de etiketterade och kategoriserade med hänsyn till de problem och egenskaper som har relevans inom respektive organisation – de förvandlas till ärenden istället för att beaktas som individer. En form av masshantering av klienter skapas, där prioritering och sortering av klienterna utgör grunden för vem som får tillgång till de rättigheter eller förmåner som organisationen disponerar. Det finns preciserade regler för beslut som ska fattas kring enskilda personer men reglerna är vanligtvis inte uttryckta så att de är möjliga att tillämpa omedelbart i förhållande till en enskild klient. Det slutliga avgörandet när det gäller en enskild klients framgång inom en sådan organisation blir på så sätt beroende av den enskilde tjänstemannens ställningstagande.

"Gräsrotsbyråkraten blir alltså i praktiken den som utformar frågor av politisk natur och den välfärdspolitik som är avsedd att komma med-

borgarna till godo i form av sociala förmåner, sjukvård, undervisning. etc. (Cedersund, 1992, s 10).

Den konkreta politik som är beslutad på en högre nivå uttrycks således genom tjänstemännens avgörande och deras rutinerade hantering av medborgarna. Tjänstemännen har både den direkta kontakten med den enskilda medborgaren och ett stort inflytande över vilka åtgärder som vidtas och vilka olika beslut som fattas.

Cedersund (ibid.) visar med andra ord hur människor som följd av de offentliga verksamheternas organisering, tenderar att omvandlas till ärenden snarare än att bli behandlade som de speciella individer de är med sin förankring i en viss social, ekonomisk och geografisk kontext.

Om arbetslinjen ska kunna förverkligas krävs att rehabiliteringsprocessen fungerar (att ansvarsfördelningen sker mellan de olika aktörer som ingår och att gränser tydliggörs) att den enskilda människan betraktas som (och känner sig betraktad som) en hel individ med ett liv som går utöver det ”problem” som hon exponerar i relation till rehabiliteringsorganisationen.

Om detta inte sker kommer rehabiliteringsprocessen att bli långvarig och trög och kostnader för sjukskrivning (och rehabilitering) kommer att skjuta än mer i höjden. Det är inte bra vare sig för samhället eller den enskilde. I den första av de följande fallstudierna kommer rehabiliteringsproblematiken med dess gränsdragningsproblem och ansvarsförhållanden att apostroferas utifrån klientperspektivet. I den andra fallstudien kommer förebyggande arbetsmiljöinsatser att stå i fokus, sådana som gör att behov av rehabilitering förhoppningsvis inte ska behöva uppstå på grund av brister i arbetsmiljön.

DEL II: EMPIRISKA STUDIER

Introduktion

För tolv år sedan finansierade Riksbankens Jubileumsfond utvecklingen av en tidsgeografiska dagboksbase­rade metod (Ellegård 1992, 1993, 1994). Syftet var att metoden på ett strukturerat och konsekvent sätt skulle kunna användas för systematisk beskrivning och analys av individers komplexa vardagliga aktivitetsmönster. Resultatet blev en användarorienterad, generell, datorbaserad metod för studier av tidsanvändning på individ- och samhällsnivå.⁴⁷ Jag genomförde där materialinsamlingen och mötte alla dagboks­förare. Vid insamlingen av dagböckerna inom det projektet visade det sig att dagboksskrivandet i sig startade reflekterande processer hos dagboks­förarna. Det gjorde att jag började fundera över om metoden skulle kunna användas så att människor som för dagbok i högre grad skulle kunna använda den för självreflektion. För att pröva denna hypotes krävdes viss vidareutveckling och prövning. Jag hade en massörklinik under 1990-talet, dit många människor med diffusa smärtor sökte sig för behandling. I många fall misstänkte jag att dessa diffusa smärtor hade samband med vidare omständigheter i deras liv snarare än traditionella hälsoproblem. Jag lät några av dem pröva en vidareutvecklad variant av dagboks­metoden. Syftet var att de skulle bli mer medvetna om sitt livssammanhang i vid

⁴⁷ Projekt­titel: ”Vardags­livets komposition” (Ellegård 1992, 1993, 1994) Kersti Nordell bidrog med materialinsamling och datorbearbetning.

mening och som följd av den insikten skulle de kunna vidga sitt handlingsutrymme och själva ta makten över sina egna liv. Vidareutvecklingen av metoden innebar främst att dagboksföraren registrerade två nya subjektiva dimensioner i dagboken nämligen ”fysiska besvär” och ”sinnestillstånd”. Dessa dimensioner kan inte observeras av en utomstående eftersom endast dagboksföraren själv kan veta något om dem. Dessutom lades dagböckerna in i en stegvis uppbyggd arbetsmodell med individuella mål och åtgärder vilket resulterar i en självutvärderande process.⁴⁸

Genom metodboken ”Att byta vanmakt mot egenmakt” som utkom 1997, fick metoden en viss spridning och intresset för den växte hos presumtiva användare (Ellegård & Nordell 1997). Det är dagboksmetoden och arbetsmodellen så som de presenteras i den boken som jag betecknar 4M-metoden. 4M-metoden har därefter bl. a. prövats på Syncentralen, Sahlgrenska sjukhuset inom en rehabiliteringsmodell för vuxna synskadade⁴⁹ och använts i flera C och D-uppsatser på arbetsterapeututbildningen i Lund och Göteborg. För närvarande pågår också ett projekt på Institutionen för arbetsterapi vid Hälsouniversitetet i Linköping.

Den ursprungliga dagboksmetoden kan användas i många olika sammanhang, men eftersom den vidareutveckling som jag gjorde, utgår från tankar kring upplevda och diffusa smärtor och från en förhoppning om att metoden skulle kunna vara ett lämpligt redskap att hantera smärta, svar det lämpligt att pröva 4M-metoden i verksamheter som behandlar den typen av problematik.

En ansökan ställdes till Rådet för arbetslivsforskning (Ralf) för ett doktorandprojekt över tre år som skulle möjliggöra tre omfattande tillämpningar. Kontakter inom lämpliga verksamheter var redan upparbetade. Ralf beviljade anslag för ett pilotprojekt under ett år och därför måste ambitionerna vad beträffar omfattningen av tillämpningar i antal och tid skäras ner. Pilotprojektet omfattar således empiriskt endast två tillämpningar, där det empiriska arbetets faser, såväl igångsättning, genomförande och avslutning måste alla rymmas inom en tidrymd av ett år. De professionellt verksamma personer jag samarbetade med under pilotprojektets gång, hade läst boken ”Att byta vanmakt mot egenmakt” och de var

⁴⁸ För en fullständig beskrivning av metod och arbetsmodell se Ellegård & Nordell 1997.

⁴⁹ ”Tidsgeografisk dagboksmetod i projektet ”Ny rehabiliteringsmodell för synskadade vuxna”

positiva till att pröva metoden i sina respektive verksamheter.⁵⁰ Projektmedel har använts för att de skulle ha möjlighet att lära sig arbeta med metoden och framförallt för att datorbearbeta dagböckerna i sina respektive tillämpningar.

Pilotprojektets fokus var prövning av 4M-metoden i ordinarie verksamheter. Jag bistod med handledning och hade dialoger med de professionella aktörerna, däremot mötte jag inte deltagarna i respektive verksamhet förrän efter avslutat deltagande. Deltagarna fick skriftlig information från mig innan de startade projektet. Efter avslutningen intervjuade jag dem. Det innebär också att verktygen som används i 4M-metoden, dagböcker och datorprogram har hanterats helt och hållet av de professionella så som avsikten är att det ska kunna fungera i en ordinarie rehabiliteringsverksamhet. Det medför således att prövningen av 4M-metoden i projektet utgår från situationen och strukturen i unika miljöer och med de unika individer som samverkar just där, såväl deltagare som professionella. Dessa båda fallstudier finns utförligt beskrivna i min lic-avhandling (Nordell 2000).

I föreliggande avhandling så ingår en av fallstudierna i pilotprojektet. Här ingår dessutom en studie av yrkesverksamma i riskgrupp för sjukskrivning. Det är samtliga kvinnliga tandläkare i Norrbottens Läns Landsting som på grund av sin höga sjukfrånvaro under flera år arbetat med ett förändringsprojekt, *Auroraprojektet*, för att åstadkomma en bättre arbetsmiljö och bättre hälsa. Inom Auroraprojektet har 4M-metoden använts som ett redskap för att se var och när tandläkarna kunde arbeta med sitt "Eget ansvar" i arbetet och eventuellt i hemmet. Här har tillämpningen också skett i en unik miljö och situation men på en kollektiv basis där bearbetningen av resultaten har genomförts i nätverksgrupper och i form av seminarier.

⁵⁰ En arbetsterapeut hade använt metoden tidigare i ett uppsatsarbete, och en personalutvecklare hade prövat den till vissa delar i sin verksamhet. Personalutvecklaren var intresserad av att lägga upp en kurs som byggde på metoden och arbetsterapeuterna ville använda den i sin ordinarie verksamhet.

5. Fallstudien ”Värkmästarna”: Rehabilitering av långtidssjukskrivna med hjälp av 4M-metoden

5.1 Introduktion

Den översiktliga statistiska beskrivningen i kapitel 4 ger en samhällelig bakgrund till motivet bakom föreliggande fallstudie – en metodutveckling för att långtidssjukskrivna ska hitta en egen väg att, utifrån sina egna värderingar, förbättra sitt livssammanhang.

Genom mina tidigare kontakter med yrkesverksamma inom rehabiliteringsfältet utkristalliserade sig en verksamhet som kunde vara lämplig fallstudie för min avhandling om långtidssjukskrivnas möjlighet att förändra sitt livssammanhang. Fallstudien ”Värkmästarna” utgör resultatet av en pilotstudie som genomfördes 1999/2000 för att testa 4M-metoden, med stöd från Rådet för arbetslivsforskning.⁵¹ Studien måste i sin helhet genomföras under ett år.⁵² För avhandlingen har jag följt upp den långsiktiga effekten

⁵¹ Projektitel: ”Långtidssjukskrivnas livssammanhang: en rehabiliteringsansats.”

⁵² Inom pilotstudien genomfördes två fallstudier. I föreliggande arbete redovisas den ena fallstudien ”Värkmästarna”. Båda fallstudierna finns dokumenterade i lic-avhandlingen ”Långtidssjukskrivnas livssammanhang – kan omedvetna begränsningar bli medvetna

av de långtidssjukskrivnas arbete med 4M-metoden genom att intervjua dem som på olika sätt berördes av pilotstudien ca 1 år efter dess avslutning.

I fallstudien ”Värkmästarna” genomförs projektet i form av en kurs som är upplagd enligt 4M-metoden. Kursledaren driver kursen på uppdrag av försäkringskassan. Hon leder kursen med hjälp av en assistent, som själv lider av långvarig smärta (fibromyalgi) och en sekreterare. Kursledaren hade prövat arbetsmodellen tidigare med gott resultat och hade en önskan om att använda metoden i sina kurser redan innan pilotstudien startade.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet för fallstudien ”Värkmästarna” är att vidareutveckla, pröva och värdera den tidsgeografiska dagboksmetoden och arbetsmodellen, som tillsammans kallas 4M-metoden, i rehabiliteringsverksamhet. Arbetssättet som används i fallstudien avser att öka den enskilda deltagarens insikt om sin egen möjlighet att påverka sitt individuella livssammanhang. Därmed kan det individuella fysiska och psykiska lidande som följer av upplevd ohälsa och långvarig smärta minska. Resultaten av prövningen ska analyseras med avseende på hur deltagarens ökade insikter och egna förändringsåtgärder speglas i det upplevda livssammanhanget och hur detta hanteras av dem efter kursen.

I fallstudien ”Värkmästarna” berörs två aspekter på 4M-metoden. Den ena behandlar frågor om den tidsgeografiska dagboksmetodens måluppfyllelse när den används av människor med upplevd ohälsa. Här görs deltagarstudier på individnivå. Den andra aspekten rör frågor om prövning och värdering av arbetsmodellen i rehabilitering. Här är rehabiliteringssystemet centralt och arbetet rör strukturnivån och dess professionella behandlare samt utvärdering av det arbetssätt som prövas i fallstudien. Detta görs genom en mer traditionellt forskarbaserad studie. De specifika frågeställningar i fallstudie ”Värkmästarna” är:

möjligheter. En tidsgeografisk metodstudie av långtidssjukskrivnas livssammanhang”. (Nordell 2000)

a) Frågor om hur den tidsgeografiska dagboksmetoden i 4M-metoden uppfyller målen för individen:

Är den tidsgeografiska metoden emancipatorisk så till vida att människor kan få distans till sitt vardagsliv och på så vis se tidigare dolda möjligheter?

Kan metoden hjälpa människor i rehabilitering att komma över sin upplevelse av hjälplöshet och oförmåga att påverka sin situation?

Finns det gemensamma mönster i vad människor blir medvetna om i sitt livssammanhang och i de eventuella förändringar de faktiskt gör?

Hur ser dessa förändringar i så fall ut?

b) Frågor om hur arbetsmodellen inom 4M-metoden fungerar i fallstudien:

Hur fungerar det för professionella behandlare att arbeta med den tidsgeografiska dagboksmetoden i behandlingsgrupper där människor i rehabilitering deltar?

Hur kan deltagarna i en behandlingsgrupp som befinner sig i liknande situationer ha nytta av att samtala med varandra?

Hur är det att lära sig arbeta med metoden för professionella behandlare?

Hur fungerar det/ går det till att använda metoden som arbetsinstrument? Svårigheter? Fördelar?

Vilka krav ställs på de professionella för att använda metoden?

Har den professionelle behov av reflekterande dialog med kolleger i samband med dagboksmetoden används?

5.2. Långtidssjukskrivning och rehabilitering

Inledning

Långtidssjukskrivning är ett växande samhällsproblem och behovet av ansatser för att vända utvecklingen är stort. Föreliggande fallstudie avser att visa på ett sätt att göra det, nämligen genom att utveckla en metod som kan hjälpa långtidssjukskrivna att hitta en väg att, utifrån sina egna värderingar, förbättra sitt livssammanhang. Deltagare i fallstudien är människor vars livssammanhang påverkas av smärtupplevelser i vardagen. Jag börjar därför med att diskutera begreppet smärta för att sedan beskriva individens möten med sjukvården. Smärtan är individens anledning att söka behandling hos sjukvården. Läkarens diagnos blir sedan nyckeln till vilken väg smärtpatienten får följa genom det institutionella systemet, i form av kontakter med och åtgärder från framförallt sjukvård och försäkringskassa. I avsnittet därpå behandlas rehabiliteringsåtgärder och därefter presenteras fallstudien "Värkmästarna".

Smärta som start för långtidssjukskrivning

Det svenska ordet *smärta* översätts oftast till engelskan med ordet *pain*. I Oxford Reference Dictionary (1986) definieras *pain* som:

- "1. An unpleasant feeling caused by injury or disease of the body.
2. Mental suffering.
3. (Old use) punishment (e.g. on pain of death)."

I grekiskan är det ord som oftast används för fysisk smärta *algos* som härrör från rötter som indikerar brist på kärlek (Procacci and Maresca 1985). Ett annat grekiskt ord är *akos* som betyder fysisk smärta och varifrån det engelska ordet *ache* kommer. Implicit i dessa betydelser finns en bredare definition av smärta än den snävt definierade cartesiska som skiljer mentala tillstånd från fysiska, och kopplar samman enstaka symptom med enstaka orsaker. Att smärta, "pain", har en avsevärd emotionell komponent, som bokstavligen är motsatsen till "pleasure", är mycket äldre och kan spåras till Platon. Sedan dess har dikotomin "pleasure/pain" konstant åkallats och förstärkts. Hamberg (1998) skriver att begreppet smärta har

gått från att stå för ett rent biomedicinskt fenomen och beroende av vävnadsskada till att också betyda en upplevelse med komplexa och multifaktoriella orsaker där fysiska, psykiska och sociala faktorer samverkar. The International Association for the Study of Pain definierar smärta som ”en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse för- enad med vävnadsskada eller beskriven i termer av en sådan skada” (Socialstyrelsen 1994, s 28). Definitionen är mycket vid och erbjuder ett närmast oändligt utrymme för olika synsätt på smärta samtidigt som den understryker att smärta är en subjektiv upplevelse. Det är därför viktigt att se på smärta i sin socio- kulturella kontext. Många sjukdomar är obotbara och orsakar mycket lidande vilket kan vara problematiskt för strikt sjukdomsorienterad medicinsk expertis. Det kan vara så att smärta, när den uppträder inledningsvis, kan ha fysiska orsaker men att den fortsätter att hålla i sig kan bero på personens livsomständigheter. Englund (1997) pekar på vikten av att skilja på *akut* och *kronisk* smärta.⁵³ Vid den akuta smärtan finns det som regel ett direkt samband till det man kan upptäcka vid en läkarundersökning, medan smärtan vid kroniska tillstånd har blivit ett fenomen som avskiljts från en eventuell bakomliggande vävnadsskada (Englund 1997).

Olika perspektiv på långvarig smärta

En stark strävan för en person som lider av smärta är att få en diagnos av en läkare. Innan det finns en diagnos är det svårt att komma ifråga för olika åtgärder inom sjukvårds- och försäkringssystemet. Hamberg (1998) menar att det trots upprättandet av klassifikationskriterier finns subjektiva faktorer som påverkar läkaren när han/hon ställer diagnos. Läkarens individuella kunskaper och förhållningssätt är avgörande för utfallet. Diagnoser är också relativa, eftersom det finns delade meningar om vilka kriterier som skall gälla för att ställa en viss diagnos och vilka undersökningstekniker som bör användas för att objektivt bedöma om kriterierna är uppfyllda. Forskningen flyttar hela tiden fram positionerna och vilka symptom som verifieras av manuell eller teknisk undersökning förändras således över tid, medan fenomenet ”symptom utan diagnos” är tidlöst (Hamberg 1998, s 29).

⁵³ Socialstyrelsen rekommenderar att begreppet ”kronisk smärta” ersätts av begreppet ”långvarig smärta” (Socialstyrelsen 2000).

När det gäller t.ex. det långvariga smärttillståndet *fibromyalgi* så presenteras olika förklaringsmodeller i litteraturen. De vanligaste modellerna är:

i) att generell smärta och allodyni (smärta som utlöses av retningar som normalt inte framkallar smärta) utvecklas från ett från början lokaliserat smärttillstånd som har en lokal oftast muskulär orsak.

ii) fibromyalgi är primärt ett stressyndrom och förändringar i smärtsystemet är orsakade av stress.

iii) Fibromyalgi är ett kroniskt somatoformt smärtsymtom vilket innebär att det inte finns någon kroppslig eller biologisk förklaring till smärtan.

De två första förklaringsmodellerna stöds av många forskningsresultat som visar ett flertalet patienter med fibromyalgi har ett icke somatoformt tillstånd, dvs. biologiska förändringar har hittats (Socialstyrelsen 2000)

Den tredje förklaringsmodellen kan gälla när man inte kan hitta några objektiva kroppsliga förändringar. Men om man ser en människas hälsotillstånd som ett kontinuum och en process i enlighet med den salutogena ansatsen så kan den tredje förklaringsmodellen ha viss bäring även om det finns biologisk förklaring till smärtan.

Begreppet *somatisering* innebär att en person under lång tid har kroppsliga symptom som inte kan relateras till en identifierbar fysisk åkomma och symptomen identifieras då ofta som psykiska. I samband med värk utan påvisbar medicinsk orsak har begreppet psykosomatisk blivit en stämpel på det mesta som inte ryms inom en etablerad medicinsk diagnos.⁵⁴ När ingen ”somatisk” orsak hittas antas orsaken vara psykisk. Genom att sätta en somatiseringsdiagnos blir patienten definierad som problemet och målet blir att patienten ska inse att symptomen beror av psykologiska faktorer. I enlighet med Michel Olivers (1994) teori om den individuella modellen så tillskrivs alla problem personen själv.⁵⁵ Somatisering kan förklaras enligt flera modeller och ger samtidigt en bild av de teoretiska perspektiv på långvarig smärta som förekommer inom medicinen (Hamberg 1998, s 32).

⁵⁴ Medin & Alexandersson (1997, s 54) karaktäriserar den psykosomatisk ansatsen som en ”ohälsoteori” i likhet med de biomedicinska teorierna då den utgår från att hälsa är frånvaro av sjukdom. Även om man poängterar den interaktiva och sociala sidan av människan (orsak – mening) så tycks man inte vara intresserad av vad som skapar hälsa, utan fokuserar på vad som leder till psykosomatisk sjukdom.

⁵⁵ Oliver förespråkar istället en social modell, där problemen förläggs utanför individen, i relation till omgivningen (Oliver 1994).

En modell anknyter till psykoanalysen och menar att kroppsligt lidande får mening för patienten och ger fördelar som annars är omöjliga att uppnå. Smärta anses ha en stor potential för detta. Somatisering ses som ett sätt att hantera konflikter, t ex skuldproblematik, eller som uttryck för behov av omtanke eller stöd (Engel 1959; Goldberg och Bridges 1988, ref. i Hamberg 1998). Inom fibromyalgiforskningen har mycket arbete lagts ned på att finna samband mellan psykologiska drag hos patienten och utvecklingen av fibromyalgi. Vissa enskilda studier har påvisat särskilda personlighetsdrag hos fibromyalgipatienter som beroende och passivitet, tvångsmässighet och noggrannhet, idealisering av familjrelationer och bristande anpassning till förluster (Alfieri m fl. 1989, ref. i Hamberg 1998). Sådana fynd har dock inte kunnat verifieras av andra (Goldenberg 1986, ref. i Hamberg 1998) även om det ofta i den kliniska vardagen sägs att fibromyalgipatienter är perfektionistiska.

Enligt en kognitiv modell överdriver eller misstolkar somatiserande människor normala kroppsliga signaler. De fixeras vid sina symptom och reagerar med en oro som är utan proportion till den somatiska störningen. Dessa misstolkningar kvarstår efter det att smärtan i sig har försvunnit. Behandling inriktas därför på att göra patienter uppmärksamma på de tolkningar de gör av olika situationer (Peolsson, 2000, s 26).

Beteendeteorier ser symptom som ett sätt att kommunicera med omgivningen och skapa en relation, men också att få kontroll.⁵⁶ Symtom kommuniceras och kan förstärkas eller försvagas beroende på omgivningens beteende. Beteendeteorier utgår från att smärtan är subjektiv och som sådan kan den inte nås för vetenskapliga studier. Därför betonas smärtbeteendet, inte orsaken till smärtan (Fordyce m fl. 1985, Wadell m fl. 1984, ref. i Hamberg 1998).

I praktiken sammanflätas ofta kognitiva och beteendeteoretiska ansatser i samma projekt eller behandling, dvs. man försöker både lära individen att tänka annorlunda och att genom träning förändra hennes smärtbeteende. Kegan (1994) tar upp en viktig aspekt angående frågan om individens egen

⁵⁶ Behaviorismen är reduktionistisk liksom den biomedicinska inriktningen. Människan kan reduceras till sina olika beteenden men det subjektiva livet är inte intressant. Då beteendet ändras kan hon påverkas att bete sig så att hon främjar hälsan (Medin & Alexandersson 1997, s 58).

förmåga att hantera sina besvär. Forskning visar att vuxna människor mår bättre när de känner att de själva kan göra något åt sin situation, till exempel genom att involvera sig i sin behandling eller att utmana sina läkare. Men han menar att man kan vara fel ute när man försöker lära människor ett beteende som är associerat med "fighting spirit", när det kan vara individens verklighetskonstruktion som är ursprunget till ett beteende som gör henne bättre.⁵⁷ På så vis kan vissa personer bli uppmuntrade att utmana sina läkare för då får de ett erkännande av att de fortsätter att ha kontroll över sina liv såväl när de är sjuka som friska. Men människor med en verklighetskonstruktion som innebär att de lägger kontrollen utanför sig själva kan uppleva samma uppmuntran som en skrämmande underminering av medicinens makt till vilken de har satt all sin tilltro. De söker medicinska förklaringar till svårigheter som rör levnadsomständigheterna. Enligt Kegans synsätt (se kapitel 2) så behöver dessa patienter först och främst få hjälp att konstruera verkligheten på ett annat sätt (en ny medvetenhetsordning). Detta är också en av utgångspunkterna för 4M-metoden.

Ett genusperspektiv på mötet med sjukvården

Forskning om könsbias pekar på ett viktigt förhållande när det gäller sjuklighet och läkares möjlighet att hjälpa: det intressanta är inte bara organiska fynd, patientens symptom och beteende, utan det är minst lika viktigt hur läkare och andra behandlare uppfattar och tolkar människors beskrivningar. En viktig aspekt i de flesta teorier och studier av värk är att patienten, individen och hennes symptom står i fokus. Det är patienten som ska utredas och behandlas, det är patienten som ska bete sig eller tänka annorlunda.

När det rör sig om diffusa symptom och symptom som har sociala orsaker kan detta synsätt dock leda fel. Att ge en människa med långvarig svår-diagnosticerbar värk en diagnos kan hjälpa läkarna att förhålla sig till en "svår" patient och att bibehålla sin expertkompetens och yrkesstolthet. Men det kan också innebära att ett symptom som har sitt ursprung eller får sina uttryck i interaktionen mellan samhälle och individ, läkare och patient, görs till ett individuellt problem hos patienten. Patienten blir problemet, medan

⁵⁷ Kegan diskuterar människans förmåga att möta omgivningens krav utifrån sin totala mentala och emotionella förmåga. Denna förmåga är individens sätt att organisera sin verklighet och han kallar den för medvetenhetsordning.

arbetsmiljön, den dåliga ekonomin och våldsverkligheten inte problematiseras (Hamberg 1998). Johansson (1998) skriver att många kvinnor med kronisk smärta ansåg sig vara ignorerade och bortstötta av vården. De ville ha en diagnos som innebar förståelse och medicinsk uppmärksamhet. De undvek att ta upp sambandet med påfrestningar i vardagslivet eftersom läkaren då kunde tolka deras problem som psykologiska. De försökte istället ge alla detaljer kring fysiska manifestationer, medan de gjorde egna tolkningar kring varför de inte blev förstådda, de mystifierade sig själva. Till exempel kunde det hända att vanliga medicinska diagnoser inte gällde dem, och de såg sig själva bundna till ett martyrliv av tyst lidande. Slutligen ansåg de att många läkare var dåliga och oprofessionella.

Kvinnor med långvarig smärta är alltså mycket medvetna om hur viktigt det är att presentera problemen på rätt sätt för att uppnå det åtråvärda – en diagnos som legitimerar deras besvär. Cedersund (1992) tar upp en liknande problematik när människor söker ekonomiskt bistånd. Den hjälp-sökande individen måste framställa sig själv som samtidigt både hjälp-behövande och kapabel för att vara värd att få bistånd. Hon har en mycket tunn lina att balansera på för att kunna spela båda rollerna övertygande. Hon behöver också ha en viss förförståelse för hur hennes personliga problem kommer att tolkas och överföras till organisationens terminologi och begreppsvärld för att leda till beslut som gynnar henne.

Johansson (1998) menar att primärvården, dit kvinnor med långvarig smärta i första hand vänder sig, befinner sig precis på gränsen mellan individ och samhälle och därför behöver tillföras kunskap inom medicin såväl som inom sociologi och psykologi. Jag skulle vilja lägga till att även tidsgeografiska resonemang om individens frihet inom ramen för strukturella institutioner kan leda till att förbättra förståelsen för gränslandet mellan det sociala och det individuella.

Vad betyder sjukskrivning för människor?

”Samhällets trygghetssystem ska ersätta förlust av inkomst på grund av att man inte kan arbeta, men däremot inte om man inte vill arbeta är grundtanken i socialförsäkringen ” (Englund, 1997, s 6).

Lars Englund vid institutionen för allmän medicin vid Uppsala universitet, påstår i en debattskrift att det inte finns något samband mellan grad av sjuklighet och grad av arbetsförmåga. Därmed kan inte heller läkaren avgöra om den sjuke verkligen inte kan arbeta och i många fall inte heller bedöma om arbete kan förvärra tillståndet eller om sjukskrivning förkortar sjukligheten. Hur ska då sjukskrivningsrätten bedömas när den sjuke inte vågar arbeta, inte tror att han kan eller själv bedömer att han inte orkar? Vilka möjligheter har läkaren att korrelera en viss sjukdom eller grad av sjuklighet till grad av arbetsoförmåga eller arbetsförmåga överhuvudtaget? Englund menar att det saknas underlag för att svara på dessa frågor, varken vedertagen praxis eller vetenskaplig litteratur kan ge stöd åt läkaren att på ett rättvist och objektivt sätt göra en professionell bedömning. Englund (1997) visar att olika läkare har olika sjukskrivningspraxis.

Det finns skillnader mellan manliga och kvinnliga läkare där de senare sjukskriver i fler fall, samt mellan ortopedier och distriktsläkare och psykiatriker, där psykiatrikerna sjukskriver i fler fall. Dessutom utnyttjar distriktsläkare och kvinnliga läkare partiell sjukskrivning i större utsträckning än andra läkare (Englund 1997). Englund menar vidare att långtids-sjukskrivningar inte är någon bra åtgärd för människor som har ont i rygg och nacke, de blir isolerade och lever ett dåligt liv som på sikt kan leda till social utslagning. Han ser distriktsläkarens roll som betydelsefull för att förhindra de långa och passiva sjukskrivningarna som på sikt riskerar att försämra patienternas livskvalitet.

Englund menar att som läkare är man inte alltid medveten om att patienten bygger sin bedömning av sin egen arbetsförmågan på läkarintyget. Många läkare uppfattar sig istället maktlösa i sjukskrivningssituationen inför patientens egen uppfattning om sin egen arbetsförmåga. I Englunds studie om attityder hos de olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen, framgår att de sjukskrivna i hög grad tycker att "Den som är sjuk vet själv bäst om man kan arbeta eller inte". Samtidigt instämmer den sjukskrivna mycket starkt i påståendet att "Det är läkaren som bestämmer om man får var sjukskriven". Läkare å sin sida undandrar sig makten över sjukskrivningen genom att i högre grad instämna i att "Det är försäkringskassan som bestämmer om man får vara sjukskriven". Självklart gagnar inte sådana oklara föreställningar om makt och ansvar en god kommunikation (Ibid.). Handläggare på försäkringskassan frågar människor om vad de tror om sina möjligheter att börja arbeta igen när den aktuella sjukskrivningen går ut. De får då ofta svaret att den sjukskrivne inte vet det, men att hon ska på läkarbesök och

sedan får hon besked om den saken.⁵⁸ Det är alltså inte självklart att människor med smärta utan medicinsk grund blir sjukskrivna. Det tycks både vara beroende av vem hon möter i sjukvården, dvs. i vilken mån läkaren förmår sätta sig in i hennes perspektiv ”empatisera”, och hur hon själv lägger fram sin sak, dvs. i vilken mån hon lyckas presentera sin föreställningsvärld så den blir förståelig för läkaren.⁵⁹

Sjukskrivning och rehabilitering

”Rehabilitering brukar användas som ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktat arbete som skall hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv. Rehabiliteringen har därför både ett medicinskt och ett socialt mål. Det för rehabiliteringen typiska är att åtgärderna medvetet inriktas på att kombinera och tidsmässigt samordna dessa mål.” (Höök 1988, s 19).

Höök menar att rehabilitering har både ett medicinskt och ett socialt mål och framhåller att det sociala målet innebär att det är patientens egna värderingar som avgör hur väl man lyckas med en rehabilitering. Det är också viktigt att patienten själv deltar i sin rehabilitering genom att ta ett eget ansvar för sin funktionsförmåga och sin situation.

När individen fått en diagnos och går sjukskriven, så kan hon efter en tid bli föremål för rehabiliteringsåtgärder. Dessa kan var medicinska eller bestå av andra åtgärder, exempelvis utbildning till annat yrke. Ett problem är att det finns många ansvariga instanser i *rehabiliteringsprocessen*: landstingen, kommuner, försäkringskassan, arbetsgivare och ofta är även arbetsförmedling och Arbetsmarknadsstyrelsen inblandade. I vissa fall kan en individ samtidigt stå i kontakt med flera olika myndigheter och dessutom ha kontakt med flera olika professionella aktörer på varje myndighet.⁶⁰ En grundläggande fråga handlar då om målet för rehabiliteringen, ska individen rehabiliteras för att hennes egna problem ska lösas eller för att

⁵⁸ Det kan förstås mycket väl vara ett relevant svar vid medicinskt påvisbar sjukdom.

⁵⁹ Jfr ”symbolisk interaktionism”. Den sociala verkligheten är subjektiv och kan uppfattas på många sätt. Om flera människors subjektiva upplevelse liknar varandra antar upplevelsen en objektiv karaktär. Dvs. om en människa upplever sig som ”sjuk” och läkarens varseblivning av hennes hälsotillstånd överensstämmer med hennes egen, kan hon bli sjukskriven trots att tecken på sjukdom inte kan säkerställas rent medicinskt.

⁶⁰ Ett utförligare resonemang rörande rehabiliteringsprocessen finns i kapitel 4.

hon ska kunna återgå i aktivt förvärvsarbete (dvs. är det samhällets problem som ska lösas). En person som inte vill delta i vissa former av rehabilitering på grund av att hon kanske tycker att hon blir sämre av åtgärderna, kan exempelvis riskera att bli utförsäkrad. I sådana fall prioriteras kortsiktigt lösningen av samhällets problem.

Enligt Englund (1997) är långvariga sjukskrivningar ett folkhälsoproblem och rehabiliteringen kommer ofta igång för sent för att kunna återbörd patienten till arbetslivet. Ofta får man efter intensiva och kostnadskrävande åtgärder inse att det enda som återstår är förtidspensionering. Långvariga sjukskrivningar kan liknas vid en drog som läkarna måste vara försiktiga med så att dosen inte blir för hög. Läkarna måste vidare vara vaksamma inför ”biverkningar” som kan uppstå under behandlingstiden, dvs. riskerna med sjukskrivning är ibland större än nyttan. Han menar att man utifrån patienternas bästa ska försöka hitta den optimala sjukskrivningen.

”Att som läkare ha ålagts ansvaret för bedömning av rätten till sjukskrivning som bara är medicinska på låtsas samtidigt som man slipper ansvaret för de negativa effekterna på hälsan är ett dubbelspel med befolkningens hälsa och läkarens ansvar som inte leder fram till optimal hantering av sjukskrivningen”(Englund 1997, s 27).

Englund menar inte att en ”rent medicinsk” bedömning av graden av sjuklighet gör att man kommer närmare den optimala sjukskrivningen eftersom även den sjukaste ibland både vill och kan arbeta, medan den friskaste kan se sig som fullständigt arbetsoförmögen. Om den sjukskrivne tror att medicinsk rehabilitering har avgörande betydelse för den framtida arbetsförmågan, finns ofta en risk att prognosen för återgång i arbete försämras. Det sker framförallt som ett resultat av alltför lång sjukskrivning i väntan på ”just den rätte specialisten”, ”just den viktigaste undersökningen” eller ”den ende operatören som kan hjälpa mig”. Englund tror att man i yrkesrehabiliteringen ytterligare ska trycka på arbetsgivarens ansvar för sin anställda, eftersom en snabb återgång i arbete i allmänhet kan motverka de hälsovådliga effekterna av arbetsfrånvaro.

*Erfarenheter av rehabilitering av personer med långvarig smärta*⁶¹

Henriksson (1995) studie "Living with fibromyalgia" visar hur djupgående det dagliga livet förändras för människor som lider av långvarig smärta i form av fibromyalgi. På grund av smärtan så blir många aktiviteter svåra att genomföra och dagens tidsstruktur rubbas då de som lider av fibromyalgi måste ändra sina vanor och rutiner. Hon pekar också på motsättningen mellan patienternas egen upplevelse av sjukdomen och den bild de förmedlar till omvärlden. Hon poängterar vikten av att påbörja en rehabilitering tidigt för att stödja patienterna vid deras anpassning till de begränsningar som sjukdomen innebär.

Lilleaas fann i en studie (1994) att kvinnor med muskelsmärter ofta var mycket utarbetade men att de underrapporterade sina arbetsinsatser, eftersom många av deras insatser i familjen, exempelvis omsorgsarbete med egna barn eller gamla föräldrar, inte ansågs som "riktigt arbete". Lilleaas betonar vikten av att synliggöra vardagens trivialiteter, åtaganden och krav på att ställa upp, för att kunna diskutera vad som kan vara sjukdomsframkallande. Hon understryker hur viktigt det är att läkaren möjliggör för kvinnorna att berätta om sina villkor och möjligheter.

I en utvärdering av ett multidisciplinärt rehabiliteringsprogram⁶² vid en smärtklinik i USA fann man att förbättringar efter genomgången rehabilitering var mer beroende av hur patienten förändrar sitt tänkande om smärta än vad de ändrar i beteendemässig coping.⁶³

I ett primärvårdsbaserat Rehabiliteringsprojekt i Rinkeby med invandrare som var sjukskrivna på grund av smärta fick man resultat som visade att ökad träning, avslappning, vila och minskad analgetikakonsumtion inte var relaterade till förbättring (Löfvander 1997, ref. i Hamberg 1998). Sjukgymnastik, lugnande besked och psykosocial rådgivning var inte heller effektiva behandlingsmetoder. Om patienten däremot fick samtala om sina föreställningar om smärta så minskade patientens oro för smärtan

⁶¹ Avsnittet bygger på Hamberg (1998).

⁶² Rehabilitering där flera kunskapsområden samarbetar.

⁶³ Med beteendemässig coping menas att en person uppmärksammar sitt eget beteende i situationer som förknippas med smärta och därigenom försöker förändra dysfunktionella beteenden till mer ändamålsenliga beteenden (Peolsson 2000).

samtidigt som den subjektivt skattade arbetsförmågan och sannolikheten för återgång i arbete ökade. Dessa resultat ifrågasätter den fokusering på aktivitet och träning som är typiska för rehabiliteringsprogram av muskuloskeletala besvär (Hamberg 1998)

Rehabilitering och hela livssammanhanget

Vid långvarig smärta är det således viktigt att inte bara fokusera smärtbehandlingen på fysiologiska kroppsliga mekanismer. Alltför kroppsligt inriktad smärtbehandling kan bidra till att dölja livsproblem som omedvetet förvandlas till smärta. Begreppet ”socialt välbefinnande” (Ellegård & Nordell 1997) ligger nära begreppet ”sociomatik” (Carlstedt 1992) och båda sätter fingret på förhållandet mellan individ och samhälle istället för att omformulera strukturella och samhällsliga orsaker till individuella psykologiska drag hos patienten.¹⁵ Många studier av personer som lider av trötthet och långvarig smärta (t. ex. Thomsson, 1995, Hamberg, 1999), visar hur viktigt det är att hjälpa personen till självkännedom och insikt. Att kunna ta itu med sina problem kan därför på lång sikt ge bättre smärtlindring än läkemedel. Självkännedom och självinsikt kan inte skrivas ut på recept, och kan inte som ett läkemedel, tillägnas från en dag till en annan. Det är en process som utgår från individens egna ansträngningar och den processen pågår hela livet. Processen kan dock stödjas och ges bränsle av omgivningen på många olika sätt. Därför förefaller det som om den viktigaste insatsen för rehabilitering till ett gott liv är att identifiera vilken sorts stöd som bidrar till självkännedom och självinsikt hos individer med långvarig smärta

Resultatet av Hambergs (1998) och Johanssons (1998) studier visar framförallt att man måste ta hänsyn till fler faktorer än de som rör arbetslivet när det gäller rehabilitering av personer med långvarig smärta.⁶⁴ Vi vet idag att även biologiska skillnader kan förstärkas sociokulturellt, det visar t ex Frankenhaeuser i sin forskning om hormoner och stress. Kvinnliga tjänstemäns nivåer av det farliga stresshormonet cortisol, ökade timmarna innan

¹⁵ Enligt Asplund (1983, s 55) är diskrepansen mellan individ och samhälle densamma som diskrepansen mellan individen och hennes roll, vilken i det här fallet skulle vara rollen som ex ”kronisk smärtpatient”.

⁶⁴ Detta betyder dock inte att faktorer i arbetet saknar betydelse för rehabilitering.

de skulle gå hem från jobbet, medan männens nivåer av samma hormon gick ner under samma period av arbetsdagen (Frankenhaeuser 1993).

Hamberg (1998) och Johansson (1998) försöker se kvinnors möjligheter ur kvinnornas egen synvinkel. De visar att patient – läkarrelationen är makt-assymmetrisk oberoende av läkarens kön. Läkaren har ett tolkningsföretade som kvinnor förhåller sig till och de anpassar sina berättelser om sina problem till detta. En kvinna kan t ex inte säga till en kvinnlig läkare att hon inte vill arbeta, för jobbet är dödstråkigt och enahanda och hon tror att det är viktigt för barnen att hon är hemma hos dem medan dom är små. Då klarar hon inte” lindansen” utan blir misstänkliggjord som arbetsskygg, dessutom riskerar hon att ifrågasätta läkarens värderingar som professionell och kanske också mor. För att få legitimitet genom en medicinsk diagnos betonar kvinnan ofta fysiska detaljer kring sjukdomen som har relation med arbetslivet medan hon känner att tal om psykosociala aspekter och vardagens trivialiteter till och med kan försämra hennes utsikter.

Flertalet av de kvinnor som Hamberg (1998) och Johansson (1998) intervjuat, har låg utbildningsnivå och är familjeorienterade på så vis att de till exempel ofta arbetar deltid eller natt för att arbetet inte ska märkas så mycket hemma.⁶⁵ En annan viktig faktor är att många kvinnor arbetar i yrken där de utövar traditionellt kvinnliga sysslor till låga löner, dvs. sysslor som de även utför hemma. Med det följer också att många har dålig ekonomi. I bästa fall ger arbetslivet dem en social gemenskap. Dessa kvinnors äktenskapskontrakt står ofta i konflikt med möjligheterna till rehabilitering, och det händer att kvinnor i den här gruppen varit och är utsatta för våld i sina nära relationer. Hochschild (1989) har iakttagit att kvinnor i äktenskap med en traditionell arbetsfördelning blir sjuka oftare än kvinnor i mer jämlika förhållanden. När de blir sjuka följer de ett speciellt mönster. De insisterar på att varje uppgift i hemmet är deras och arbetar heroiskt tills de slutligen blir sjuka av utmattning. När kvinnans sjukdom stoppar henne från att arbeta så måste mannen att rycka ut i den nödsituation som uppstår. När sedan kvinnan återhämtat sig, kastar hon sig ut i arbetet igen med samma frenesi och bli sjuk igen. Att bli sjuk kan på så sätt vara ett sätt för kvinnan att genom en indirekt strategi (omförhandling av roller) få något som jämlika kvinnor får genom en direkt strategi – att maken bidrar till hemarbetet.

⁶⁵ Jämför arbetarlivsform hos Höjrup (1995), Friberg (1990)

Om symptom och sjukdomar uppstår som resultat av tung arbetsmiljö, dålig mathållning, brist på pengar eller sociala relationer som inte fungerar, kan lindring, men knappast någon varaktigt lösning på problemet, nås genom sjukgymnastik, järntabletter och sjukskrivning. Om läkare negligerar områden som ligger utanför det rent medicinska innebär det samtidigt en sanktionering av sociala orättvisor och förtryck och att sjukdomars psykosociala orsaker omdefinieras till att bli individuella problem hos patienten. Som följd av detta förhållande varnar Hamberg (1998) och Johansson (1998) för begreppet psykosomatik eftersom det ofta innebär att strukturella och samhälleliga orsaker till ohälsa omformuleras till psykologiska drag hos patienten.

5.3 Prövning av 4M-metoden

”Värkmästarn” – deltagare, kursuppläggning och data

I fallstudien ”Värkmästarna” har långtidssjukskrivna kvinnor arbetat med 4M-metoden inom en kurs som heter ”Från vanmakt till egenmakt. Bli din egen värkmästare”.⁶⁶ Syftet med kursen var att hjälpa deltagarna att skaffa sig egenkontroll över sina vardagliga aktiviteter och därmed öka sin livskvalitet. En utgångspunkt är att egenkontroll *ger* energi som kan användas för att komma vidare och ersätter känslor av hjälplöshet som *tar* energi.

Jag har följt och studerat kursledarens arbete med kursen, genom att studera dokument och material, jag har haft kontinuerlig kontakt per telefon och gjort två intervjuer med henne, en bandinspelad intervju efter halva kurstiden och en telefonintervju efter kursens slut. I samband med kursens slut har jag också intervjuat deltagarna som ett led i utvärderingen. Ett drygt år efter kursslutet gjorde jag en uppföljning och intervjuade då deltagarna på nytt.

⁶⁶ Kursen genomförs av ett företag som arbetar med personalutveckling och kursen är beställd av försäkringskassan.

Deltagare och kursuppläggning

Urvalet av deltagare skedde genom att försäkringskassan gick ut med en inbjudan till ett informationsmöte om den planerade kursen. Inbjudan ställdes till kommunanställda som var sjukskrivna med diagnosen fibromyalgi och/eller långvarig smärta. Från början planerades en kurs med ca åtta deltagare, men intresset var stort och sexton personer ville efter informationsmötet vara med, så man fick dela kursen i två grupper med åtta deltagare i varje.

Av de sexton personer som skulle börja utbildningen blev en sjuk i samband med kursstart och en fick akuta problem i familjen och måste prioritera dessa framför sig själv. Tolv av de fjorton kursdeltagarna skrev vid kursstarten ett avtal med mig om att de gick med på att delta i mitt forskningsprojekt och att bli intervjuade efter kursens slut. Naturligtvis garanterades de fullständig anonymitet. En av de tolv deltagarna flyttade innan kursen tog slut så elva personer fullföljde kursen. Vid det första intervjutillfället direkt efter kursens slut intervjuade jag således dessa elva personer som en del i utvärderingen. Vid uppföljningsintervjun, ett år efter avslutad kurs, fick jag möjlighet att intervju sex av de elva deltagarna.

Deltagarnas bakgrund

Vid kursstarten var alla deltagare helt eller delvis sjukskrivna eller hade sjukbidrag respektive socialbidrag. Deltagarnas ålder låg mellan 31 och 53

Ålder	30-39	40-49	50-59
Antal	4	3	4

Högsta utbildning

Folkskola		1	3
Grundskola	2	2	
Gymnasium	1		1
Högskola	1		

Status vid kursstart

Sjukskriven 25%-50%		1	1
Sjukskriven 50%-	2	1	1
Sjukskriven 100%	1	1	1
Sjukbidrag 100%	1		
Socialbidrag 50%			1

Tabell 5.1 Ålder, utbildningsnivå och sjukskrivning/sjukbidrag för deltagarna i "Värkmästarna".

år och endast en i gruppen hade högskoleutbildning. Deltagarna arbetade eller hade arbetat som exempelvis: kokerska, frisör, sjukvårdsbiträde, kontorist och förskollärare.

Kursuppläggnin

Kursen pågick under tre vårmånader, mars t o m juni 1999, båda grupperna schemalades parallellt. Kursen var upplagd på tretton tillfällen och pågick under ca tre timmar varje gång. Kursledaren situationsanpassade arbetet efter vilka personer och vilka grupper hon arbetar med, därför tycker hon att åtta personer i varje grupp är ett maximum för att kvaliteten på kursen ska kunna bibehållas. Eftersom många kursdeltagare skulle kombinera kursen med sitt arbete på deltid, träffades båda grupperna tillsammans första gången. Deltagarna i båda grupperna lärde då i viss mån känna varandra, vilket skapade en vi-känsla. Detta gjorde att deltagarna vid behov kunde byta grupp och ändå känna sig tillhöriga.

Kursen lades upp med målet att pröva om 4M-metoden kunde ge struktur åt ordinarie kursverksamhet. Kursledaren brukar inte forska i deltagarnas historia innan hon träffar dem. Hon ville inte ha någon förförståelse utan deltagarna fick själva berätta om sitt liv när de kom till kursen. De har också bland annat arbetat med sin arbetshistoria, respektive sjukdomshistoria inom kursens ram. Kursledaren arbetar på temat att vända synen på sig själv ”från att vara offer till att bli aktör”. Hon arbetar mycket med att få människor att finna saker som ger dem glädje och som gör livet värt att leva. Speciellt på mindre orter finns en stark social kontroll och som sjukskriven får man inte verka pigg – ”då säger folk att du som är så pigg kan väl gå och jobba”. Hon har också lagt märke till att sjukskrivna kvinnor ofta sköter all marktjänst hemma. Det betyder att de är lika uppbundna som om de hade ett arbete. Försäkringskassan kan då hävda att de är ”arbetsföra”.

Den tidsgeografiska arbetsmodellen i kursen ”Värkmästarna”

Kursen är upplagd så att 4M-metoden utgör en grundläggande struktur för kursen som helhet (jfr kursschemat i fig. 5.1). Kursaktiviteter som inte är anknutna till 4M-metoden anpassas och läggs in i 4M-metodens struktur. Efter kursintroduktion (träff 1) introduceras dagboken och lämnas ut (träff 2). Den skrivs och lämnas in (träff 3). Dagböckerna datorbearbetas av

Träff 1	<u>Introduktion</u> Presentation av innehåll, omfattning, tider, metoder och vilka vinster kunskaper om smärta och smärtlindring faktiskt ger. Motivation. Teambuilding. Mål
Träff 2	<u>Det finns hopp</u> Vikarierande hopp – om människor som befunnit sig i liknande situationer och som kunnat förändra sitt sätt att se på värk och smärta. Introduktion av utbildning i muskulär avslappning. Introduktion av dagboken.
Träff 3	<u>Du är inte ensam</u> Du är inte ensam om din verklighet. Många svenskar har värk/smärta, då och då, som påverkar det dagliga livet i hög grad. Är smärta till och från normalt? Uppföljning träningschema, avslappningsutbildning. Inlämning av dagbok. Hur har det gått? Hur kändes det?
Träff 4	<u>Orsaker till värk/smärta</u> Hur brist på diagnos/förklaring av vad smärtan kommer ifrån påverkar tillfrisknandet. Vad kan vi göra åt detta? Uppföljning av träningschema. Introduktion mental avslappning.
Träff 5	<u>Individuell genomgång av dagbok nr 1</u> (två tillfällen, 4 deltagare/2 tim per dag) med ÄR-läge och VILL-läge: Vill jag ändra på något? När? Var? Hur? Hemläxa till träff 6.
Träff 6	<u>Konsekvenser av att leva med långvarig värk och smärta.</u> Bitterhet, skuld, skam, ensamhet kan skapa en inre konflikt som försvårar tillfrisknandet. Uppföljning av ÄR- och VILL-läge. Överenskommelse om förändring med kontrakt. Fortsatt utbildning avslappning: Självbilda- och målbildsträning.
Träff 7	<u>Utredning av en individ med värk och smärta</u> Hur ser din sjukdomshistoria ut? Har du en diagnos? Har du upplevt förståelse i dina kontakter med vården, försäkringskassan eller andra myndigheter? Steg 2 i avslappningsutbildning. Smärtlindring.
Träff 8	<u>Behandling av en individ med värk och smärta.</u> Förstår du varför du fått just den behandling du har fått? Vilka förväntningar hade du på behandlingen? Ansvarsfördelning? Uppföljning i pågående träning i att ta makten över vardagen.
Träff 9	<u>Att vara delaktig i behandlingen</u> Om energiläckage. Att få tag på viljan. Dina valmöjligheter. vem har ansvaret för att behandlingen lyckas? Fortsatt uppföljning av smärtlindringsbandet.
Träff 10	<u>Att ändra och förändras</u> Så här brukar jag göra! Om vanor och vanemönster. Att våga ändra och förändras. Dagbok nr 2 (för att mäta hur förändringssträvandena lyckats) Uppföljning smärtlindringsträning
Träff 11	<u>Att vara värkmästare</u> Att leva med sin värk. Lever du med eller emot den? Skillnaden mellan att ha en sjukdom och att vara sjuk. Inlämning av dagbok.
Träff 12	<u>Genomgång individuellt av dagbok nr 2.</u> (två tillfällen 4 deltagare/2 tim per dag)
Träff 13	<u>Steget vidare</u> Att återfå aptiten på livet. Att gå vidare – att utvecklas. Att se meningen och helheten. Din framtidsplanering, Uppföljning. Utvärdering, Avslutning.

Figur 5.1 Kursschema "Från vanmakt till egenmakt. Bli din egen värkmästare"

kursledaren och vid träff 5 görs individuella genomgångar av dagboken. Då kommer deltagarna fram till vad som är deras vardagliga ÄR-läge och börjar fundera på hur ett VILL-läge skulle kunna se ut. VILL-läget är det läge där personens egna nuvarande önskningar är uppfyllda. Till träff 6 får deltagarna fundera på vilka åtgärder de kan vidta för att ÄR-läget ska komma närmare VILL-läget. Vid träff 6 gör man ett avtal om vilka självvalda åtgärder som kursdeltagaren ska genomföra.

Åtgärdernas genomförande följs sedan upp under påföljande träffar. Vid träff 10 lämnas en ny dagbok ut. Den skrivs och lämnas in till träff 11. Vid träff 12 sker individuella genomgångar av dagbok nr 2 för att utvärdera hur det har gått och vad man har kommit fram till. Ligger deltagarnas nya ÄR-läge närmare det tidigare formulerade VILL-läget?

Övriga kursaktiviteter

Övriga aktiviteter som ingår i kursen är utbildning och träning i muskulär, mental och smärtlindrande avslappning. Man arbetar även med arbetsstil och analys av sätt att lära, med att effektivt kunna lösa problem, samt lära sig nytt. I gruppen funderar man också på vilket förvärvsarbete man bör ha för att komma till sin rätt och hur man går till väga för att lära sig något nytt på jobbet.

Deltagarna fick också skatta sin sociala kompetens, något som kursledaren menar att människor oftast underskattar. Kursledaren arbetar bara med självskattningsinstrument, dvs. inga tester som kan uppfattas som utifrån styrda.

Det svåraste momentet visade sig vara utbildning och träning i avslappning. Deltagarna hade svårt att avsätta de tjugo minuter om dagen som det tog att träna avslappning med hjälp av ett kassetband.

Dessa övriga aktiviteter kan naturligtvis ha påverkat 4M-metoden och man måste ha detta i åtanke vid en utvärdering. Samtidigt är det just så här som 4M-metoden är tänkt att tillämpas, dvs. som ett sätt att strukturera en rehabilitering där naturligtvis andra aktiviteter och behandling också ingår. Det

skulle således vara lika lite rättvisande att tillämpa 4M-metoden i en miljö där inga andra aktiviteter pågår.

Dagboksdata – bearbetade dagböcker

De dagboksdata jag har arbetat med är datorbearbetningen av de dagböcker som deltagarna skrivit vid två tillfällen under kursen. Originalen, de egenhändigt skrivna dagböckerna har jag inte haft tillgång till, eftersom de återlämnades till deltagarna direkt efter bearbetning och inmatning. Detta för att förstärka känslan av att dagboken är ett instrument för egenkontroll inte för kontroll utifrån.

Dagboksinstrumentet introducerades vid träff 2 och deltagarna ombads att skriva dagbok, helst under en veckas tid om de hade möjlighet till det. Sedan samlade kursledaren in dagböckerna och läste igenom dem noga. Hon valde därefter ut en eller två dagar från varje deltagare som hon bedömde var väsentliga och som kunde tillföra ny kunskap för respektive deltagare och som sade något om personen i något avseende. Det kunde till exempel vara att hon såg vissa samband mellan hur dagboksföraren mådde och vad hon gjorde dessa dagar. Hon kodade dagböckerna enligt kod-schemat och de kodade dagboksdagarna bearbetades sedan i dataprogrammet och grafer som åskådliggör dagarna togs fram. Några deltagare tyckte det verkade vara svårt och krångligt att skriva dagbok, medan kursledaren tyckte att deltagarnas dagböcker var lätta att koda och bearbeta. Några deltagare var avvaktande i början och tyckte dagboken gick in för djupt i privatlivet, men alla skrev dagbok och en av dem ändrade fullständigt uppfattning sedan. Ingen deltagare sa ”jag vill inte” och ingen kände sig tvingad att skriva. Men så hade de också gått med i kursen på frivillig bas.

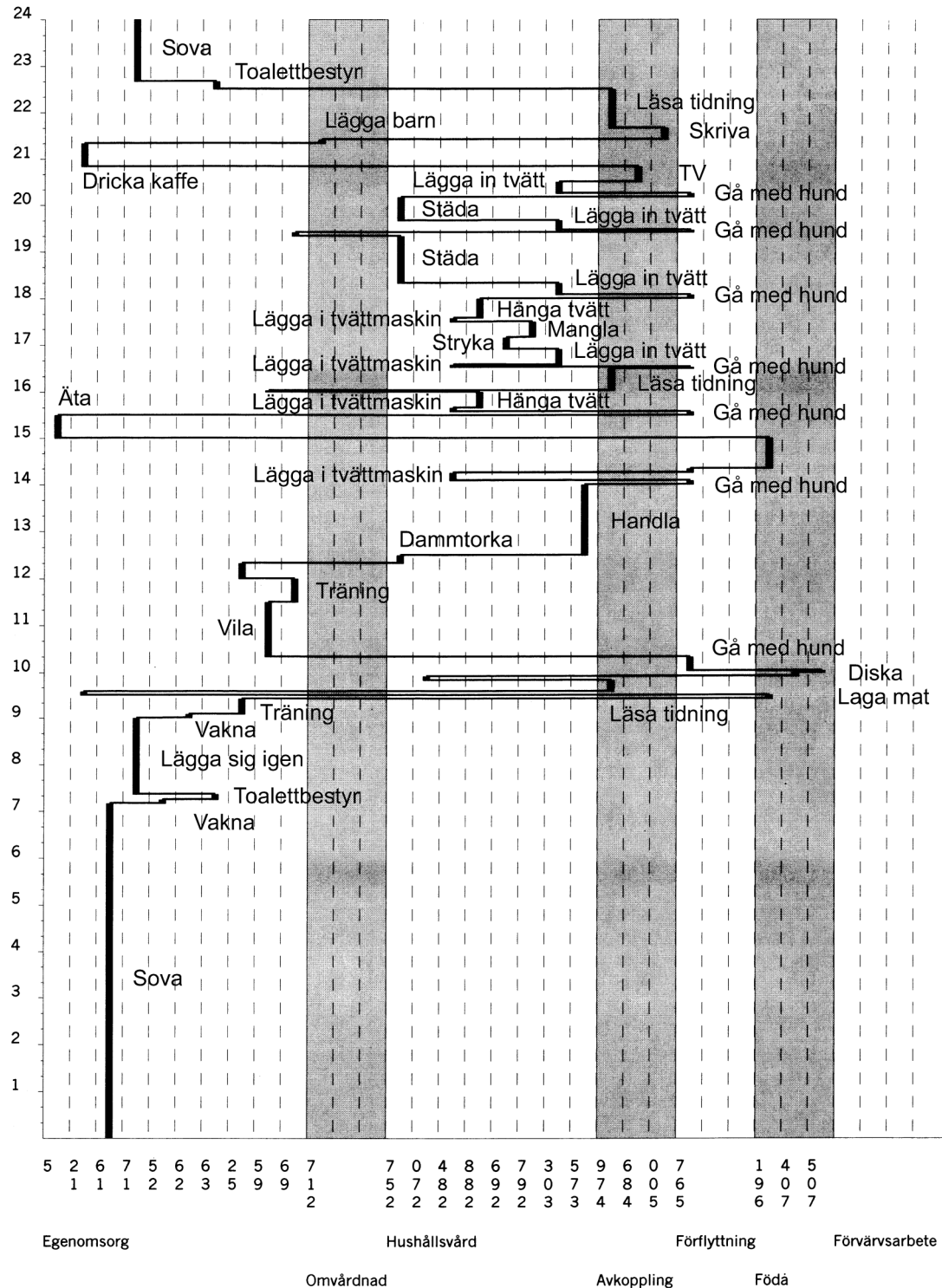
Kursledarens reflektioner efter att ha bearbetat den första dagboken. (efter träff nr 4)

”Det är så rörigt för folk med långvarig smärta och så insnärjt, de vet inte var det ena börjar och det andra slutar. Dom ser inte skogen för bara tränen.”

Kursledaren tyckte att deltagarna genom sina kommentarer efter första dagboken visar att de själva började förstå sin röra och därmed slipper hon

Grafen för Aktiviteter

Fig 5.2



Figur 5.2 Exempel på aktivitetsgraf för Y från första dagboksveckan.

Aktivitetsgrafens visar vardagssammanhanget med alla antecknade aktiviteter under en dag. Grafen skall läsas nerifrån och upp. Tidsaxeln, till vänster börjar kl. 00.00 och slutar 24.00 samma dygn. På den horisontella axeln anges aktiviteterna. Det här är en dag när Y utför många aktiviteter inom sfären "hushållsvård", framförallt att tvätta och ta hand om tvätten. De få aktiviteter som finns inom sfären 'avkoppling' är att läsa tidning, och se en stund på TV och skriva.

utifrån sin position tala om vad de ska tycka och tänka. Detta är ett första steg mot ökad egenkontroll.

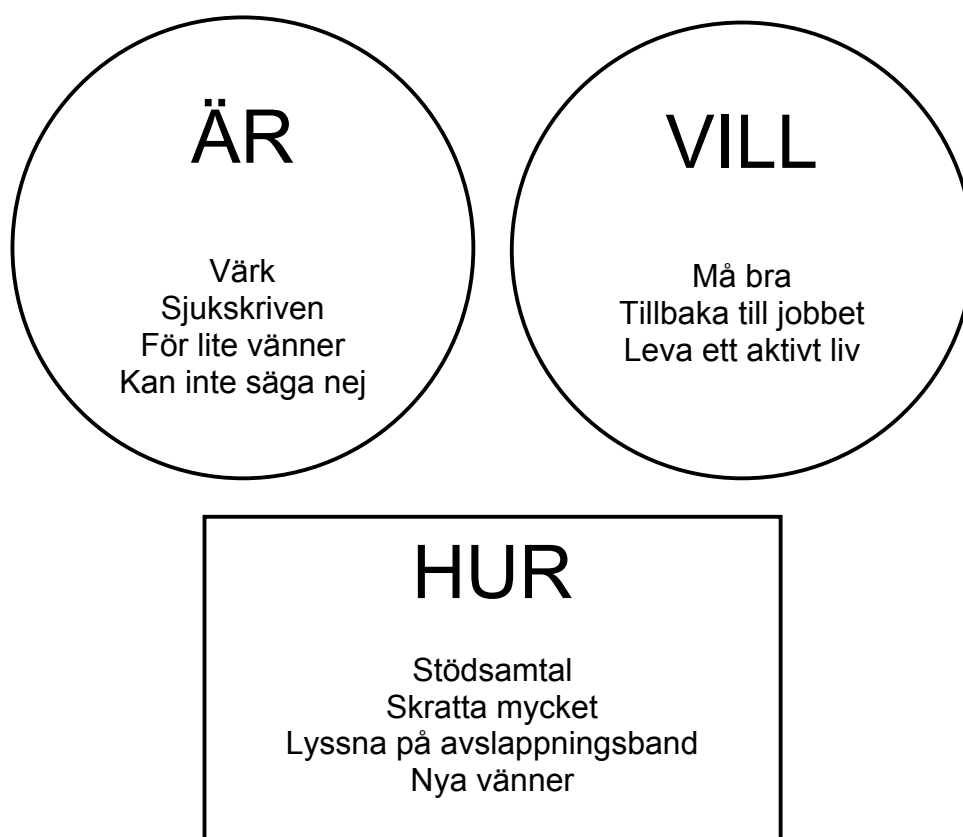
Efter kodning och bearbetning av dagböckerna såg kursledaren att de flesta ägnade sig väldigt lite åt avkoppling. Det var också deltagarnas egna reflektioner att de levde enahanda liv. ”Det är ju inte konstigt att jag inte har roligt.” De ägnade sig också lite åt egenvård, dvs. de pysslade väldigt lite med sin egen person fast de var sjukskrivna. Ibland var rökning den enda avkopplingen. Däremot lade de mycket tid på hushållsvårdande aktiviteter som t. ex. tvätt och städning.

En annan reflektion var att det sammantaget förekom sparsamt med social samvaro i dagböckerna, men kvinnor med skolbarn kände sig bra när de till exempel hämtade barn vid skolan, dvs. när de träffade barnen, deras kamrater och andra föräldrar.

Kursledaren hade svårt att urskilja något mönster, vad gällde fysiska besvär och sinnestillstånd, som var gemensamt för alla deltagare. En reflektion var dock att många av deltagarna hade svårt att beskriva sitt sinnestillstånd. Hon tror att de helt enkelt inte tänker på hur dom mår inuti. Många deltagare verkar ha svårt att skilja på hur de mår fysiskt och hur de mår psykiskt, dvs. kategorierna fysiska besvär och sinnestillstånd.

ÄR och VILL

När dagboksföraren hade sett på sina grafer tillsammans med kursledaren, så gick de först igenom hur vardagen ÄR och sedan hur deltagaren VILL att den ska vara. Kursledaren tog en sekreterarroll och noterade dagboksförarnas ÄR-läge och VILL-läge på en whiteboard, stort så att dagboksföraren skulle kunna se sig själv. Hon betonar för dagboksföraren att VILL-läget är en önskelista och noterar allt även om hon själv tycker att det nästan inte hör dit. Sedan läser kursledaren upp vad hon har skrivit ner och så diskuterar deltagaren och kursledaren kring VILL-läget. Sedan fick deltagaren i hemläxa att fundera på vad hon vill ändra enligt ”de små stegens filosofi”, dvs. man ska inte ha ambitionen att göra allt på en gång, utan börja med några få saker. Skälet till detta strategival är att det måste vara möjligt att lyckas och det är lättare att lyckas med någon eller några få saker åt gången.



Figur 5.3 Exempel på ÄR och VILL för Y i fallstudien "Värkmästarna"

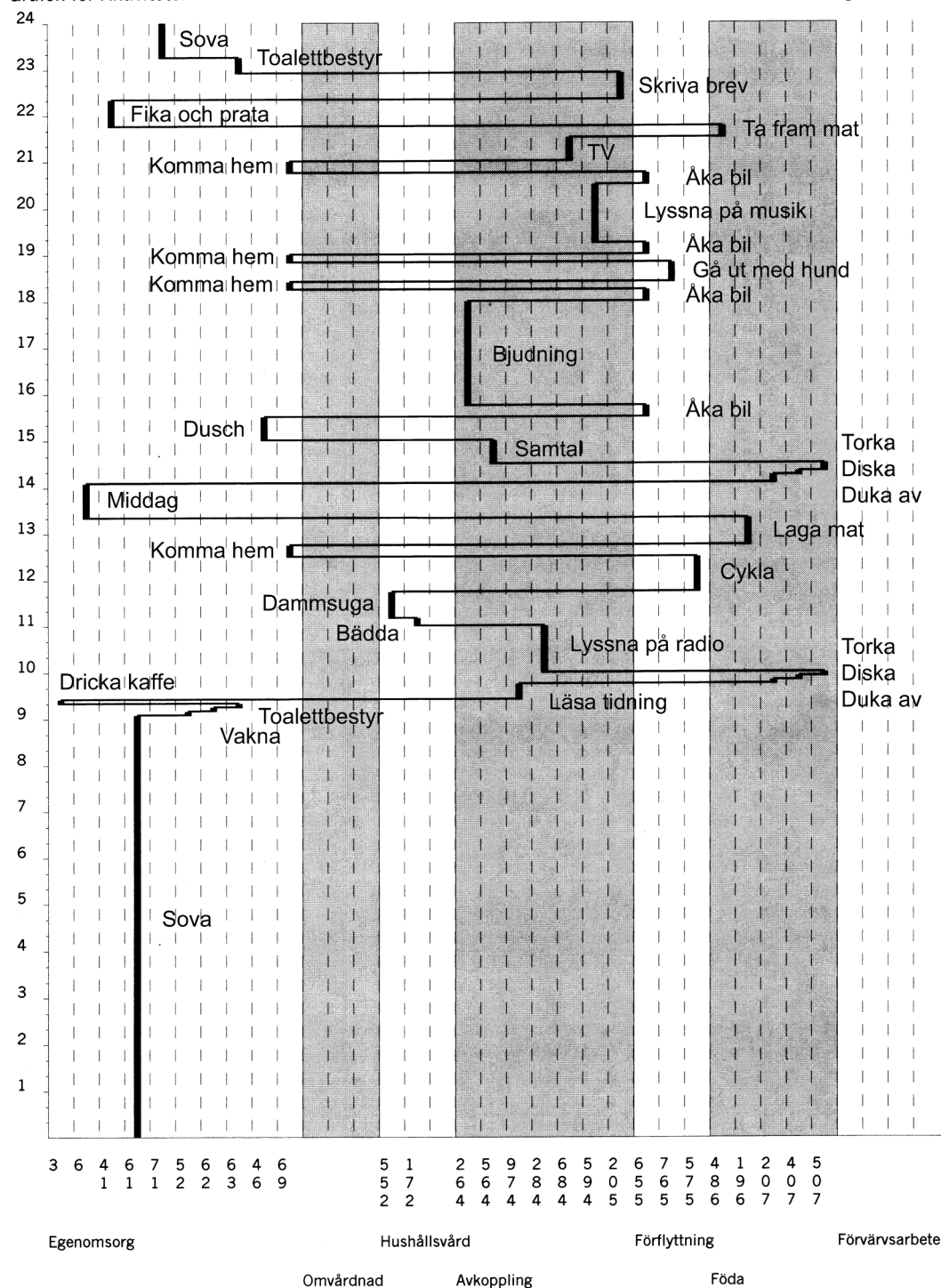
I de påföljande träffarna fram till dagbok nr 2 följde kursledaren upp ÄR och VILL-läget kontinuerligt så att dagboksförarna fick feedback på de åtgärder de genomfört och motivation att fortsätta. När en deltagare betat av en åtgärd i sitt förändringsarbete tog hon itu med något annat på sin egen lista. Avsikten var att det skulle bli en vana att ta itu med saker utan att ställa för stora krav på sig själva. Kursledaren betonar hur viktigt det är att dagboksförarna har stöd under tiden för förändringsarbetet så att inte vecka efter vecka får passera utan att de genomför någon åtgärd. Fungerar det inte med en åtgärd så är det bättre att gå vidare till någon av de andra åtgärderna som deltagaren själv har valt

Dagbok nr 2

Efter träff nr 10 skrev dagboksförarna en ny dagbok, träff nr 11 lämnade de in den och träff nr 12 gick kursledaren igenom den nya dagboken, bearbetad och i grafform, individuellt med varje deltagare. De flesta deltagarna tyckte att det var lättare att skriva dagbok andra gången och flera av dem kunde se förändringar i sina livssammanhangsmönster.

Grafen för Aktiviteter

Fig 5.4



Figur 5.4 Exempel på en aktivitetsgraf för Y från den andra dagboksveckan.

Aktivitetsgrafens visar vardagssammanhanget med alla antecknade aktiviteter under en dag. Grafen skall läsas nerifrån och upp. Tidsaxeln, till vänster börjar kl. 00.00 och slutar 24.00 samma dygn. På den horisontella axeln anges aktiviteterna. Den här dagen ägnar Y sig åt betydligt fler aktiviteter inom sfären för 'avkoppling' än under första dagboksveckan. Bland annat hör hon på radio, går på bjudning och lyssnar på musik. Däremot ägnar hon förhållandevis lite tid till 'hushållsvård'.

5.4 Resultat

Deltagarnas erfarenheter av att lida av långvarig smärta

Det här avsnittet bygger på intervjuer med deltagarna och redovisar delar av deras beskrivningar av sina livssammanhang. Intervjuerna ger en bild av hur deltagarnas livssammanhang sträcker sig i en biografi bakåt mot uppväxt och relation med föräldrar. Livssammanhanget sträcks också ut åt sidorna i nuet och omfattar bland annat hushåll och familj,⁶⁷ arbetsliv och naturligtvis de många relationer med aktörer inom sjukvård och försäkringskassa som smärtan för med sig. Det aktuella livssammanhanget fokuseras i redogörelsen, framförallt relationen till arbetsliv, vårdsektorn och familj. De flesta deltagarna tecknade slutligen ett önskat eller förväntat framtida livssammanhang.

Att utgå ur eller ingå i (arbets-) livet.

Många av deltagarna berättar att när de har ont så vill de bara dra sig undan och vara ifred. De tycker inte att de orkar med sociala kontakter. Det kan ses som en naturlig reaktion på smärtan, men det kan också grunda sig i att deltagarna bär med sig en djupt rotad föreställning om att ”när man är sjukskriven så måste man vila.” Man får knappt gå ut och man får absolut inte ha roligt eller visa att man har roligt eller vara positivt inställd överhuvudtaget. ”Är det tillåtet att ha roligt?”, frågade flera deltagare när de började arbeta med 4M-metoden ”Tänk om dom ser mig, tänk om dom anmäler mig?” Deltagarna märker vidare att när de dragit sig undan under en längre period blir det svårt att senare komma tillbaka till olika sociala sammanhang, såväl i privatlivet som i arbetslivet.

I intervjuerna framkommer att sjukskrivningssystemet fungerar för stelbent för några av deltagarna som lider av långvarig smärta. Det är inte bra för dem att försvinna från sin arbetsplats under för lång tid.

”Har man varit borta mer än en månad så är det svårt att komma tillbaka.”
(Intervjuomgång 1)

⁶⁷ Ett hushåll omfattar de individer som delar ett boende medan familj/släktskap inte alltid betyder att man bor på samma ställe.

En deltagare ger emellertid exempel på hur hennes handläggare visade insikter i den långtidssjukskrivnes problematik. Handläggaren på försäkringskassan uppmuntrade henne att gå till arbetsplatsen fast hon var sjukskriven, bara för att få veta vad som händer där. Hon har gått dit varje vecka på den gemensamma kaffestunden med information och även gått dit någon kväll då och då för att prata en stund och hålla kontakten. Av egen erfarenhet tycker hon att det är viktigt att gå till arbetet även om hon inte kan jobba: Man kan koka kaffe eller göra någon annan lätt syssla – ja, helt enkelt det man klarar av. Man ska inte vara portförbjuden på sin arbetsplats bara för att man är sjukskriven.

Deltagarnas erfarenheter av kontakter med försäkringskassan

Deltagarna har mycket olika uppfattningar om hur de har blivit bemötta av försäkringskassan. Myndigheten som helhet framträder för dem i gestalt av den eller de handläggare de har kontakt med och därför är det mycket betydelsefullt vilken kontakt man får och vilket förtroende man känner för sin handläggare. Många försäkringskassans organisation bygger på att olika handläggare har hand om olika klientgrupper. Det innebär att en person som omklassificeras från att ingå i gruppen ”vara sjukskriven med anställning” till att ingå i gruppen ”vara sjukskriven arbetslös” måste byta handläggare. Det verkar också som om olika handläggare har hand om olika åtgärder, t ex sjukskrivning respektive sjukpension. Det innebär att en sjukskriven person som blir aktuell för sjukpension måste byta handläggare. De som är missnöjda med sina kontakter berättar å ena sidan om hur de kämpat för att få sjukpension under lång tid men istället tvingas gå på socialbidrag eftersom de inte orkar arbeta, å andra sidan finns det dom som blir aktuella för sjukpension fast de absolut vill fortsätta arbeta. I båda fallen upplever man det som att myndigheterna utövar övergrepp och övermakt. De tycker inte att någon lyssnar på deras egna erfarenheter, upplevelser och insikter .

” Man känner att man måste vara väldigt tillmötesgående, annars avgör dom hela ens öde. Ja, men det är inte jag som bestämmer det, utan nu ska du vidare till den och den och sedan ska våran förtroendeläkare bedöma det. Det är viktigt hur man betar sig. Man måste vara medgörlig men inte för medgörlig, man måste vara ödmjuk, man får inte vara för drivkraftig för då är man självsvåldig. Dom kan ju säga till mig att du ska jobba heltid för det anser våra läkare och det kan inte jag och då innebär det att jag bara får halvtidslön.” (Intervjuomgång 1)

Deltagarna berättar också om all pappershantering som måste skötas för att de ska kunna få ut sina pengar. För att få bidrag måste formulär fyllas i och ofta är det bråttom annars blir det inga pengar den månaden. Beroende på vilken typ av bidrag som betalas ut är det olika betalningsintervall och det kan orsaka stora problem eftersom många av deltagarna har det mycket svårt ekonomiskt och inte klarar ens ett kortare inkomstbortfall.

Den stora skillnaden mellan deltagare som är nöjda med sina kontakter och de som är missnöjda är att nöjda personer har fått möjlighet att ha samma handläggare hela tiden eller under längre tid men att de missnöjda inte fått det. Kontinuerlig kontakt med en handläggare kan uppenbarligen skapa ett förtroende och man behöver inte känna den utsatthet och trötthet som uppstår av att ständigt berätta om hela sin sjukdomshistoria för alla nya människor man möter.

Deltagarnas erfarenhet av sjukvård och läkare

När deltagarna berättar om sina erfarenheter av sjukvård och läkare sker det ofta i samma andetag eller mening som man talar om försäkringskassan.

” Jag fick tala om vad jag tyckte, men det hjälpte inte, det är läkaren som har skrivit förslaget. Så jag måste väl gå till en annan läkare, men det är också jobbigt att hålla på att springa från den ena till den andra. Sedan har jag bett att få komma till ett av dom där hemmen men det har jag inte heller fått. En del bryr dom sig inte om helt enkelt.” (intervjuomgång 1)

Citatet visar hur den här kvinnan av något skäl misslyckas i sin kommunikation. Hon upplever att man inte bryr sig om henne. Hon tycks inte vara tillräckligt ödmjuk eller medgörlig, eller lagom drivkraftig. På något sätt inser hon själv att hon inte kan den kommunikationskod som skulle berättiga henne till sjukpension. Samtidigt som andra personer med långvarig smärta som ur hennes perspektiv mår bättre eller lika bra som hon själv har fått det utan problem.

En annan kvinna berättar om hur skönt det var att få sin diagnos ”reumatisk sjukdom”

..” för alla vi som har den här typen av värksjukdomar har slussats inom sjukvården hitan och ditan och har gärna fått en känsla av att ingen tror en. Jag jobbade då i en verksamhet där jag inte kunde fortsätta för jag klarade inte av alla rörelser som jobbet krävde längre.” (intervjuomgång 1)

Hon anser också att arbetssätt som liksom 4M-metoden strävar efter att se och behandla hela människan i sitt livssammanhang, gör att man slipper en känsla av att storebror tittar ner på den lilla människan som fortfarande är förhärskande inom sjukvården.

”Jag tror hela ens syn förändras när man märker att sjukvården bryr sig om och då kan vi bry oss om dom tillbaka. Det handlar om att ta och ge hela tiden...” (intervjuomgång 1)

Att hjälpa andra: Om deltagarnas bundenhet till sociala relationer

Många av deltagarna berättar att de ”passar upp” och tar stort ansvar för gamla föräldrar. För flera av dem har några av åtgärderna inom 4M-metoden handlat om att begränsa sådana aktiviteter. En kvinna besöker till exempel sin senila förälder på ett sjukhem varje dag även om föräldern inte verkar medveten om att dottern hälsar på. När dagboken hade skrivits och hon blivit observant på sitt aktivitetsmönster så blev hon också medveten om hur stressigt det kändes att gå iväg på besök varje kväll efter arbetsdagens slut.

För några deltagare handlar det om att säga nej när föräldrar ber om tjänster som deltagarna egentligen inte vill eller orkar utföra. Det kan helt enkelt vara så att deltagarna aldrig har reflekterat över att det går att säga nej när andra människor ber om hjälp både på arbetet och i privatlivet.

”Jag är engagerad i en styrelse och hjälper goda vänner när de behöver hjälp med att skriva, jag har alltid tyckt om att skriva, överklaga och annat, då ställer jag upp helt ideellt. Det är så svårt att säga nej och så blir det som en lavin som bara rullar på hela tiden.” (intervjuomgång 1)

” Jag har varit ensam tjej på jobbet i 20 år. ”Tror du att du kan hjälpa mig med detta?” I början var det ju inte alls den stressen så jag hann med. Sedan syns ju inte min sjukdom på mig.” (intervjuomgång 1)

Den här kvinnan är sjukskriven på halvtid men har trots det fått en ökad mängd arbetsuppgifter på jobbet efter hand. Läkaren vill sjukskriva henne helt men då tror hon inte att hon klarar att komma tillbaka igen. Eftersom ingen gör hennes jobb under tiden föreställer hon sig att högarna med ärenden bara växer. Hon har samlat en kunskap under många år som ingen annan på kontoret har och som det tar tid att överföra till någon annan.

Metodens måluppfyllelse för deltagarna

Det här avsnittet avser att besvara frågeställningarna som handlar om huruvida 4M-metoden uppfyller målen och det baseras på intervjuer med deltagarna och på deras datorbearbetade dagböcker. Det yttersta målet med 4M-metoden är att deltagaren ska ta makt över sin egen vardagstillsvaro. Då krävs att de kan distansera sig till sina vanemönster, bli medvetna om sina livssammanhang och att de genom att identifiera sina dolda möjligheter kan förändra sitt livssammanhang i en positiv riktning.

Att få distans till sina vanor och upptäcka tidigare dolda möjligheter

Kursledaren ser tydligt i sitt praktiska arbete att personer som arbetar enligt 4M-metoden upptäcker tidigare dolda möjligheter. Metoden innebär att det startar en process i människor. De ser de många småttigheter som hindrar dem från att tänka i nya banor. Hon tycker att det är den enda metoden som hon hittills har stött på som är så pass enkel och ändå ger omfattande utslag.

Efter att ha skrivit den första dagboken tyckte många av deltagarna att de fick överblick över hur mycket de egentligen gjorde varenda dag och några tyckte att man skulle fortsätta att skriva dagbok med jämna mellanrum.

Majoriteten av deltagarna reagerade på att de tyckte att det såg ut som om de hade ett så tråkigt liv. En av dem formulerade det så här:

” Det var detsamma varje dag, stiga upp, läsa tidningen, diska, bädda, dammsuga ... ”(intervjuomgång 1)

Några reagerade på att de faktiskt gjorde så många saker och träffade så många människor varje dag. En enda tyckte att hon levde ett bra liv och hade det bra i jämförelse med många andra, men det skulle hon å andra sidan aldrig våga säga så försäkringskassan hörde det.

”Det är väl att man fått upp ögonen för vad man gör. Man tänker ju aldrig utan bara gör saker för att det ska göras. Man sätter sig aldrig ner för att verkligen kolla in vad det är man håller på med. Jag tänker efter mer och mer vad det är jag håller på med.” (intervjuomgång 1)

” Det är värdefullt att få den här kicken det puttar på en och talar om att man har möjligheter som man kanske inte själv ser. Man såg ju faktiskt i dagboken att man gjorde mycket mer än man trodde, kanske saker som är av positivt värde för en, men man tänker inte på det när man gör det, det bara rullar på. Man kanske skulle försöka göra lite mer av det positiva. Skita i att stryka och gå ut med hundarna lite mer. Och det tror jag att jag har kommit till insikt om. Det är många som sagt åt mig att du är en idiot som står och stryker. Det behöver dom inte säga, det vet jag ju själv. Här finns det på papperet, här mådde jag ju bättre än jag gör där, varför gör jag inte mer av det då?” (intervjuomgång 1)

” ..det är många moment man inte har tänkt på. En tjej sa att jag visste inte att jag var så inrutad på att städa. Hon hade inte tänkt på att det var så. Likaså att man håller på och gör många saker utan att ta pauser och vila.” (intervjuomgång 1)

Majoriteten av deltagarna fick aha-upplevelser efter att ha skrivit dagboken och studerat och diskuterat graferna tillsammans med kursledaren. Några deltagare tyckte att grafen inte tillförde något utöver den skrivna dagboken, men de flesta tyckte att det visuella åskådliggörandet gav en ytterligare dimension. Flera deltagare beskriver det som att de fick en tankeställare och blev på så vis tvungna att låta tankarna gå i nya banor.

Att komma över hjälplöshet och oförmåga att påverka sin situation

Kursledaren säger att när deltagarna ser sin dagbok och sina grafer kan de se fallgroparna och hur de ofta låter sig styras av familj och arbetsgivare. Med dagbokserfarenheten blir det tydligt att de ställs inför ett val. Ska jag göra något åt det eller ska jag strunta i alltihop? Dessutom blir det tydligt att det kanske egentligen inte är så stora saker som de måste ändra på. Det

kan vara deras omedvetna prioriteringar som utgör problemet och då handlar det inte bara om jobbet.⁶⁸

Deltagarna blir medvetna om hur de brukar hantera problem i livet och inser att de faktiskt kan påverka sin livssituation själv. Kursledaren bedömer att 4M-metoden går att använda tillsammans med alla människor som har kört fast på något sätt.

Nästan hälften av deltagarna hade aldrig tänkt på hur de ville att livet skulle vara innan de började med 4M-metoden. Sex dagboksförare tyckte att de såg skillnader mellan första och andra gången de skrev dagbok. Fem kunde inte se några direkta skillnader i dagboken. Däremot så tyckte nio deltagare att de hade haft nytta av dagboksskrivandet för egen del medan två inte tyckte att de hade någon nytta av det.

” Jag hade blivit mycket gladare och mer positiv till allting. Jag hade nästan ännu mer kontakt med folk. Man blir mer medveten om sin sinnesstämning när man tittar på kartan första gången så man kan styra den lite mer själv. Sen har vi ju jobbat vidare i kursen och jag har nog accepterat min sjukdom mer. Det går faktiskt att leva ändå. Läkarna och alla vill att man ska göra vissa saker men jag har kommit till att stopp nu får det vara nog, dom kan aldrig sätta sig in i hur jag mår. Just det här att gå till en läkare varannan månad och sedan är det ändå ingen som vet vad man ska göra med mig.. ” (intervjuomgång 1)

”Det märks i den andra dagboken att jag har slagit av på takten och prioriterar mer, det lärde jag mig i den första dagboken.” (intervjuomgång 1)

”Nej, dom är ganska lika faktiskt. Det var nog mer att jag satte mig och tittade på tv en stund eller läste. Jag har sett samband mellan vad jag gör och när jag har ont för vissa dagar är man mer orörlig så man kan inte göra det man egentligen borde, slow motion.” (intervjuomgång 1)

”Ja, som dagsläget är sedan vi gjorde det första gången så har jag vilat mer. Jag har t ex kommit hem från jobbet och sagt att jag går och lägger mig en stund.” (intervjuomgång 1)

⁶⁸ Det uttrycks som ”...bara gör saker för att det ska göras”. Ur citat s. 119. ”...det bara rullar på...” Ur citat s. 120.

”Ja, det är väl det att man kan se vad man kan ändra på för att må bättre. Att det finns ljusbilder i vardagen, det tycker jag att jag ser som något mycket positivt.” (intervjuomgång 1)

”Det är att man har lärt sig att bli mer öppen med sig själv. Klarar dom inte att få höra det här från mig då får det vara. Det har jag inte kunnat innan. Det är petitesser om man är frisk men om man inte orkar hålla på så..” (intervjuomgång 1)

”Det gäller ju att se möjligheterna istället för att säga att det inte går. Så har inte mina tankegångar gått tidigare. Nu motarbetar jag ingenting förrän jag sett att det inte fungerar.” (intervjuomgång 1)

De flesta deltagare kände sig kavatare efter att de hade arbetat med 4M-metoden. Den största insikten har varit att man ser att resultatet av livet kan förändras beroende på om vad man själv väljer att göra och att den tidigare mer passiva och ”hjälplösa” situationen också var ett slags val, om än omedvetet. Det innebär inte att smärtan försvinner och att man blir frisk, men man kan erövra en viss makt och förmåga att påverka sin situation genom att välja aktiviteter som man mår bättre av, att tala om vad man tycker och att skydda sig själv mot de situationer som man har märkt är ogynnsamma för ens hälsa.

Att bli medveten om sitt livssammanhang

Före kursen hade deltagarna bara känt att de inte mådde bra, men när de hade skrivit dagbok blev många mer medvetna om vad det berodde på. De flesta deltagare blev medvetna om att de hade för lite tid för sig själva och för lite roligt. De tjänade ofta någon annan, man, barn, gamla föräldrar, arbetsgivare eller arbetskamrater och sysslade på så vis med andras behov och nästan inte alls med sina egna. De gjorde få saker som kändes utvecklande för dem själva och de drevs av outtalade inre krav på hur ”det ska vara” och vad de ”ska göra”.

”Efter andra dagboken stressade jag lika mycket på jobbet fast jag hjälper inte så många längre utan jag säger var grejerna finns istället. Men jag hade ändrat hemma, jag besöker min far som är dement en gång i veckan och behöver inte tänka på det när jag gör andra saker.” (intervjuomgång 1)

” Nu när folk frågar säger jag: - Jo, det är bra. Och då kommer jag ifrån samtalsämnet, det är inget att snacka om. Jag har smärtan det vet jag och sedan får det vara bra.” (intervjuomgång 1)

” Vissa perioder är jag jättedålig men jag försöker gå till jobbet ändå och så säger jag att jag är dålig på jobbet och då tar dom hänsyn till det. Vi är en bra grupp, som kan tala med varandra rakt ut, annars är det lätt att tänka jag orkar inte jag stannar hemma.” (intervjuomgång 1)

”Först sa jag nej till mamma när hon bad mig om hjälp. Hon var inte van att få nej av mig så vi lade bara på luren och jag mådde dåligt. Sedan ringde hon efteråt: ’- jaha betyder det att man får nej till allting nu då? Jag mår dåligt.– Jaa mamma men det gör jag med.’ Och då la hon på luren igen. Men varför ska jag hjälpa andra när jag inte orkar med mitt eget? så har jag alltid gjort. Sedan klarade hon det faktiskt själv.” (intervjuomgång 1)

” Jag tar nog livet mer med en klackspark nu. Jag oroade mig väldigt mycket för framtiden innan. Det gör jag inte idag, det löser sig på något sätt och vis.” (intervjuomgång 1)

”..så att man kan väl säga att jag har fått lite mer känsla och vetskap om mig själv. Det är upp till oss kvinnor själva att inte utplåna oss. Utplånar vi oss så ser ju inte omgivningen oss heller ju.” (intervjuomgång 1)

Kursens namn: ”Från vanmakt till egenmakt. Bli din egen värkmästare” implicerar att en person som genomgått kursen ska kunna hantera sin smärta annorlunda än innan. Många deltagare beskriver hur smärthanteringen har att göra med att de börjar acceptera att de faktiskt har den här smärtan och att det är dags att sluta vänta på att någon annan ska trolla och göra en bra från den ena dagen till den andra. Därför svarar cirka hälften av deltagarna att smärtan kommer och går som förut.

Däremot beskriver flera av deltagarna hur de har gått in i processen att börja acceptera sin smärta och därmed har de funnit vägar att hantera den. De känner att de i högre grad har tagit makten över sina egna liv och mår på så vis psykiskt bättre, vilket indirekt medför att de hanterar sitt eget beteende kring smärtan på ett annat sätt än tidigare.

Att förändra sitt livssammanhang

Kursledaren säger att när deltagarna individuellt fick sätta upp sitt VILL-läge i samtal med henne så räknade alla upp väldigt många saker som de ville förändra och det var saker som ofta var genomförbara. Efter kursen har alla genomfört några åtgärder. Många går hem efter jobbet idag och lägger sig en stund och tar hand om sin värk istället för att omedelbart köra på med hushållsarbete och sedan braka ihop. Deltagarna kämpar fortfarande med det de har bestämt sig för att göra. De har insett att det är deras tur nu.

Den största konkreta förändringen som deltagarna har gjort i sina liv handlar om städning och skötsel av hemmet. Det handlar om att de arbetar med att öka sin egen tolerans mot smuts och försöker städa mindre och om att de börjar att delegera hushållsarbete till familjemedlemmar och på arbetsplatsen delegerar de till sina arbetskamrater. Genom dagböckerna och graferna har de blivit mer medvetna om att den tid som de tidigare använde till städning kan utnyttjas på annat sätt. Skötsel av hemmet sammanfaller sällan med ett positivt sinnestillstånd och flera av deltagarna har insett detta och börjat koncentrera sig på att göra saker som de mår bättre av.

”Jag går ut med hundarna istället för att stryka och städa. Jag har fått inse att jag får tänka om mycket om jag ska kunna orka med mig själv. Men det är svårt att göra sig av med fixa idéer. När jag hängde upp tvätt tidigare var jag t ex tvungen att ha samma färg på klädnypona till samma plagg.” (intervjuomgång 1)

”Jag försöker ta det lite lugnare och det är inte lätt att lugna ner en som är van att göra 120%. Ibland när man har ett beteende eller en vana kan man nästan sakna den, det blir ett slags vakuum. Jag måste lära mig att göra saker som jag tycker är roligt för då släpper jag sådant som kanske någon annan lika gärna kan göra.” (intervjuomgång 1)

Nio deltagare tyckte att de hade genomfört några åtgärder. En deltagare anser sig inte ha genomfört några åtgärder och en svarade inte direkt på frågan. Några exempel på åtgärder var:

”Jag hade ramlat av hästen i galopp, så jag vågade inte galoppera. Att galoppera var mitt första mål och det har jag gjort. Sen är jag på gång med att hitta ett annat arbete. Det är svårt att få mer tid för mig själv och verkligen kunna vila.” (intervjuomgång 1)

”Joo, jag har kommit upp till VILL-läget nu. Jag hade ju med att jag ville säga ifrån och det kan jag ju nu och har fått mer självförtroende. Det enda som är kvar är ekonomin men annars har jag kommit en bra bit på väg. Vi satt ju här allihopa och pratade om vad vi ville och sedan har ju alla fått se vad vi vill. Jag hade skrivit att jag ville ha en semester och då sa X (kursledaren) att nu får du i läxa att gå till socialkontoret och tala om att du vill det. Bara för att jag skulle lära mig att våga och säga ifrån. Så tänkte jag att jag klarar det inte men så när jag kom upp där så...vips - så bara sa jag det. Han bara tittade på mig. ’- Jaja, vänta lite och kom in med ett papper. Här är en ansökan om fondmedel, ta den och skriv på den och skicka in den så får vi se om du får något.’ Jag gick till jobbet och skrev på data som jag aldrig gjort förut. Jag skrev om min sjukdom och min bakgrund och alltihopa och dan efter så var jag och lämnade det. Då sa X att du får femtio plus direkt och det kändes så skönt att jag vågat göra detta, ja det var störtskönt alltså. Jag hade frågat hur mycket man kunde söka. ’- Ja, dra på’, sa han. Så jag sökte 8000 kr men 1500 kr fick jag.” (intervjuomgång 1)

”Jag har jättesvårt att säga nej fortfarande men man har ju ÄR-och VILL-läget att gå efter så man tänker efter lite mer nu. Man måste ju sätta sina gränser men det är svårt och tar tid. Jag har aldrig kunnat neka.” (intervjuomgång 1)

”Jag är intresserad av siffror så jag sa att jag skulle börja med aktier och sådant. Jag ska försöka gå en kurs i höst och när man är begränsad på andra områden så kan det vara en glädje i det.” (intervjuomgång 1)

”Jag var ju tvungen att sålla och det har jag gjort. Jag fick många poäng när jag talade om att nu har jag sagt nej och nu har jag delegerat ut grejer. För jag vill helst göra saker själv för då vet jag att det blir gjort i tid och som jag vill ha det. Första gången på jobbet när jag sa nej så bara tittade dom på mig.” (intervjuomgång 1)

”Det var det här sociala, att träffa lite mer folk och ha lite roligt. Man får försöka tvinga sig även om man är jättetrött för man får så mycket tillbaka och annars kommer man in i en ond cirkel.” (intervjuomgång 1)

”Ja, det var det där nejjet som var viktigast och det har jag lyckats med. Fritidsintressen har jag. Tåla att se mina fönster smutsiga. Ta bort värken, tröttheten, satsa på att skydda mig själv.” (intervjuomgång 1)

Nästan samtliga som tyckte att de hade genomfört åtgärder som ledde till förändringar hade börjat säga ifrån, delegerat eller på annat sätt begränsat

sina åtagande gentemot andra människor i omgivningen. Flera deltagare beskriver sin egen förvåning när de sa – Nej! till andra människors krav eller önskemål första gången och hur det stärkte deras självkänsla. När deltagarna började sätta gränser och definiera vad de själva VILLE göra fick de mer energi och utrymme för aktiviteter som de upplevde som roliga och utvecklande.

Att tillämpa den tidsgeografiska arbetsmodellen

I det här avsnittet ska jag besvara frågeställningarna som behandlar den tidsgeografiska arbetsmodellen inom 4M-metoden. Det handlar om hur den fungerar i individuella rehabiliteringsplaner, för den långtidssjukt skrivne själv och hur det fungerar att använda den i behandlings-grupper. Avsnittet bygger på intervjuer med den professionelle kursledaren och deltagarna samt på vad som kommit fram i den kontinuerliga dialogen som jag har fört med kursledaren under projektiden.

4M-metoden för att utveckla individuella rehabiliteringsplaner

Erfarenheterna från kursens arbete med 4M-metoden ledde kursledaren till slutsatsen att den fungerar bra för arbete både individuellt och i grupp. Själva dagboken bör dock diskuteras individuellt och så att deltagarna sedan själva kan välja vilka delar av sin dagbok som de vill dela med sig av till gruppen. Kursledaren tycker att det är en stor fördel att arbeta med 4M-metoden som struktur för en sammanhållen kurs som även innehåller andra aktiviteter. Hon menar att det är viktigt för deltagarna att ventilera sina erfarenheter från dagboken med de andra deltagarna: Samtalet ger var och en mycket mer och eftersom alla har olika sätt att bearbeta och lära in så får man fler perspektiv på erfarenheterna. Deltagarna tycker att det är en stor fördel att kunna ge varandra tips, råd och stöd på vägen. Kursledaren menar att människor inte kan ta itu med sin rehabilitering om dom inte ser vad som är problemet och får möjlighet att bryta ner det i små delar. Ibland är inte problemet det man trodde från början. Hon menar att 4M-metodens processuppbyggnad gör att människor själva kan bedöma takten i rehabiliteringen. Ska jag göra något och i så fall vad, när och var?

4M-metodens funktion i behandlingsgrupper

Deltagarna i kursen har således arbetat i grupp hela tiden förutom vid den enskilda genomgången av dagboksgrafer och vid diskussionen om ÅR och VILL-läget. I gruppen har deltagarna fått bekräftat att andra människor lider av problem som de tidigare kände sig ensamma om. Det gör det lättare att uthärda de egna svårigheterna. Dessutom kan man beklaga sig inför människor som förstår vad man pratar om och få del av andras tips och lösningar. På så vis har man till exempel känt igen och skojat med varandras städmani och pedanteri i gruppen och berättat vad man själv har gjort för att stå ut med smutsiga fönster och golv.

”Ja, att träffa andra och att någon lyssnat på en för det är det aldrig annars. Jag skulle aldrig våga säga till försäkringskassan att jag har ett bra liv, dom skulle missuppfatta mig då, om man är sjuk så får man inte vara lycklig.” (intervjuomgång 1)

”Dagboken var ju det här med skillnaden mellan första och andra gången och kursen var att alla hade samma diagnos, få veta hur andra har det och lite om sjukdomen som man inte kunnat läsa sig till bl. a det här att man får lite dåligt minne, för jag har fruktansvärt dåligt minne och då kan man ju fundera på om det är början till demens.” (intervjuomgång 1)

” Jo, först fick man upp ögonen för vad man gör och allt man gör och sedan när man är i grupp så är det samma bekymmer för alla människor och så har vi haft någon som har hjälpt oss underifrån så att säga. Nu tycker jag att jag är ganska klarsynt själv men jag känner ändå att jag har fått uppbackning av allt det här. Det har varit lika roligt att gå hit varje gång.” (intervjuomgång 1)

Resultatet av intervjuerna med kursledaren och med deltagarna visar att det fungerar mycket bra att arbeta med metoden i behandlingsgrupper. Deltagarna tycker att all samvaro har varit positiv. Kursledaren tycker att en förutsättning för att en behandlingsgrupp är att människor vill vara med av egen fri vilja. Om man inte har något eget engagemang fungerar det inte bra och gruppstilliten förstörs. Resultatet bygger på tillit, ärlighet och tystnadsplikt. Samtliga deltagare tycker att de fått ut väldigt mycket av diskussioner i gruppen och de har på eget initiativ fortsatt att träffas efter avslutad kurs.

Frågor om prövning och värdering av arbetsmodellen

För att besvara frågeställningarna som rör hur det fungerar för professionella personer att arbeta med 4M-metoden i olika sammanhang har jag analyserat de dialoger och intervjuer jag gjort med kursledaren. Jag behandlar frågeställningarna utifrån aspekter som rör hur det är att lära sig 4M-metoden, hur den fungerar som ett professionellt arbetsinstrument, vilka krav den ställer på den professionelle och hur den fungerar när man ska samarbeta med kollegor.

För att lära sig 4M-metoden läste kursledaren boken ”Att byta vanmakt mot egenmakt” (Ellegård & Nordell 1997), flera gånger. Hon menar att om man vill lära sig metoden så att den kan användas på ett fruktbart sätt krävs det en vilja av den professionelle att satsa lite själv. Det duger inte att betrakta den som en metod för rent instrumentell tillämpning. Metoden innebar för henne ett annorlunda sätt att tänka än hon var van vid. Det tog tid och ansträngning att komma på principen för den kodning av dagböcker som måste göras för bearbetningen i datorprogrammet.

Kursledaren som har arbetat med datorprogrammet i både Mac och PC-version tyckte i början av kursen att det återstod en del tekniskt i PC-programmet. Det löste sig dock under kurstiden med nya programversioner.⁶⁹ Kursledaren försökte från början låta deltagarna själva skriva hur det ÄR och hur de VILLE ha det men det tog så lång tid så hon gick över till att själv agera som sekreterare och skriva ner vad dagboksföraren säger på en whiteboard. Kursledarens frågor till deltagaren var halvstrukturerade.

”Hur är ditt ÄR-läge nu, hur känner du dig? Hur har du det? Och då tar jag med allt även om det nästan inte hör dit. Sedan läser jag upp det och så pratar vi om det. Hur vill du ha det nu då, här är en önskelista. Sedan fick dom i hemläxa att fundera på vad dom ville ändra på men inte ta allt på en gång.”

Det framgår av intervjuerna att flera av deltagarna hade önskat sig ännu tydligare information och instruktioner i början av arbetet. Framförallt beträffande hur de ska skriva dagboken. Det kan vara svårt för människor att hantera ett sådant ”ramlöst” redskap som dagboken är: den är unik och

⁶⁹ Ett nytt PC-program utvecklades under tiden som kursen pågick på basis av det tidigare utvecklade Mac-programmet.

flexibel och den kan aldrig innehållsmässigt vara ”rätt” eller ”fel” skriven. Inte heller kan en graf vara ”rätt” eller ”fel” eller ”ideal”. Både dagboken och grafen ska behandlas som verktyg för att skapa förståelse för detoreflekterade vanemönster som vardagen innehåller. Dagboken och graferna ska analyseras av den som har producerat dem (deltagaren själv) och avsikten är att de ska ge vägar till kunskap och insikter som deltagaren inte hade tidigare om sig själv. Sådana tankemönster var deltagarna inte vana vid.

Kursledaren framhåller hur viktigt det är att man i sin professionella roll, förstår metoden och har trängt in i den ordentligt. Det tog ett tag innan hon själv förstod den riktigt. Den professionelles tro på att det är något som kan fungera och vilja att lära nytt är också viktigt. Det är också viktigt att man som professionell kan förklara och förmedla utan att ta över och styra människor för mycket, men samtidigt måste man styra lite grann. Den professionelle måste med andra ord vara lyhörd för deltagarnas individuella förutsättningar. Vidare är det viktigt att den professionelle är intresserad av utvecklingsprocesser och hur människor fungerar. Annars är det risk att metoden tillämpas på ett för instrumentellt sätt. Den kräver närvaro och reflektion för att fungera bra.

Kursledaren ledde ensam kursen där 4M-metoden ingick, men hade sedan tidigare kontakt med en kvinna som själv lider av långvarig smärta och kommit långt i processen att hantera den. Hon deltog i kursen som ”vikarierande hopp”. Hon har pratat med deltagarna på raster och fångat upp och bekräftat deras erfarenheter. Hon har också fungerat som bollplank för kursledaren som inte själv har egna erfarenheter av långvarig smärta. Kursledaren tycker att det har varit väldigt bra att kunna stämna av med någon annan, då kan man nå mycket längre än ensam. Men det är inget specifikt för arbetet med 4M-metoden, det gäller i allt arbete av det här slaget.

Eftersom själva arbetssättet är en strukturerad process som kan situationsanpassas så kan man egentligen inte göra ”rätt” eller ”fel”. Man uppfattar olika saker som viktiga beroende på vilka grundläggande värderingar man själv har, exempelvis så skulle olika professionella kanske fästa sig vid olika saker i samma dagbok, vilket innebär att diskussionen med den dagboksförande patienten skulle ta olika vägar. Även om diskussionen tar olika vägar så kan ändå slutresultatet leda till att deltagaren ökar sin egenmakt

och det är syftet med 4M-metoden. Vidare forskning får visa huruvida detta är fallet.

I en trygg och sammansvetsad behandlingsgrupp kan man förmodligen i de flesta fall nå längre än vid individuell tillämpning av 4M-metoden eftersom gruppen automatiskt fortsätter att bearbeta och tolka berättelser om egna och andras insikter och åtgärder. Kursledaren ser inget skäl att endast arbeta individuellt eftersom kombinationen mellan individuellt arbete och arbete i gruppen ger så mycket mer.

5.5 Tendenser vid uppföljning efter ett och ett halvt år

Vid uppföljningen framgick det att deltagarna i gruppen fortsatte att träffas på eget initiativ med jämna mellanrum efter kursens slut. Kursledaren var också inbjuden och hon deltog när hon hade möjlighet. Ett och ett halvt år efter de första intervjuerna fick jag möjlighet att intervjua sex av de elva deltagarna ytterligare en gång. Tre deltagare meddelade att de kunde eller ville inte delta när jag återkom till dem och två uteblev p g a sjukdom respektive förhinder vid intervjutillfället. Intervjuerna ägde rum i början av december och hösten hade varit fuktig och kall. Samtliga deltagarna klagade över att vädret det året hade påverkat deras hälsotillstånd negativt. Jag frågade alla sex hur de tyckte att de andra kursdeltagarna verkade må, när de hade sina återträffar, i jämförelse med hur de verkade må vid kursstarten nästan två år tidigare. Alla sex tyckte att det verkade som om samtliga kursdeltagare hade förändrats på ett positivt sätt. Dessutom ansåg de att alla kursdeltagare tycktes må bättre och kunde hantera sin smärta på ett annat sätt än tidigare.

En kvinna hade fått ett kontorsarbete på halvtid där hon själv hade stora möjligheter att själv lägga upp sina arbetstider. Det innebar att om hon hade en period när hon mådde sämre, så kunde hon t. ex arbeta två timmar per dag och ta igen den förlorade tiden när hon mådde bättre. Hon hade även möjlighet att arbeta en del från hemmet. Hon tyckte att hon fortfarande tänkte mer på vad hon gjorde och uttryckte det som att hon såg dagboken framför sig hela tiden. Hon beskrev det som att hon numera såg grafen framför sig innan hon satte igång nya saker och sa ja till saker som andra

människor bad henne om. Hon tyckte också att hon snabbare blev medveten om när tempot kring henne ökade och att hon då fick hejda sig själv för att inte bli sämre.

En annan kvinna hade fått förtidspension på halvtid istället för socialbidrag vilket rent praktiskt hade förändrat hennes liv genomgripande. Det var en stor lättnad för henne, att som hon uttryckte det ”slippa springa och tigga” hos sociala hela tiden och hon fick dessutom tusen kronor mer i månaden att röra sig med, vilket gjorde en mycket stor skillnad. Hon tyckte att hon vågade säga vad hon tyckte och tänkte på ett helt annat sätt än tidigare och det stärkte och uppmuntrade henne. Hon hade själv kopplat in facket i protest mot en schemaförändring på sitt halvtidsarbete som hon insåg att hon inte skulle orka med. Tidigare skulle hon bara ha accepterat förändringen och förmodligen blivit sjukskriven ganska snart när det visade sig att hon inte orkade. Hon hade fått nya vänner och intressen och gått med i en boendeförening som träffades varje vecka. När hennes ekonomi förbättrades fick hon råd att ta semester tillsammans med vännerna för första gången på mycket länge. Vad gällde sjukdomen så tyckte hon att hon hade gjort många omprioriteringar i sitt liv. När hon skrev dagbok blev det tydligt hur hon flängde runt och härjade och försökte göra allt på en gång. Nu tog hon saker mer successivt och när hon hade lust.

”Jag kan lägga ner och skjuta upp saker idag”. (intervjuomgång 2)

5.6 Långtidssjukskrivnas arbete med 4M-metoden

Reflektioner över studiens syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet för fallstudien var att vidareutveckla, pröva och värdera den tidsgeografiska dagboksmetoden och arbetsmodellen (4M-metoden) i rehabiliteringsverksamhet. Resultatet av detta arbetssätt analyseras sedan med avseende på om, och i så fall hur, deltagarnas ökade insikter om sina egna livssammanhang lett till att de gjort förändringar som speglas i deras upplevda hälsotillstånd och om de efter kursens slut kunde hantera detta på ett annat sätt än tidigare.

I ”Värkmästarna” ingår 4M-metoden i ett gruppbaserat arbetssätt och fallstudien organiserades som en kurs för personer med långvarig smärta. Jag har i de halvstrukturerade intervjuerna försökt få svar på samma frågor av samtliga deltagare i fallstudien och mitt sammanfattande intryck är att flertalet deltagare känner att de har större makt över sitt livssammanhang efter kursen än de hade tidigare. Hälсотillståndet upplevs därför som bättre även om den direkta smärtupplevelsen kvarstår. En enda deltagare tycker inte att någonting har förändrats. Några deltagare har påverkats av svåra händelser i omgivningen under rehabiliteringen och de menar att de har fått nya insikter, men att det just för tillfället har känts omöjligt att förändra något.

4M metodens betydelse för den långtidssjukskrivne själv

Erfarenheten från kursen ”Värkmästarna” visar att 4M-metoden är emancipatorisk så till vida att människor som arbetar enligt metoden kan upptäcka att det finns möjligheter som tidigare var dolda. Med 4M-metoden startar en process som är unik för varje person. Många deltagare får aha-upplevelser, vilket i sig innebär att de fått viss distans till och möjlighet att se sitt liv ur en annan synvinkel än förut.

”Man ser vad man gör och inte gör och kan ändra på saker. Jag har fått reda på mer om mig själv. Jag ska ut och träffa folk nu. Det blir annorlunda om man ser det själv. Det finns dom som sagt det till mig förut och då tycker jag nästan dom har varit lite taskiga.” (intervjuomgång 1)

Genom att skriva dagböcker och studera de därifrån genererade graferna blir deltagarna själva medvetna om hur de samspelar med sin omgivning och att de dittills låtit sig styras för mycket av andra. Beroende på hur deltagarna uppfattar omvärlden påverkas deras bedömning av grafernas värde: De inser att de har möjlighet att göra andra val när de märker att den icke-önskvärda situationen faktiskt också är ett val – om än passivt. Insikten om att man faktiskt har vissa valmöjligheter, bland annat kan man välja att göra saker som man mår bättre av, gör att känslan av egenmakt ökar. På så vis kan deltagarna komma över såväl sin känsla av hjälplöshet som känslan av att de inte kan påverka sin situation. Flera deltagare ansåg att deras reflektion över graferna hade stor betydelse, medan andra tycker det räcker med att skriva dagboken och att diskutera den.

Ett viktig effekt av 4M-metoden är att den tydligt visar att det finns gemensamma mönster i vad deltagarna blev medvetna om i sitt livssammanhang. De flesta deltagarna blev medvetna om att de tog sig för lite tid för sig själva och gjorde för få saker som var utvecklande och gav dem glädje. De tjänade ofta andra människor och sysslade mer med deras behov än med sina egna. När de rannsokade sig själva upptäckte de att de krav som de upplevde kom från omgivningen lika ofta var egna internaliserade krav.

De deltagare som har genomfört åtgärder som också lett till förändringar har lyckats genom att de har börjat säga ifrån, delegera eller på andra sätt begränsa sina åtaganden gentemot andra människor i omgivningen. När deltagarna börjat sätta gränser och definiera vad de själva VILLE göra får de mer energi och utrymme för aktiviteter som de upplever som roliga och utvecklande.

Att arbeta professionellt med den tidsgeografiska arbetsmodellen inom 4M metoden

Kursledarens åsikt är att 4M-metoden fungerar både individuellt och i grupp, och vid uppläggning av individuella rehabiliteringsplaner för långtidssjukskrivna människor. Det är dock viktigt att dagboken och de därur genererade graferna alltid bör behandlas individuellt och att den enskilde själv får välja vad hon vill ta upp i gruppen av allt hon har skrivit i sin dagbok. Däremot förefaller det vara en fördel för deltagarna om de kan ventilera valda delar av sina egna erfarenheter i en sammansvetsad och trygg grupp.

Om den långtidssjukskrivna själv ska kunna engageras i arbetet med att utveckla en egen individuell rehabiliteringsplan mot bakgrund av den tidsgeografiska dagboksmetoden så är den första förutsättningen att hon själv *vill* delta i arbetet. Det är också viktigt att deltagaren är färdigutredd och har fått en diagnos om så är möjligt. För att kunna ta itu med sin rehabilitering och vara delaktig i arbetet med att lägga upp en egen rehabiliteringsplan behöver den långtidssjukskrivna kunna urskilja vad som är problem och få möjlighet att bryta ner det i små delar. 4M-metodens processuppbyggnad gör att människor själva kan bedöma takten i rehabiliteringen. Det fungerar bra att arbeta med den tidsgeografiska dagboksmetoden i behandlingsgrupper för människor i rehabilitering. Utan

eget engagemang fungerar det sannolikt inte lika bra och grupptilliten störs. Ett gott resultat bygger på tillit, ärlighet och tystnadsplikt inom gruppen.

Deltagarna i en behandlingsgrupp har nytta av att samtala med varandra framförallt för att de får en bekräftelse på att de inte är ensamma om sina problem. Det gör det lättare att uthärda de egna svårigheterna. Dessutom kan man beklaga sig för andra människor som förstår vad man talar om och få del av andras tips och lösningar. Många långtidssjukskrivna lever ganska isolerat, förutom umgänget med den närmaste familjen, och då är även det rent sociala utbytet av behandlingen/kursen – att få vänner – viktigt.

Kursledaren tycker också att det krävs en vilja av de professionella att lära sig och sätta sig in i 4M-metoden eftersom det är ett annorlunda sätt att tänka på än de är vana vid. Användning av 4M-metoden som arbetsinstrument ger en struktur åt behandlingsarbete genom dess verktyg (dagbok, grafer, ÄR- och VILL-lägen). Eftersom varje sammanhang som 4M-metoden används i är unikt och alla människor, såväl deltagare som professionella, är unika är metoden avsedd att kunna användas på ett flexibelt och situationsanpassat sätt. Detta förhållande kan vara svårt att förstå för människor som hela livet lärt sig att det man gör är ”rätt” eller ”fel”. De flesta människor lärde sig redan i skolan att söka ”rätt svar”, dvs. lärarens svar på frågan. I 4M-metoden förväntas man hitta sitt eget svar och det kan medföra vissa svårigheter såväl för deltagarna som de professionella.

Andra, mer tekniska, svårigheter är att det tar tid att göra datorbearbetningarna, vilket kan ses som ineffektivt i ekonomiskt pressade verksamheter. För att använda 4M-metoden bör de professionella ha sociala och humanistiska värderingar och tankesätt och inse att det är nästan ogörligt att forcera en rehabiliteringsprocess utifrån. Den professionella måste själv ha trängt in i och förstått grundtanken med metoden. Den professionelle måste också själv, som i allt annat behandlingsarbete, tro på att det är något som fungerar. Man bör styra deltagaren genom att ”förse henne med ett metspö så att hon själv kan fånga fisken”. Man måste akta sig som professionell så att man inte själv tar över och försöker lösa deltagarens problem åt henne.

Den professionella aktören kan ha nytta av att kunna reflektera över arbetet med 4M-metoden tillsammans med kollegor. Eftersom arbetssättet är en

strukturerad process som kan situationsanpassas så finns egentligen inget rätt eller fel. Det kan vara en fördel att diskutera med kollegor eftersom man uppfattar olika saker som viktiga beroende på vilken bakgrund och vilka grundläggande värderingar man själv har.

I en trygg och sammansvetsad behandlingsgrupp kan man förmodligen i de flesta fall nå längre än vid helt individuell tillämpning, inte minst eftersom gruppen fortsätter bearbeta och tolka berättelser om egna och andras insikter och åtgärder. Kursledaren ser inget skäl att arbeta helt individuellt eftersom grupparbetet alltid innehåller individuella delar (genomgång av dagbok, grafer och ÄR-och VILL-lägen) och då ger gruppen så mycket mer.

Kursledaren anser att graferna är mycket intressanta för deltagarna och att det gick bra att lära dem att förstå graferna. De gör anteckningar på graferna och gör dem till sina: ”Det här är mitt liv, så ser det ut.” Kodningen är svårast och tar tid att lära sig. I kursen användes det ursprungliga datorprogrammet för Mac, som var färdigutvecklat och därför inte medförde några problem att använda när man hade lärt sig det.

Sammanfattning och slutsatser av fallstudien ”Värkmästarna”

Det empiriska arbetet att pröva och utvärdera 4M-metoden har genomförts i en fallstudie som inbegrep långtidssjukskrivna kvinnor med diagnosen ”smärta”. Fallstudien har genomförts som en kurs under tre månader i försäkringskassans regi, under ledning av en kursledare (personalutvecklare). Samtliga deltagare led av långvarig smärta, i flera fall diagnosticerad som fibromyalgi, och är helt eller delvis sjukskrivna eller sjukpensionerade. I fallstudien deltog från början fjorton personer, varav elva intervjuades efter avslutad kurs. Jag fick sedan möjlighet att intervjua sex av de elva deltagarna ett år efter kursens slut. Intervjuer har också genomförts med kursledaren. Intervjuerna med deltagarna och de professionella är det främsta instrumenten för att utvärdera 4M- metoden. Dessutom tillkommer sekundärmaterial som deltagarnas dagboksgrafer, dokumentation av deras ÄR och VILL-läge och även annan dokumentation som kursledaren använt i sin kurs.

Det övergripande syftet med fallstudien, att vidareutveckla, pröva och värdera 4M-metodens användning i rehabiliteringsverksamheter och att analysera resultatet med avseende på om människor fått ökade insikter om det egna livssammanhanget och hur det i så fall speglas i deras upplevda hälsotillstånd. En aspekt är alltså frågan om 4M-metodens måluppfyllelse när den används av människor med upplevd ohälsa. Den andra aspekten rör frågor om prövning och värdering av arbetsmodeller i rehabiliteringen.

4M-metoden förefaller i stort sett uppfylla sitt mål när den används av människor med upplevd ohälsa. Proceduren att själv skriva dagbok som bearbetas till grafer som sedan diskuteras tillsammans med en professionell person fungerar bra för majoriteten av deltagarna. De absolut flesta får nya insikter och inblickar i sitt liv och ett nytt och mer distanserat förhållnings-sätt till sin vardag, vilket är det första steget i en förändringsprocess. Genom att tidigare dolda och omedvetna förhållanden i vardagen framträder blir det också tydligt för många deltagare hur de hanterar problem i livet, och att de faktiskt väljer hela tiden och att även att strunta i att göra något är en form av val.

Det som framförallt har slagit många deltagare är hur de låter sig styras av alla andra; arbetsgivare, män, barn, gamla föräldrar och på så vis sysslar de med andras behov istället för sina egna. De tar sig för lite egen personlig tid och gör för få saker som känns utvecklande och är roliga.

Många reagerade och tyckte att de hade ett tråkigt liv och att alla dagar såg likadana ut. Andra såg hur många saker de faktiskt gjorde och hur många människor de träffade varje dag utan att de varit medvetna om det. Beroende på den enskildes livssammanhang kan detta vara positivt eller negativt.

Flera deltagare blev också mer medvetna om vilka aktiviteter som kan relateras till ett visst välmående och på det sättet utvecklade de en större förmåga att styra sina liv. Smärtan i sig tyckte de flesta var lika besvärlig efter avslutat arbete med 4M-metoden som innan, men många av deltagarna beskrev hur de gått in i processen att börja acceptera sin smärta. Genom att de i högre grad har tagit makten över sina egna liv mår de psykiskt bättre vilket innebär att de hanterar sitt eget beteende kring smärtan på ett annat sätt än tidigare.

De största konkreta förändringarna som deltagarna gjort i sina liv handlar för det första om att börja ifrågasätta andra människors krav på dem (både inom familjen och på jobbet) och för det andra om att analysera hur de hanterar skötseln av hemmet. Det handlar såväl om att arbeta med att öka sin egen tolerans mot smuts och försöka städa mindre som om att börja delegera arbetsuppgifter till familjemedlemmar och arbetskamrater. Den tid som frigörs på så sätt kan de istället utnyttja på sätt som gynnar deras välmående. Av de sex intervjuer som genomfördes efter ett år framgick att de förändringar som deltagarna genomfört i de flesta fall kvarstod och att några personer även fortsatt att genomföra nya förändringar under det år som förflutit sedan kursen avslutades.

När det gäller tillämpningen av 4M-metoden, tycker kursledaren att den kan användas både individuellt och i grupp. Både deltagarna och kursledaren tycker dock att själva dagboken och graferna ska gås igenom individuellt och att deltagarna sedan själva kan välja vad de vill dela med sig och diskutera i gruppen.

Att arbeta med 4M-metoden som struktur för en sammanhållen kurs har visat sig fungera mycket bra. Men deltagarna måste vara engagerade och resultatet bygger på tillit, ärlighet och tystnadsplikt. Kursledaren tycker att processuppbyggnaden i 4M-metoden stöttar människor i att identifiera sina problem och att bryta ner dem i mindre delar och sedan själva bestämma takten i rehabiliteringen.

Kursledaren anser att det krävs en vilja av henne själv att satsa på att lära sig 4M-metoden. Det är ett annorlunda sätt att tänka än de flesta är vana vid. Man måste förstå sig på rehabiliteringsprocessens karaktär om man ska kunna nå resultat med 4M-metoden. Det går inte att forcera en deltagare, man måste vänta in och kunna motivera deltagaren och själv vara intresserad av utvecklingsprocesser. Eftersom arbetssättet inledningsvis utgår från den professionelles tolkning av 4M-metoden och av deltagarens upplevelser, kan man egentligen inte göra "rätt" eller "fel". Man uppfattar olika saker som viktiga beroende på ens egen bakgrund och värderingar. Därför är det en fördel som professionell att kunna diskutera med kollegor, då kan man nå betydligt längre. Detta är emellertid inte specifikt för arbetet med 4M-metoden utan gäller i allt rehabiliterings och utvecklingsarbete.

6. Fallstudien "Eget ansvar": Att förebygga sjukskrivning med 4M-metoden

6.1 Bakgrund

I mitten av 90-talet hade de kvinnliga tandläkarna i Norrbottens Läns Landsting mer än dubbelt så hög sjukfrånvaro (år 1995 i genomsnitt 35 dagar) som sina manliga kollegor (12 dagar) (Auroraprojektet 1998).⁷⁰ Den stora skillnaden i sjukfrånvaro var förvånande eftersom tandläkaryrket ställer relativt likartade krav på kvinnor och män. Grundutbildningen till tandläkare är densamma för kvinnor och män, de flesta tjänster inom folk-tandvården har liknande arbetsbeskrivningar och dessutom hör tandläkaryrket till de akademiska professioner som har haft en relativt hög andel kvinnor under ganska lång tid.

⁷⁰ Vid en jämförelse med genomsnittet för alla yrken under åren 1985-89 framgår det av Arbetarskyddsstyrelsens informationssystem för arbetsskador, ISA, att kvinnliga tandläkare har en relativ sjukdomsfrekvens som ligger över genomsnittet för alla kvinnor. Motsvarande överrisk finns inte för de manliga tandläkarna vid jämförelse med alla män. Kvinnliga tandläkare hade dessutom en högre frekvens anmälda belastningssjukdomar än manliga tandläkare under åren 1990-92.

I syfte att komma åt den höga sjukfrånvaron och förbättra arbetsmiljön drevs i Norrbottens Läns Landsting (NLL) ett projekt kallat "Aurora-projektet" under flera år. Projektet riktades speciellt mot de kvinnliga tandläkarna på grund av den gruppens stora sjukfrånvaro. Avsikten var att förebygga sjukskrivningar genom olika åtgärder. Vid projektstarten år 1997, fanns 84 kvinnliga och 84 manliga tandläkare i NLL.

Under Auroraprojektets sista år arbetade de kvinnliga tandläkarna bland annat med 4M-metoden för att själva analysera sitt dagliga aktivitetsmönster, främst på arbetet men även relaterat till hemmets villkor och aktiviteter.⁷¹ Den delen av Auroraprojektet gick under rubriken " eget ansvar". Meningen var att tandläkarna skulle arbeta med det *egna ansvaret* i arbetet för att finna indikationer på var och på vilken nivå i organisationen, restriktioner och hinder fanns men också var möjligheter till förbättringar kunde finnas.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet för fallstudien "Eget ansvar" var att pröva, vidareutveckla och värdera den tidsgeografiska dagboksmetoden och arbetsmodellens (4M-metoden) möjligheter att användas i förändringsarbete på arbetsplatser. Arbetssättet i fallstudien " eget ansvar" är inriktat på att öka tandläkarnas insikter om det faktiska handlingsutrymme som deras eget arbets- och livssammanhang innehåller eftersom det ofta är annorlunda än det upplevda handlingsutrymmet. Därmed kan förhoppningsvis en realistisk bedömning av vad som är möjligt för deltagarna själva att förändra på sin arbetsplats och vad man kanske måste lämna därhän – åtminstone tills vidare – eller ta upp i större kollektiva aktioner.

Fallstudien "Eget ansvar" berör två aspekter på 4M-metoden. Den ena behandlar frågor om 4M-metodens måluppfyllelse för tandläkarna själva. Här görs deltagarstudier som rör individens mikronivå. Den andra aspekten rör frågor om prövning och värdering av arbetsmodellen som del i förändringsarbete inom Auroraprojektet, samt utvärdering av det arbetssätt som prövas. Här är arbetet förknippat med strukturnivå där såväl deltagare som

⁷¹ Den tidsgeografiska dagboksmetoden och arbetsmodellen finns beskriven i Ellegård & Nordell (1997) och den vidareutvecklades och gavs benämningen 4M-metoden (Min Medvetenhet, Möjlighet och Makt) i Nordell (2000).

forskare ingår. De specifika frågeställningarna i fallstudien ”Eget ansvar” är:

a) Frågor om hur den tidsgeografiska dagboksmetoden i 4M-metoden uppfyller målen för individen:

Kan dagböcker ge en grund för konstruktiva diskussioner om förändringsarbete i mindre grupper?

Kan tandläkarna genom att själva och i grupper analysera sin arbetsdag få en överblick och nya insikter om handlingsmöjligheter?

Är det möjligt att på så vis finna dittills för individen dolda handlingsutrymmen på arbetsplatsen?

Vilka konkreta förändringar genomförde tandläkarna enskilt eller tillsammans med andra tandläkare på arbetsplatsen?

Finns det gemensamma mönster i vad tandläkarna blir medvetna om och de förändringar de faktiskt gör?

Upplever tandläkarna att de efter projektet ”eget ansvar” faktiskt kan påverka sin arbetssituation/livssituation i högre grad än tidigare (självstyrning)?

b) Frågor om hur arbetsmodellen i 4M-metoden fungerar.

Hur fungerar det för deltagarna att använda 4M-metoden som arbetsinstrument i större grupper med ett kollektivt arbetssätt?

Hur fungerar 4M-metoden som arbetsinstrument för professionella/handledare i större grupper?

Var har man ett eget ansvar?

Ur ett tidsgeografiskt perspektiv kan man arbeta med sitt *eget ansvar* genom att systematiskt och i sitt sammanhang observera vilka aktiviteter man utför, när man utför dem, vart man förflyttar sig och när man förflyttar sig, vilka människor man är tillsammans med och i vilka situationer man interagerar med dem. Observationerna ger sedan möjlighet att definiera begränsningar för det egna handlandet i tidrummet. Handlingsbegränsningar kan vara av de mest skiftande slag, men de kan ändå lagras på varandra, och slutresultatet blir ett avgränsat öppet område inom vilket individen kan anses ha ett fritt val (Friberg 1990, s 106).⁷² I detta område har individen rent principiellt möjlighet att handla och påverka sin situation, dvs. att utöva ett eget ansvar. Huruvida hon sedan är medveten om sina handlingsmöjligheter eller väljer att utnyttja dem, det är en annan fråga. Utanför det avgränsade öppna området där individen kan anses ha fritt val, utbreder sig områden med handlingsbegränsningar som kan graderas efter den enskilda och kollektiva ansträngning som behövs för att förändra dem. Det kan vara begränsningar som kan härledas till relationer med andra människor som kanske kan omförhandlas relativt lätt. Det kan också röra sig om begränsningar som har att göra med vilka föreställningar, teorier och metoder som arbetet organiseras utifrån och dessa kan vara något svårare att påverka. Begränsningar i form av lagar och förordningar kan bara ändras genom långa politiska processer och bör därmed ses som absoluta begränsningar för den enskilde. För de kvinnliga tandläkarna i NLL framträder begränsningarna när de skapar sitt arbetsliv inom folktandvården genom att förhandla om och genomföra aktiviteter inom de organisatoriska, materiella och kunskapsmässiga ramar som råder inom folktandvården och Landstinget.

⁷² jfr Automation & Inertia (Ellegård 1999b). En studie av handlingsutrymmet principiellt möjliga storlek jämfört med hur stort de iblandade själva upplever sig ha vid en given teknik inom bilindustrin.. Ellegård visar att diskrepansen mellan det möjliga och det upplevda leder till tröghet i förändringsprocesser.

6.2 Folktandvården som arbetsmiljö

Folktandvårdens villkor

I Sverige är ca hälften av alla tandläkare anställda i den offentliga sektorn, folktandvården, medan den andra hälften är privatpraktiserande. De flesta privatpraktiserande tandläkarna samarbetar med det offentliga systemet och täcks därigenom av den offentliga tandvårdsförsäkringen. Tandvårdsförsäkringen täcker barn- och ungdomars tandvård inom folktandvården upp till 19-års ålder helt och hållet. För vuxna har däremot försäkringens andel av kostnaden för tandvård successivt sjunkit under åttio- och nittioalet och en allt större kostnad har lagts på individen (Bejerot 1998). Under samma period har folktandvården genomgått stora organisatoriska förändringar och arbetsvillkoren inom folktandvården har debatterats p g a tandläkarnas missnöje med lön, arbetstakt och ledningsstil.

Bejerot (1998) hävdar i sin avhandling ”Dentistry in Sweden – Healthy work or ruthless efficiency?” att folktandvården skiljer sig på två sätt ur ett organisatoriskt perspektiv från annan offentlig verksamhet: För det första genom den tidiga introduktionen av managementteorier⁷³ som utvecklats

⁷³ En historisk överblick baserad på Bejerot(1998).

Under 60-70-talen genomfördes rationaliseringar av arbetsorganisationen i tandvården enligt tayloristiska principer om arbetsdelning. Taylorismen ersattes under 70-talet av Human Relation skolan med ideér om industriell demokrati och arbetstagedeltagande. Under 80-talet började offentliga sektorns effektivitet debatteras. Jämförelser av effektivitet gjordes mellan privat och offentlig tandvård och den offentliga tandvården rekommenderades att lära från den privata. Detta resulterade i stora förändringar i managementteorier: Kundorientering, målstyrning, resultatenheter, intern konkurrens och decentralisering blev nyckelbegrepp. Tandvården drabbades av dessa ledningsfilosofier från den privata sektorn före många andra delar av den offentliga sektorn i Sverige.

En fortsatt fokusering på finansiering och vinstmål fortsatte under 90-talet, samtidigt som nya ledningsstrategier fortsatte att införas. Studier från enskilda landsting (Hasselblad 1995) visar hur nya managementstrategier ”Market management” genomförs i folktandvården. För landstingsledningarna innebar det ökad styrning och kontroll. Klinikchefer får ett nytt språk genom ledarskapsträning, ett nytt datorbaserat kontrollsystem införs. Projekt målet var att tandvårdshälsa skulle främjas, men i realiteten kunde inte målet nås. Snarare kände tandläkarna att mål relaterade till vårdkvalitet försumrades. Istället skapades en lokal byråkratisk process som resulterade i ökad kontroll och kostnadspress. Avgifter baserade på tidsstudier tillsammans med en detaljerad uppföljning av varje arbetad timme av varje tandläkare eller tandläkarteam gav grunden för ett detaljerat kontrollsystem – från makronivå till individuella tandvårdsanställda. Arbetsmiljöproblem har funnits i folktandvården ifrån början. Missnöje med ledarskapet är

för industrin och för det andra genom ett i detalj reglerat arbete, vilket är ovanligt för professionellt utbildade inom omvårdnadssektorn. Hon menar att det även finns skäl att hävda att folktandvården har blivit den offentliga sektorns experimentverkstad för managementförsök och nya organisationsidéer.

Bejerot argumenterar för att det finns två väsensskilda aspekter på arbetsvillkor i tandvården som kan karaktäriseras i termer av ”hälsosamt arbete” respektive ”obarmhärtig effektivitet” (även titeln på hennes avhandling). Hon relaterar termerna till två huvudparadigm inom hälsoforskning, *salutogenes*, som omfattar faktorer som leder till hälsa, respektive *patogenes*, som fokuserar på orsakerna till sjukdom.⁷⁴ Bejerot menar att de rådande arbetsvillkoren inom folktandvården i hög grad reflekterar dessa två paradig. Å ena sidan upplever många tandläkare att de har ett meningsfullt arbete: att kunna hjälpa andra i sitt arbete är ett motiv som inte bör undervärderas. Därför kan och borde tandvård vara ett ”hälsosamt arbete” genom att det bidrar till utveckling och självförverkligande (Bejerot 1998, s 25). Å andra sidan kan den ekonomiska och psykologiska press som existerar i verkligheten inom den offentliga tandvården beskrivas som ”obarmhärtig effektivitet”. Det starka fokus på ledning och kontroll som finns inom folktandvården har överförts från industriella miljöer där denna organisationsprofil en gång formades. Den industriella kopplingen kan ge upphov till oförutsedda svårigheter när arbetsobjektet inte är ett ting utan en annan människa, patienten.

Bejerot menar att objektet för arbetet fått liten uppmärksamhet inom arbetslivsforskningen. Moderna ledningsstrategier, exempelvis HRM (Human Relations Management) har ursprungligen utvecklats för industrin, men används numera också som en strategi för att leda arbete inom omvårdnadssektorn. Den sägs vara speciellt effektiv i organisationer med anställda som motiveras av utmaningar, möjligheter till utbildning och självkontroll. Omvårdnadsarbete skiljer sig på många väsentliga punkter från industriarbete och det finns anledning att fundera över om samtida management teorier tar detta i beaktande.⁷⁵ Även Lindgren (1999) tar upp

återkommande. Tandvårdsinspektörerna har ersatts av modernare ledningsstilar och informationsteknologi utnyttjas i styrningen.

⁷⁴ Ett salutogent synsätt har framförallt kommit att representeras av Antonovsky (1987) medan ett patogent synsätt är det traditionellt förhärskande inom hälso- och sjukvård.

⁷⁵ En specialiserad gren av organisationsteorin är teorin om ”Human Service Organisations”, Hasenfeldt 1983).

importen av industriell management- och styrningsteorier till sjuk- och hälsovård i sin bok "Klass, kön och kirurgi":

"Det är troligt att den offentliga sektorns maskulint dominerade tanketyper ytterligare förstärks i och med tillämpningen av de företagsekonomiskt utarbetade principerna om t. ex effektivitet. Att följa detta mode är inte utan risker." (Lindgren 1999, s 33)

Lindgren menar att det pågår två simultana processer: För det första intar den ekonomiska rationaliteten en alltmer dominerande ställning i relation till andra livsområdens behov. För det andra tenderar de alltmer konkurrensutsatta organisationerna att gynna ett handlande som sker utan ansvar för mänsklighetens reproduktion och överlevnad (Acker, 1998 s.10). Båda processerna bidrar till marginalisering och nedvärdering av kvinnor och av omsorgsarbete.

Det finns ett mycket stort gap mellan hur privatpraktiserande och folktandvårdsanställda tandläkare betraktar sin arbetssituation som kan relateras till vilket synsätt organisationen ifråga har på vårdsökande och på målet för verksamheten. I en stor studie av akademikers arbetsvillkor rapporterade tandläkare inom folktandvården den största skillnaden mellan ideal och verklighet av alla studerade grupper, medan privatpraktiserande tandläkare rapporterade den minsta. Det var också tydliga skillnader med avseende på oberoende och initiativtagande (Aronson m.fl. 1999). Tandläkare inom folktandvården rapporterade också att de ständigt kände sig övervakade och utvärderade. Deras arbetstakt var anpassad till övervakning, konkurrens och krav från arbetsgivaren, och till patientköer eller piece-work wages (Bejerot & Theorell 1992). I en fallstudie beskriver Modell (1998), ett system för ledningskontroll i ett län. Fallstudien visar hur ökad vikt ges till ledningens prestationsvärdering och feedback till klinikerna. Jämförelser görs mellan klinikerna och man uppmuntrar en tävlingsanda mellan klinikerna. Det tidigare ackordslönesystemet för tandläkare ersattes av individuella löner och bonus på kliniknivå för att förstärka teamkänslan inom

HSO-organisationer karaktäriseras av att de har mandat för att sköta och främja människors välfärd och de arbetar direkt med människor som de ska skydda och ta hand om. Dvs. arbetsobjektet är människan. HSO-teori betonar den moraliska grunden för den här sortens arbete och ställer det mot värdeneutraliteten i "obarmhärtig effektivitet". HSO teoretiker är kritiska mot den allmänna utvecklingen av modernt ledarskap. De menar att när objektet för arbetet är en mänsklig relation, patient, elev, klient etc. , så får arbetet speciella egenskaper som normalt inte beaktas i management teori (Bejerot, 1998, s 30)

varje klinik. Att hålla en hög nivå av debiterbar tid (vuxenbehandling) är särskilt viktigt för tandläkare som vill ha höga avgifter per timme.

Bejerot menar att tandläkarnas upplevda förändring av kontrollsystem fördelas enligt två olika dimensioner som korresponderar till två aspekter av HRM teknologier: 1) Hårda, ”management by objectives” som inkluderar övervakning och konkurrens och 2) mjuka, ”management by dialogue”, som innebär personlig utveckling, dialog med ledning och en patient/kundrelation. En analys av folktandvårdens ledningsstil visade att ”hårda” HRM teknologier dominerade medan ”mjuka” HRM teknologier rönt ökat intresse. Det fanns således en klar dualitet i förändringarna av ledningens kontrollsystem inom folktandvården (Bejerot m.fl. 1998). Det kanske är så att ledningen försöker lösa problem som orsakas av hårda HRM-teknologier med hjälp av mjuka HRM-teknologier. I så fall finns de yttre ramarna kvar vilket utgör risk för misslyckande.

Bejerot undersökte sedan hur den duala aspekten av HRM påverkade arbetsvillkoren inom folktandvården, vilket visade att den kombinerade effekten av ”hårda” och ”mjuka”. HRM teknologier tenderade bli mer negativ för tandläkare än för andra offentligt anställda akademiker (Bejerot m.fl. 1999). Självupplevd effektivitet rapporterades ha ökat mer inom folktandvården än inom andra sektorer av offentlig sektor. Detta tolkades som ”Ruthless efficiency” där arbetseffektivitet vinnas till kostnaden av en brist på balans mellan belöning och ansträngning. Resultaten visade att de duala aspekterna av HRM inte förbättrade tandläkarnas möjligheter att arbeta professionellt. Snarare stöddes resultaten i Aronson m. fl. där tandläkarna inom folktandvården rapporterade markerade skillnader mellan ideal och verklighet vad avser självbestämmande, intellektuell stimulans och utrymme för egna initiativ.

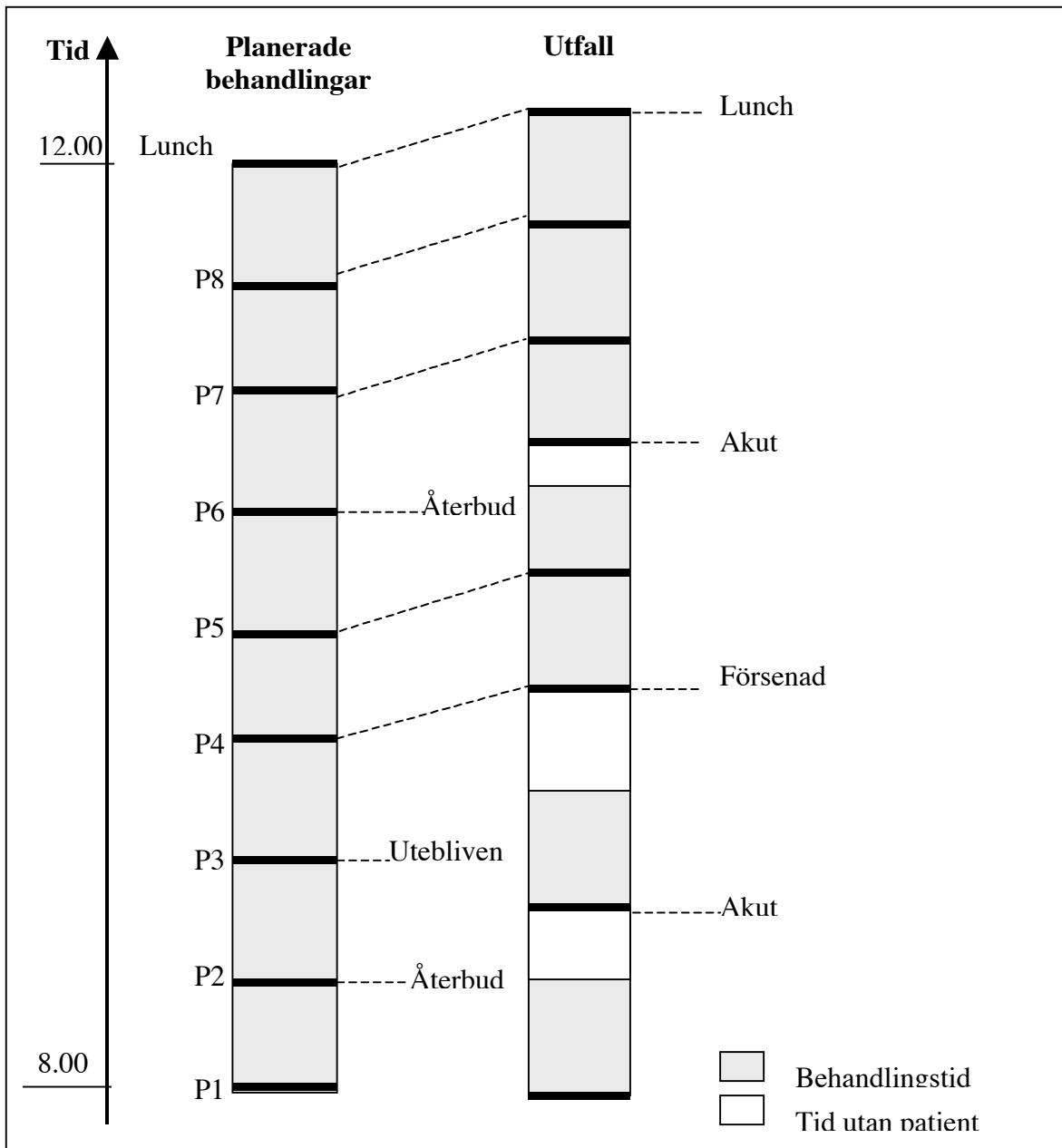
Bejerot undersökte också relationen mellan arbetsobjektet, ledningens kontrollsystem och upplevd arbetsmiljö (Bejerot m.fl. submitted). I studien bekräftas hypotesen att tillämpning av ”mjuk” HRM borde vara bra för omvårdnadsorganisationer och bidra till ett hälsosamt arbete, medan de ”hårda” aspekterna av HRM, övervakning, konkurrens och målstyrning kan ses som främmande för omvårdnadsarbets natur och torde bidra till en försämring av arbetsvillkoren. Analysen visar också att förändringar i ledningen bidrog till en polarisering mellan omvårdnadsarbetare och andra yrkesgrupper. Samma förändringar som ledde till att möjligheterna för ett

gott arbete ökade bland akademiker som arbetade med ting och data, ledde till en försämrad balans mellan ansträngning och belöning för de akademiker vars kunskapsbas var ”liv”. Dessutom visade sig de negativa effekterna vara mycket mer uttalade för tandläkare inom folktandvården än för omvårdnadsarbeten sammantaget.

Tandläkararbetets uppläggning och karaktär

Tandläkaren är större delen av arbetstiden bunden till sitt behandlingsrum och till en liten golvyta runt stolen/patienten. Arbetsuppgiften är förenad med arbetsobjektet, patienten, som själv förflyttar sig till tandläkarens rum och där blir behandlad under en bestämd tidsperiod. Patienten avlöses ofta omedelbart av nästa patient. Det innebär att patienterna kommer in till tandläkaren som på ett löpande band och beroende på vilken timintäkt som tandläkarna förmodas dra in så går processen med varierande snabbhet och kan stängas av olika långa tidsperioder.

Ur ett tekniskt aktivitetsperspektiv kan tandvård ses som ett flöde av aktiviteter som ska utföras i en bestämd ordning för att behandlingarna ska bli väl utförda. Arbetets karaktär gör det enkelt att tidsstudera och kalkylera ekonomiskt. Är kraven på timintäkter höga, så krävs att tandläkaren drar ner på behandlingstiden och försöker snabba på det administrativa arbete som föregår och följer efter varje behandlingstillfälle eller också tvingas hon gå hem lite senare varje dag för att hinna med alla arbetsuppgifter. En tandläkares arbetsliv karaktäriseras således av en stark rumslig förankring som inte ger mycket utrymme för egna förflyttningar. Arbetet sker på en plats under stor tidspress och organiseras så att allt fler arbetsuppgifter ska klaras av inom en given tidrymd.



Figur 6.1 Planerade behandlingar och utfall – exempel från en tand läkares förmiddag. I tidboken finns åtta patienter inplanerade (P1–P8), den ena efter den andra, utan paus. Den första patienten kommer som planerat. Den andra patienten har lämnat återbud på morgonen, tandläkaren väntar en stund på patienten och tar sedan in en akutpatient. Den tredje patienten uteblir. Tandläkaren får en stund utan patient i stolen och passar på att göra administrativt arbete under tiden. Den fjärde patienten är försenad vilket medför att den femte patienten också blir försenad. Den sjätte patienten har lämnat återbud. Därigenom regleras den ackumulerade förseningen och dessutom kan tandläkaren ta in en akutpatient. Akutbehandlingen är dock besvärligare än väntat och därför blir patient sju och åtta försenade och tandläkaren måste använda en del av sin lunch till behandlingsarbete.

6.3 Auroraprojektets förutsättningar

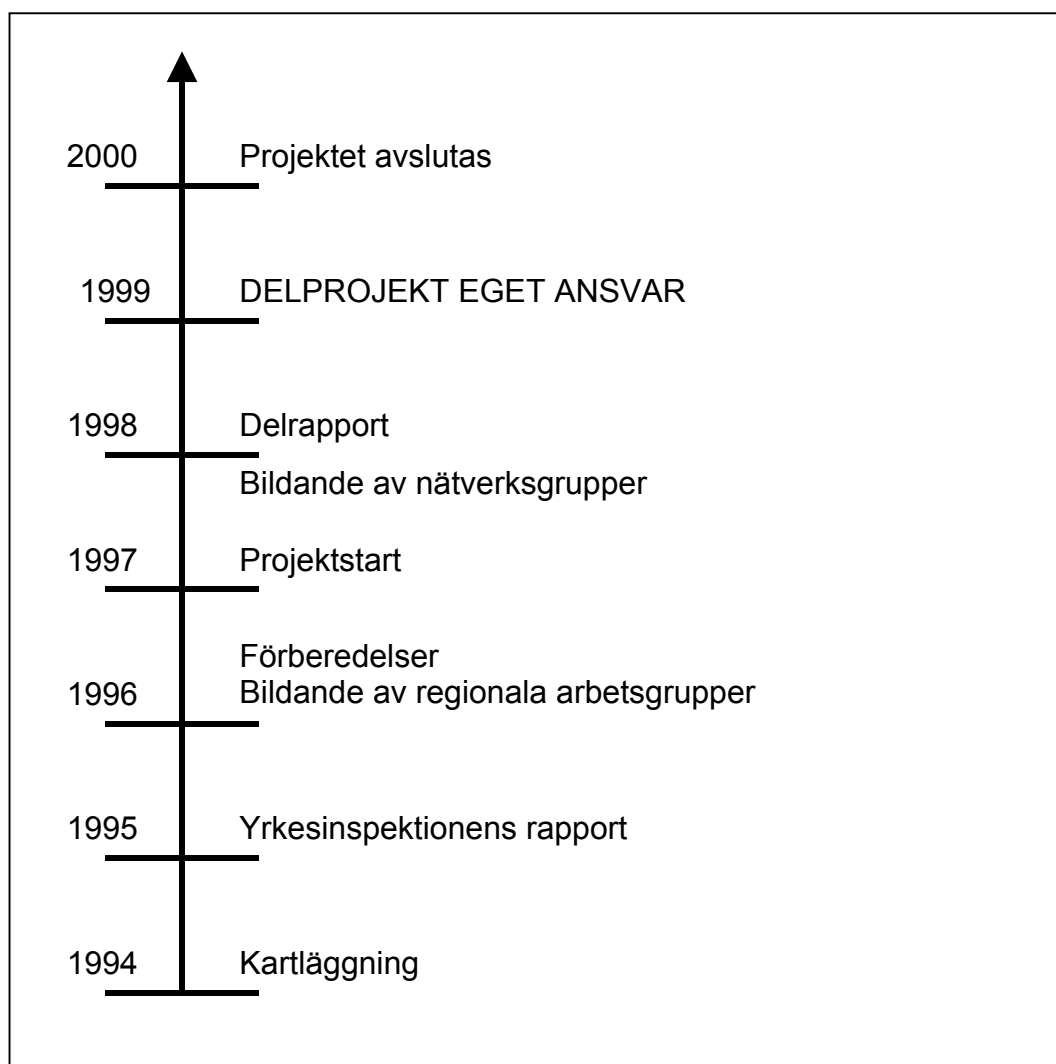
Auroraprojektet – en arbetsmiljöåtgärd

Mot bakgrund av folktandvårdens allmänna villkor ska jag redogöra för Auroraprojektet, ett utvecklingsprojekt inom folktandvården i Norrbottens Läns landsting (NLL). Alla grupper av tandvårdande personal hade under 1990-93 anmält fler arbetssjukdomar än riksgenomsnittet (Yrkesinspektionen 1995). 1994 genomförde Yrkesinspektionen en kartläggning av arbetsmiljön inom folktandvården i NLL (ibid.). Av resultatet framkom att 74 % av den tillfrågade tandvårdspersonalen bedömde sin arbetssituation som stressig eller mycket stressig. 54 % uppgav att arbetsgivaren i liten utsträckning tog tag i de problem som förekommer på arbetsplatsen. 40 % hade ofta eller mycket ofta besvär från nacke, axlar och armar. 80 % av de som uppgett hälsobesvär i någon form ansåg att besvären till stor del var relaterade till arbetssituationen. En övervägande del av de svarande uppgav att lönsamhetskrav och tidspress har medfört ett stressigt och högt upptrivet arbetstempo med ökad bundenhet till behandlingsstolen. Sjukskrivningstalen var dubbelt så höga för de kvinnliga tandläkarna som för de manliga. Inspektionen medförde att Folktandvården ålades att vidta åtgärder för att förbättra arbetsmiljön. Yrkesinspektionens åläggande ledde till en satsning på att få ner de kvinnliga tandläkarnas sjukfrånvaro och därför startades "Auroraprojektet - kvinnliga tandläkares arbetsmiljö".

En projektledningsgrupp bildades med fyra klinikchefer, en distriktstandläkare och en utbildningsledare från folktandvårdens kansli. Därefter utvecklade projektgruppen tillsammans med samtliga kvinnliga tandläkare i NLL en fungerande arbetsorganisation för projektet som byggde på regiongrupper och nätverksgrupper (lokal nivå). När resurser avsatts för Auroraprojektet formulerades målen först i nätverksgrupperna (med ca 4-5 deltagare i varje). Dessa mål sammanfattades sedan i regiongrupperna och presenterades sedan av projektledningen i en delrapport 1998.

Alla kvinnliga tandläkare fick tillfälle att själva försöka ta reda på vad som orsakade sjukskrivningarna och vad man kunde göra för att förbättra arbetssituationen. Auroraprojektet genererades därmed från de tankar de kvinnliga tandläkarna hade kring sin egen vardagsverklighet. Arbetssättet innebar förutom att man träffades i nätverksgrupper, också att kunskaps-

seminarier inom olika teman arrangerades. Under det sista projektåret skulle tandläkarna arbeta med det *egna ansvaret* i arbetet och inför det temat knöts kontakten mellan mig som kulturgeograf/tidsgeograf och Auroraprojektet. Projektet pågick från 1997 till 2000 och involverade, samtidigt som mest, ca 90 kvinnliga tandläkare.



Figur 6.2 Auroraprojektets bakgrund och milstolpar över tid

Ett regionalt perspektiv på tandvården i NLL

Norrbottens län täcker en geografisk yta av 98 911 km², nästan en fjärdedel av Sveriges yta vilken bebos av knappt tre procent (256 260 personer) av Sveriges befolkning (Länsstyrelsen i NLL 2002). Huvuddelen av befolkningen fördelar sig på två tätortsområden: I Fyrkanten – Luleå, Boden, Piteå och Älvsbyn – bor ca 150 000 personer eller ca 60 % av hela länets befolkning. I Malmfälten – Kiruna, Gällivare-Malmberget – bor ca 44 000 personer (Länsstyrelsen i NLL 2002). Folkmängden har minskat varje år sedan mitten av 90-talet. Det beror framförallt på utflyttning men också på att födelsetalen sedan några år är lägre än dödstalen.

Tandvården i Norrbotten är uppdelad på allmäntandvård (med trettio två fasta kliniker och tretton annexkliniker)⁷⁶ och specialisttandvård. Den senare är knuten till Luleå, även om tandreglering även finns i Piteå och Gällivare. I enlighet med befolkningsmönstret finns det flest kliniker i Fyrkanten och framförallt i Luleåområdet. I Luleå finns dessutom Norrbottens central- och specialistsjukhus, Sunderbyns sjukhus, vilket bidrar till att öka vårdkoncentrationen dit, även inom tandvården. Det har under senare år varit svårt att rekrytera tandvårdspersonal framförallt till klinikerna i inlandet, vilket har medfört att belastningen på dem som arbetar vid dessa kliniker blivit mycket stor. Till viss del har man försökt lösa detta genom att införa ett ortstillägg och att tandläkare från den tätbefolkade Fyrkanten vid kusten har ålagts att vara ”stafetttandläkare”. Tandvårdsförvaltningen är, liksom Norrbottens Läns Landsting, lokaliserad till Luleå stad vilket medför att klinikerna, framförallt i inlandet, ligger långt från förvaltningen.

I Auroraprojektets projektledning fanns framförallt tandläkare från Fyrkanten. En tandläkare från Arjeplog deltog i projektgruppen och eftersom de flesta träffarna genomfördes i Luleå var hon tvungen att företa många och långa resor.

I den projektorganisation med region- och nätverksgrupper som utvecklades, var avsikten att tandläkarna i så stor utsträckning som möjligt skulle komma från olika kliniker och från kliniker med olika förutsättningar. Med

⁷⁶ På grund av de långa avstånden mellan klinikerna finns annexkliniker med begränsad öppettid. Ibland tar huvudklinken hand om tidsbeställningen.

tanke på att avståndet mellan Luleå och Kiruna är 339 km och avståndet mellan Arjeplog och Kiruna är 449 km så är det inte svårt att förstå att hela projektet krävde stora resurser, i tid, respengar och insatser från både deltagare och landsting.

En viktig förutsättning för hela Auroraprojektet, liksom för tandläkarnas möjlighet under det sista året att använda 4M-metoden i en så stor grupp, var att tandläkarna ända sedan projektstarten hade organiserat projektarbetet i nätverksgrupper. Redan före projektstarten, under hösten 1996 kom man fram till att arbetet skulle underlättas om det skedde i mindre grupper och till att börja med bildade man fyra regionala arbetsgrupper. Under våren 1997 genomfördes två utbildningsdagar för samtliga kvinnliga tandläkare med syftet att starta ett nätverk bestående av mindre grupper. Tanken var att om man arbetade i mindre grupper så skulle det vara lättare att nå de fastställda målen för projektet. De regionala grupperna indelades i 16 mindre nätverksgrupper med 5-6 deltagare i varje grupp. Således strävade man efter att minska de negativa effekterna av stora geografiska avstånd genom organisatoriska åtgärder.

Nätverksgrupperna skulle fungera som en mötesplats för individuella och kollektiva behov, där glädje, värme, humor och kreativitet, i kombination med allvar, erfarenhetsutbyte och kunskapsinhämtning, skulle ge stöd såväl till den enskilda som kraft till tandläkarna tillsammans att gemensamt arbeta mot visionen. Konkret skulle nätverksgrupperna framförallt arbeta med en probleminventering av arbetsmiljön inom fyra utvecklingsområden som man gemensamt kommit fram till: 1. Yrkesrollen, 2. Arbetstiderna, 3. Arbetsorganisationen, 4. Ledarskapet.

Under 1997 träffades grupperna fem gånger på arbetstid och därefter, fram till projektets slut, två gånger på arbetstid och två gånger på fritiden per år. Vid varje möte har man haft diskussionsunderlag och även bearbetat erfarenheterna från kunskapsseminarier och utbildningsdagar (Auroraprojektet 1998).

Nätverksarbete och identitetsskapande

Nätverk är en typ av struktur som kan definieras som mönster av fortlöpande sociala relationer mellan aktörer. Människors närvaro i olika organisationer skapar grunden för nätverksbildning. I organisationer beslutar man om formella nätverk i syfte att till exempel lösa vissa uppgifter vilket ofta sker i projektform. Man kan även knyta spontana kontakter med individer både inom den egna organisationen och med andra organisationer och därigenom skapa, eller få tillträde till befintliga informella nätverk (Blom 1997, s 196). Tandläkarnas nätverk i Auroraprojektet är en typ av semiformellt nätverk. Det är bildat för att lösa vissa konkreta uppgifter inom ett projekt (att göra en probleminventering) samtidigt som det i enlighet med underifrån/inifrån perspektivet har karaktären av ett informellt nätverk med sin betoning på ”mjukare värden” och anknytning såväl till arbetet som till de sociala relationerna i sig.

Ett nätverks funktion kan både ses ur ett nyttoperspektiv och ur ett socialt perspektiv. Att se nätverk ur ett nyttoperspektiv innebär att man koncentrerar sig på instrumentella värden i interaktionerna i nätverket. Att se nätverk ur ett socialt perspektiv innebär att man ser social värden i möjligheterna att nå vänskap och stöd. Kanske är nätverk idag speciellt viktiga för kvinnor, när åtstramningar och tidspress på arbetsplatser inom offentlig sektor innebär att det sociala samspelet mellan arbetskamrater får allt mindre utrymme och känslan av meningsfullhet krymper i motsvarande grad. Enligt en undersökning av Riksförsäkringsverket kan man misstänka att det är en av de underliggande orsakerna till de ökande sjukskrivningstalen bland kvinnor inom offentlig sektor (RFV 2001:11b).

Män har i alla tider bildat sociala grupper (nätverk) i vilka de etablerar och lär sig att handla utifrån gemensamma normer. Dessa normsystem har inneburit en garanti för att män som grupp har kunnat uppträda relativt enhetligt gentemot kvinnor (Lindgren 1996). En strategi som kvinnor använder för att minska de negativa effekterna av ”old boys networks” är att skapa helt kvinnliga nätverk för att kunna få och ge stöd av samma typ som män ger varandra. Blom (1997) refererar till artiklar om kvinnliga nätverk och menar att dessa visar på att det handlar om att uppnå såväl sociala som instrumentella värden. Syftet är att kvinnor utifrån sina egna kvinnliga normer kan utöva makt i form av motmakt mot de etablerade manliga normer som man uppfattar finns (Blom, 1997, s 198). Kvinno-

nätverk kan följaktligen vara till nytta och verka befrämjande för kvinnors intressen; dels i egenskap av strukturer där kvinnor kan söka stöd, självbekräftelse och kunskap; och dels i egenskap av aktörer som kan verka för att flytta fram kvinnors positioner genom till exempel att kvinnor, via nätverken, aktivt arbetar för att kvinnor ska få inflytelserika uppdrag i samhället (ibid., s 199).

Auroraprojektet som en social rörelse

I Auroraprojektet spelar nätverksgrupperna en slags sammanhållande roll för utveckling av motmakt mot sådana etablerade normer som tandläkarna upplever som hämmande för en positiv utveckling av arbetsmiljön och arbetssituationen. Tandläkarna utvecklar i Auroraprojektet en ny bild av sin kollektiva identitet. I boken ”Identitetens makt”, skiljer Castells (1998) mellan tre former av identitetsuppbyggnad:

Legitimerande identitet som är införd av samhällets dominerande institutioner för att utvidga och rationalisera deras makt över sociala aktörer.

Motståndsidentitet som alstras av aktörer som befinner sig i positioner-/tillstånd som har nedvärderats av maktens logik och som bygger sitt motstånd utifrån principer som skiljer sig från dem som genomsyrar samhällets institutioner.

Projektidentitet är när sociala aktörer bygger en ny identitet som omdefinierar deras position i samhället och som medför en omvandling av samhällsstrukturen. Ett exempel är feminismen som överskrider kvinnoidentiteten och utmanar hela patriarkala strukturen (Castells 1998, s 22).

Castells bygger på Alain Touraines tre principer för att definiera en social rörelse: *Rörelsens identitet*, *rörelsens motståndare* och *rörelsens vision* eller sociala modell. Castell tolkar i sin bearbetning *identitet* som rörelsens egen definition av vad den är, för vems räkning den talar. *Motståndare* syftar på rörelsens viktigaste fiende, så som den identifierats av rörelsen. Rörelsens *vision*⁷⁷ slutligen, tolkar han som rörelsens föreställning om det slags sociala ordning eller organisation som den skulle vilja uppnå inom den historiska horisonten för dess kollektiva handlande.

⁷⁷ Castells kallar i sin bearbetning den sociala visionen eller modellen för ’samhälleligt mål’.

Toraines typologi kan även användas för att definiera förändringsprojekt av Auroraprojektets karaktär som en slags sociala rörelser.

Auroraprojektets *identitet* ligger i att förändra en dålig arbetsmiljö inom tandvården och projektet är ett språkrör för i första hand de kvinnliga tandläkarna (i andra hand alla tandläkare och tandvårdspersonal) inom Norrbottens Läns Landsting.

I Auroraprojektet uttrycks *fienden* som den rådande arbetsmiljön och arbetssituationen, men bakom dessa abstrakta begrepp ligger i första hand den legitimerande identitetens (Tandvårdsförvaltningen och Landstingets) krav på lönsamhet och kontroll, vilket innebär högt arbetstempo och tidspress för tandläkarna. Dessa krav kanaliseras sedan genom individer i förvaltningen och klinikchefer.⁷⁸

Auroraprojektets *vision* presenteras på det här sättet:

” Vi får inte sitta fast i gamla rutiner och arbetssätt. Kvinnliga tandläkare skall gå före för mänskligare villkor och medverka till förändringar som också kommer att gynna de manliga tandläkarna. Det är inte bara det manliga synsättet som ska vara det normgivande. Kvinnors sätt att tänka och handla måste uppvärderas. En kvinna måste också inse sitt eget värde oberoende av sina olika roller. Vi vill ha jämställdhet mellan män och kvinnor både på arbetsplatsen och i hemmet. Sex timmars arbetsdag för både män och kvinnor och en rättvis fördelning av hemarbetet ger allas möjlighet till tid för egna intressen och personlig utveckling. Både mäns och kvinnors värderingar och erfarenheter skall finnas representerade på arbetsplatser och i olika arbetsgrupper. Då förbättras både effektivitet och arbetsklimat. En bra miljö för personalen ger en bra vårdmiljö för patienterna ” (Auroraprojektet, 1998).

⁷⁸ I andra hand kan fienden definieras som t. ex manliga tandläkare eller andra grupper inom tandvården.

6.4 Förändringsarbete kring eget ansvar i Auroraprojektet

Introduktion

I denna fallstudie har kvinnliga tandläkare i Norrbottens Läns Landsting arbetat med 4M-metoden inom ett större förändringsarbete, under rubriken ”*Eget ansvar*”. Som framgår av den tidigare presenterade fallstudien ”*Värkmästarna*”, ger 4M-metoden människans aktiviteter en tids- och rumsdimension, såväl i arbetslivet som i vardagslivet stort. Medvetenheten om den egna kroppens och de egna aktiviteternas beroende av tid och rum, gör det möjligt att se sammanhang som man annars är blind för i vardagens vanemässiga aktiviteter och handlingar. Den gör det också möjligt att urskilja var och på vilken nivå i en organisation, restriktioner och hinder men också möjligheter finns – möjligheter som tidigare kanske inte uppmärksammats av tandläkarna själva. Sedan tandläkarna objektiviserat sina rutiner i arbetet och identifierat var i organisationen hinder uppträder, har de försökt genomföra förändringar som de trodde skulle kunna förbättra deras arbetsmiljö och hälsotillstånd. Arbetet med 4M-metoden har med andra ord till stor del handlat om att hitta fokus för ett förändringsarbete och det egna ansvaret inom Auroraprojektet.

Den tidsgeografiska dagboksmetod och arbetsmodell som beskrivs i boken ”*Att byta vanmakt mot egenmakt*” (Ellegård & Nordell 1997) är utvecklad för att användas i individuellt förändringsarbete. Förutsättningarna i Auroraprojektet innebar att ett arbetssätt måste utvecklas så att det blev möjligt att använda 4M-metoden även i en storgrupp med många deltagare. Därmed måste en stor del av arbetet med förändringsprocessen läggas över på de kvinnliga tandläkarna själva och det professionella stödet kunde vara mindre frekvent än i fallstudien ”*Värkmästarna*”. Tandläkarna hade kontakt med varandra genom nätverksgrupperna där man träffades regelbundet, medan den professionelle i ”*Värkmästarna*” ledde en kurs där man träffades en dag varje vecka. Arbetsmodellen modifierades således i fallstudien ”*Eget ansvar*” för att 4M skulle kunna användas. Modifieringarna innebar, för det första, att största delen av arbetet gjordes av tandläkarna själva mellan träffarna och, för det andra, att utvärderingen bestod av gruppdiskussioner, eftersom det inte fanns tidsutrymme inom projektet för en andra utvärderande dagbok. Här ersätter således grupparbetet det individuella mötet mellan dagboksförare och professionell samtalspartner i den ursprungliga modellen.

Deltagare och datamaterial i "Eget ansvar"

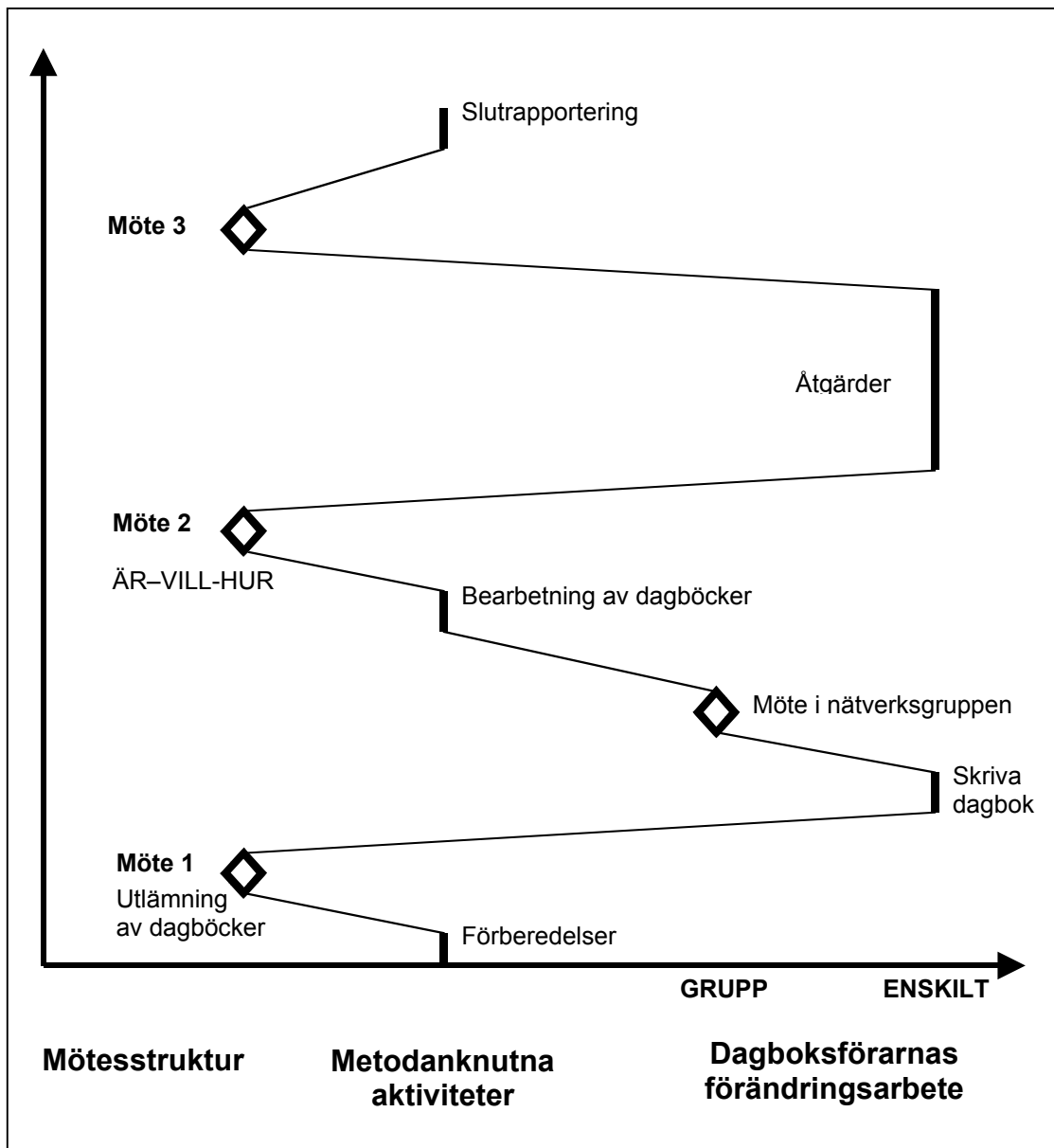
Samtliga kvinnliga tandläkare i Norrlands Läns Landsting deltog i Aurora-projektet. Vid projektstarten 1997 fanns det 84 kvinnliga tandläkare, antalet har sedan varierat för att vara drygt 90 i slutet av projektet. Under perioden har tandläkare slutat och nyanställts, fått barn och sjukskrivits och det är svårt att få fram en exakt siffra för varje tidpunkt under perioden. Alla kvinnliga tandläkare har ingått i nätverksgrupper och deltagit i sammanträffanden när de inte har haft förhinder. Ibland har sammanträffandena kolliderat med kurser, sjukskrivning etc. Dessutom har många tandläkare långa resvägar till Luleå vilket kan göra att man helt enkelt inte har hunnit göra resan för de gemensamma seminarierna, eller velat utsätta sig för dåligt vinterväglag. Antalet tandläkare som deltagit vid de centrala sammankomsterna har därför varierat från nästan samtliga (85-90), till som lägst ca 60 personer.

Datainsamling genom arbetsmodellen

I fallstudien "Eget ansvar" måste således datainsamlingen läggas upp på ett annat sätt än i "Värkmästarna" eftersom det handlar om användning av 4M-metoden i mycket stor grupp. Dagböckerna introducerades vid det första gemensamma seminariet och tandläkarna ombads att skriva dagbok under minst två dagar, men de fick själva välja om de ville och orkade skriva även före och efter arbetet. Ett imponerande antal tandläkare skrev dagbok, några endast under arbetstid men många försökte skriva hela dagarna. Istället för att själv bearbeta alla tandläkares dagböcker efter dagboksskrivandet samlade jag in minnesanteckningar från diskussioner i nätverksgrupperna efter deras dagboksskrivande. Jag samlade in minnesanteckningar från tolv nätverksgrupper. Dessutom bearbetade jag sex tandläkares dagböcker (anonyma), och dessa använde jag som exempel under våra seminarier. I mitt datamaterial ingår också anteckningar från de fyra regiongruppernas diskussioner vid utvärderingstillfället.

Förutom detta datamaterial har jag gjort intervjuer med åtta tandläkare, en utbildningsledare (deltagare i projektgruppen), en personalchef på tandvårdsförvaltningen och en personalchef (initiativtagare till projektet) på landstinget. Samtliga intervjuer är inspelade på band. Dessutom har jag haft tillgång till delrapporterna från Auroraprojektet, yrkesinspektionens

rapport och enkäter som gått ut till tandläkarna. Jag har gjort egna anteckningar i samband med diskussioner på träffarna och även från samtal såväl i grupp som enskilt med tandläkarna. Jag har också haft kontinuerlig kontakt med medlemmarna i projektledningen från och med våren 1999 fram till skrivning av slutrapporten till Landstinget i juni 2000.



Figur 6.3 Uppläggnig av projektet "Eget ansvar"

1. Kursstart

Tillsammans med projektledningen kom jag överens om ett upplägg av projektet ”eget ansvar”. I september 1999, presenterade jag det tidsgeografiska tänkesättet och 4M-metoden; dagboksmetod och arbetsmodell för hela storgruppen (möte 1). När dagen var slut hade tandläkarna fått i uppgift att skriva dagböcker under några dagar – en vecka var önskvärt, men om det var för svårt så skulle man försöka skriva åtminstone två dagar. Dagboken skulle framförallt föras under arbetstid men jag underströk att det var en fördel om tandläkarna även skrev dagbok tiden före och efter arbetstiden för att få en uppfattning om hela sitt livssammanhang.⁷⁹

Därefter fick handledarna i nätverksgrupperna i uppgift att leda tandläkarnas arbete med att skriva dagbok och att samla sin nätverksgrupp för att diskutera hur det hade gått och vilka tankar man hade fått under dagboksskrivandet. Diskussionerna sammanfattades skriftligt och skickades till mig. Dessutom fick jag in sex anonyma dagböcker så att jag själv närmare skulle kunna studera tandläkarnas aktiviteter i sitt dagliga sammanhang.

2. Grupparbete ÄR—VILL—HUR

Vid det andra sammanträffandet (möte 2) arbetade 13 nätverksgrupper med att definiera hur deras arbetsvardag ÄR, tänka på vad de VILL och ge förslag på HUR, dvs. några åtgärder som var möjliga att genomföra för att komma närmare VILL-läget. Jag träffade varje regiongrupp (4 st) under en halvdag. Istället för att gå igenom varje tandläkares dagbok individuellt och sammanträffa med var och en, fick resultatet av varje enskild tandläkares dagbok och de gemensamma diskussionerna i nätverksgrupperna bilda grunden för en genomgång av ÄR och VILL-läget. Jag utnyttjade här de sex dagböcker som jag bearbetat och de minnes-anteckningar jag fått från diskussionerna i nätverksgrupperna. Dessutom visade jag exempel för samtliga grupper på hur datorbearbetade dagböcker såg ut och hur de kan analyseras. Jag förberedde frågor till ett grupparbete på grundval av exempeldagböckerna och minnesanteckningarna. Frågorna ställdes med av-

⁷⁹ Att skriva dagbok kontinuerligt är svårare för en tandläkare än för många andra yrkesgrupper. Därav flexibiliteten i antal dagar. Möjligheten att välja att skriva dagbok endast under arbetstid fanns, eftersom det var arbetsmiljön som var det utpekade och upplevda problemet. I de dagböcker som jag bearbetat hade alla skrivit dagbok hela dygnet, de hade också fört dagbok fler än två dagar.

sikt så att tandläkarna skulle identifiera sitt vardagliga aktivitetsmönster för att kunna identifiera problem och möjligheter i arbetet. Det gällde också att skilja ut vilka krav som var upplevda och vilka som var reella för att få en utgångspunkt för att angripa dem. Ett annat syfte var att jämföra ideal med verklighet, dvs. att se hur den verkliga användningen av arbetstiden såg ut jämfört med den planerade (Se figur 6.1). Avsikten var att genom diskussion i nätverksgrupperna ersätta den diskussion som i den ursprungliga arbetsmodellen sker mellan dagboksförare och professionell. I grupparbetet fick sedan nätverksgrupperna tillsammans diskutera 1) hur det ÄR på arbetsplatsen, 2) hur de VILL att de ska vara och 3) vad som är möjligt att förändra just nu, HUR.

- *Kartläggning av ÄR-läget.*
- *Problem och möjligheter.*
- *Har något nytt kommit fram efter dagboksskrivandet?*
- *Hur ser vardagslivet ut som helhet - arbetstid och övrig tid?*
- *Vad är mest pressande: Yttre omständigheter eller inifrån komna krav?*
- *Hur ser tidsanvändningen ut när ni jämför era egna dagböcker med klinikernas tidrapporter? Skiljer dom sig mycket åt och går det att peka ut speciella områden som kan förändras?*

A. Diskutera och skriv ner högst fem konstateranden om hur det ÄR på arbetet i varje nätverksgrupp.
Ni kan också diskutera och skriva ner hur det ÄR i livet utanför arbetet.

B. Diskutera och skriva ner högst fem önskningar som rör arbetet, hur ni VILL ha det.
Ni kan också diskutera och skriva ner önskningar (VILL) som rör resten av livet.

C. Försök lägg upp en förändringsstrategi (HUR) i varje grupp för hur man kan komma till VILL, ensam eller tillsammans.
Den ska bestå av högst tre åtgärder som verkar möjliga att genomföra i nuvarande organisation. Ni behöver inte vända upp och ner på kliniken.

D. Vilka yttre omständigheter, strukturer, måste förändras för att det ska gå att åstadkomma varaktiga förändringar i verksamheten?

Figur 6.4 Grupparbete: ÄR-VILL- HUR

Diskussionen i samband med grupparbetet rörde nästan uteslutande frågor som gällde arbetsplatsen. Jag hade visserligen rekommenderat tandläkarna att försöka skriva dagbok hela dygnet eftersom hela livssammanhanget spelar roll även för upplevelsen av arbetet, men i grupparbetet valde de själva att koncentrera sig helt på frågor som gällde arbetsplatsen.

Diskussionen sammanfattades i varje nätverksgrupp kring fem konstateranden av hur det ÄR på arbetsplatsen. Sedan diskuterade man i nätverksgrupperna hur man VILLE att det skulle vara och enades om fem önskingar eller VILL-lägen. Varje nätverksgrupp diskuterade sig därefter fram till tre åtgärder som verkade möjliga att genomföra utan förändringar av den nuvarande organisationen (HUR), dvs. åtgärder som i princip kunde genomföras omedelbart. Slutligen diskuterade grupperna vilka yttre omständigheter och strukturer som måste förändras för att varaktiga förändringar i verksamheten skulle kunna komma till stånd.

I samband med grupparbetet fick tandläkarna muntligt i uppgift att försöka genomföra *en* av de saker som de hade kommit fram till var möjliga under diskussion rörande HUR tills vi skulle träffas efter drygt två månader. Jag sammanfattade sedan de föreslagna åtgärderna under olika kategorier efter min tolkning av hur svåra de var att genomföra. Under rubriken HUR fanns många slags åtgärder allt från att landstinget borde anställa fler tandläkare till att man själv borde våga säga ifrån till en arbetskamrat. Jag följde upp de två kursdagarna med ett brev till alla tandläkare där jag sammanfattade förslagen på åtgärder som de olika grupperna hade kommit fram till. Jag föreslog också att de kunde genomföra någon eller några åtgärder från den gemensamma sammanställningen om inte något av gruppens förslag passade (se figur 6.7)

3. Utvärdering: Har vi kommit någonstans i vårt förändringsarbete?

Sista sammanträffandet i processen skedde i storgrupp och nästan samtliga tandläkare deltog (möte 3). Utifrån ett grupparbete som jag hade förberett diskuterade tandläkarna hur förändringsarbetet hade gått och om de hade lyckats genomföra några av de åtgärder de hade kommit fram till skulle vara möjliga. Diskussionerna fördes på förmiddagen i de fyra regiongrupperna, och var och en av dem hade en sekreterare. På eftermiddagen presenterade sekreterarna resultatet av diskussionerna inför samtliga närvarande tandläkare och hela gruppen jämförde och diskuterade.

Förra gången vi träffades så arbetade ni fram en förändringsstrategi. Ni diskuterade er fram till tre åtgärder som ni själva tyckte skulle vara möjliga att genomföra just nu, inom nuvarande organisation. Jag skickade sedan ett brev till er där jag bad er att försöka genomföra minst en av dessa åtgärder.

1. Har du lyckats genomföra någon förändring ?

Här är ingenting för obetydligt att ta upp. Den allra minsta åtgärd eller attitydförändring är av betydelse.

2. Har du försökt att genomföra något tillsammans med någon eller några andra?

Har ni exempelvis på er klinik försökt att åstadkomma några förändringar gemensamt? Hur har det gått i så fall? Vad har varit lätt och svårt?

3. Om ni inte har lyckats genomföra någonting vad anser ni i så fall att det beror på?

Har ni försökt eller blev det av olika anledningar inte av? Var ligger svårigheterna? Försök identifiera vem eller vad som hindrade er.

4. Hur bedömer ni situationen på er arbetsplats idag?

Jämför den med hur situationen var när ni startade Auroraprojektet.
Är den bättre, sämre eller varken eller? Vad beror det i så fall på (kortfattat)?

Figur 6.5 Gruppdiskussion vid utvärderingen. Diskussion i regiongrupper med en diskussionsledare som kortfattat sammanfattar gruppens synpunkter och sedan presenterar dem i storgrupp.

I den ursprungliga 4M-modellen fungerar den andra dagboken som en självutvärdering av förändringsprocessen. I denna fallstudie genomfördes en gruppdiskussion istället för att var och en skrev en andra dagbok. Istället för att genom dagboksgrafer reflektera över eventuella förändringar som har genomförts så ställs i grupparbetet direkta frågor. Utifrån frågorna var tanken att tandläkarna skulle reflektera över vad de konkret hade åstadkommit, ensamma eller tillsammans med andra, men lika viktigt var att identifiera orsakerna till att förändringar inte hade kunnat åstadkommas för att identifiera hindren för dessa. Avsikten var att tandläkarna i högre grad skulle bli medvetna om de faktiska och upplevda restriktioner som begränsar deras handlingsutrymme. Slutligen fick de i uppgift att försöka se tillbaka på hela tiden från projektstarten för att försöka jämföra situationen då och nu. Anledningen till den uppgiften var mitt antagande om att vi människor är så uppslukade av nuet att vi ofta glömmer det även ganska nyss förflutna.⁸⁰ Konsekvensen kan bli dels att vi glömmer att det kanske

⁸⁰ En hypotes som även dagboksmetoden bygger på. Dvs. att i efterhand rekonstruera en dag ger en helt annan bild än att skriva dagbok kontinuerligt.

har skett förbättringar för att vi är så uppfyllda av det som vi inte är nöjda med just nu, dels att vi bär med oss dåliga erfarenheter som vi projicerar på nuet vilket gör att oavsett vilka förändringar som sker så uppfattar vi dem inte.

6.5 Kan tandläkarnas handlingsutrymme ökas?

Att använda 4M-metoden i en större grupp

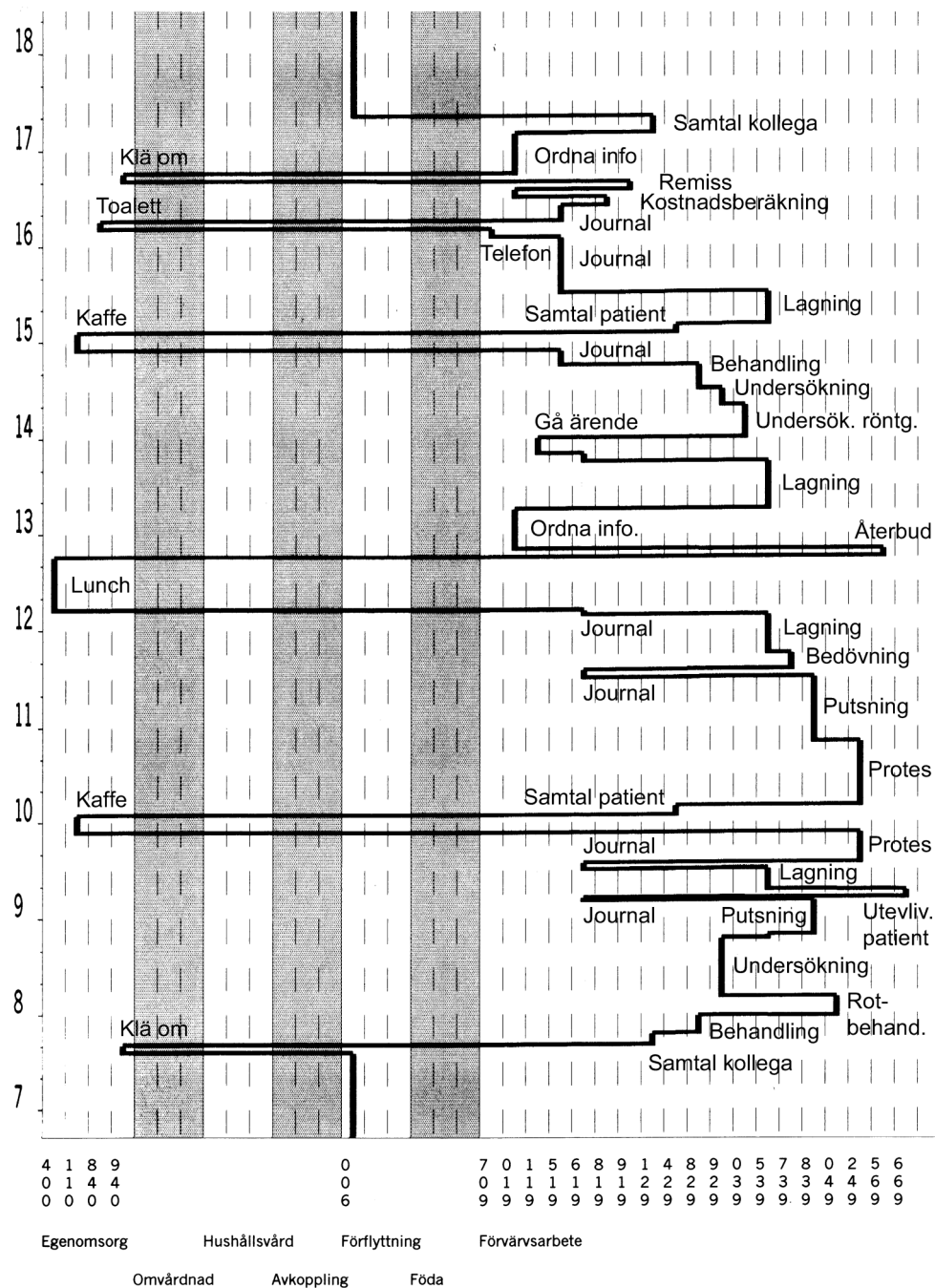
När 4M-metoden utnyttjades i Auroraprojektet hade den således redan prövats i ett kursorganiserat individuellt rehabiliteringsarbete ”Värkmästarna” och i fallstudien ”Eget ansvar” prövades den för första gången i en större grupp. Arbetssättet modifierades på två sätt:

- a) Tidsutrymmet i Auroraprojektet tillät inte två dagboksomgångar, utan den andra, utvärderande dagboken ersattes av gruppdiskussioner i seminarieform.
- b) På grund av det stora antalet tandläkare gick det inte att genomföra möten på ett individuellt plan mellan tandläkare och mig som professionell. Jag hade inte resurser att ensam datorbearbeta alla dagböcker och diskutera varje dagbok med dess författare. Tandläkarna skrev sina individuella dagböcker och samlades för att diskutera dem med varandra i sina nätverksgrupper. Självt datorbearbetade jag sex dagböcker och resultatet av detta presenterade jag i de fyra regiongrupperna. Inte heller var det möjligt att arbeta med ÄR- och VILL-lägena individuellt, utan dessa diskuterades fram i nätverksgrupperna under ett handlett grupparbete.

I stort sätt fungerade arbetssättet bra även om det nog hade varit en fördel om vi hade kunnat träffas vid fler tillfällen och om grupperna hade kunnat få mer handledning. Tandläkarna tyckte överlag att det var ett bra arbetssätt att först arbeta individuellt, genom att skriva dagbok och att sedan arbeta i nätverksgrupper och till sist i storgrupp. De tycktes uppskatta återföringen till alla av samtliga nätverks- och regiongruppers inskickade material.

Grafen för Aktiviteter

Fig 6.6



Figur 6.6 En kvinnlig tandläkares dagbok.

Bearbetning av dagboksanteckningar under en arbetsdag. Bredvid aktiviteterna står det i klartext vilken aktivitet det är. Vid pågående aktivitet är linjen vertikal och byte av aktivitet indikeras av en smal horisontell linje. I figuren ingår för enkelhetens skull endast arbetslivssfären och vi vet inte vad personen har för sig innan hon börjar arbeta (7.30) eller vad hon gör efter arbetet (17.30). Under figuren anges de aktivitetsfärer som en vuxen människa går emellan i sitt projekt "att leva livet". Om en dagbok över hela dygnet hade redovisats på samma sätt, så skulle förmodligen nästan alla sfärerna tas i bruk, beroende på var personen befinner sig i livscykeln.

Att skriva dagbok

Att skriva dagbok själva utgjorde i sig en svårighet för tandläkarna som yrkesgrupp. Genom att de arbetar under stor tidspress och ständigt har något i händerna så är det betydligt svårare för dem att skriva dagbok under arbetstid än det är för många andra yrkesgrupper. Samtidigt blev många tandläkare, genom att ta sig tid att skriva dagbok, uppmärksamma på vad de gjorde på ett annat sätt än tidigare.

”Det var jobbigt att skriva för man orkade inte skriva den men den öppnade samtidigt ögonen för vad man höll på med.” (Tandläkare 8)

Framförallt blev tandläkare i ännu högre grad medvetna om hur uppstyckade deras arbetsdagar var och hur oerhört många aktiviteter som ingår i deras arbete. Denna insikt gällde både arbetstiden och övrig tid.

”...det var intressant att se hur komplex ens dag är och det var nästan lika stressigt hemma. Jag försökte skriva hela tiden. Det var stressigt men jag tyckte inte det var för stressigt att föra den. Jag såg meningen med det.” (Tandläkare 3)

Några tandläkare gav upp dagboksskrivandet för de tyckte att de helt enkelt inte hann med trots att de både ansåg och insåg att det var viktigt.

”Min ambition att skriva dagbok sprack – telefonen började ringa på en gång. Anteckningsboken tog slut under första dagen.” (Nätverksgrupp 12)

Dagböcker som underlag för diskussion i nätverksgrupperna

Erfarenheterna från att skriva dagbok utgjorde sedan underlag för diskussionerna i nätverksgrupperna. Tandläkarna tyckte att dagboken var ett bra verktyg för att förtydliga hur den dagliga arbetsverkligheten såg ut och att den gav upphov till diskussioner i nätverksgrupperna.

”Alltså man har satt upp trettio minuter för lagning och så ser man att nu ringer telefonen, nu kommer receptionen. Det tycker jag gav jättemycket och speciellt i gruppen där vi satt sen, i nätverksgruppen och diskuterade och när vi läste upp för varann.” (Tandläkare 3)

Det framgår att tandläkarna tycker att det är bra att synliggöra det man känner och tänker på (ex. stress) och att det, genom dagboken och exempelgraferna, blir lättare att prata om det med andra när det finns konkretiserat framför en. Minnesbilderna av dagboken, diskussionen och graferna gör att en klocka ringer när man tar på sig för mycket.

”- Ja, och då tänker man sen tillbaka på det, för bilderna dyker ju upp igen, poff, att nu kanske jag går på den där fällan, att man – speciellt om väldigt mycket dyker upp samtidigt, om man ska klara av fyra saker, telefon ringer och patienten och en till akut och... , för man kan ju reagera så att man ska försöka fixa det här istället för att börja prioritera och tänka att det här går inte vi måste lösa det på ett annat sätt. Det är väldigt lätt att man faller in i det här, man vill ju så väl, alla vill göra det maximala för att alla ska bli glada och nöjda. Man kanske ska försöka lösa det så att de flesta blir ganska nöjda istället för annars bränner man ut sig själv.” (Tandläkare 6)

En allmän åsikt var att om ett bra arbete i nätverksgruppen ska komma till stånd så måste alla vilja vara med. Om en eller några medlemmar i gruppen förhåller sig negativ så blir det ingen konstruktiv diskussion och då stoppar arbetet.

Några tandläkare upplevde det som ett problem att tala om livet som helhet i nätverksgrupperna trots att många tandläkare hade fört anteckningar under hela dygnet de dagar de skrev dagbok. Aktivitetsmönstret utanför arbetet varierade mycket för olika personer framförallt beroende på familjeförhållanden, medan aktivitetsmönstret på arbetet var mer lika. En tandläkare som är ensam om att inte ha familj, kan känna sig utanför i en grupp där alla andra har barn och tusen aktiviteter att utföra utanför arbetet. Arbetet var den minsta gemensamma nämnaren.

Vad man inser – hur arbetet faktiskt ÄR

Planering och utfall av tandläkararbetet

Många tandläkare blev medvetna om hur mycket dagsplaneringen i tidboken skiljde sig från det dagliga utfallet.

”När jag jämförde hur arbetsschemat såg ut i tidboken med mina anteckningar kunde jag konstatera att dagsschemat såg bra ut men så kom verkligheten in och förstörde allt.” (Nätverksgrupp 12)

Tandläkarna tyckte också att dagboken visar att det är ett enda duttande av aktiviteter några minuter i taget. Svåra patientbehandlingar avbröts av telefonsamtal och ”saker som måste göras”. De blev förvånade över hur många avbrott som skedde dagligen och att de så sällan fick tillfälle att arbeta ostörda med sina patienter. De upplevde att det var svårt att slutföra arbetsuppgifter då de sällan kan göra saker klart på en gång utan ständigt fick börja om .

”Telefonsamtal med kollegor, specialister, myndigheter mm. är jobbiga då våra dagar är så inrutade och bundna och vi får ständigt ringa samma samtal gång på gång för att få tag i rätt person.” (Nätverksgrupp 4)

Tandläkarna upptäckte också att de oftare hade korta behandlingstider än långa. Behandlingstider mellan 10 och 20 minuter var mycket vanligare än 60 minuters behandlingstid vilket innebär att arbetet blir mer uppstyckat, och genererar fler administrativa insatser, journalskrivning etc., under dagen. Vissa tandläkare upplevde korta behandlingstider som störande medan andra tyckte det var skönt att inte vara låst så lång tid till samma patient.

Vem planerar arbetstiden

Tandläkarnas huvudsakliga förhandlingspart på kliniken är receptionen och receptionspersonalen, där tidboken för det mesta finns. Eftersom tidboken styr tandläkarnas dagsplanering så beror det dagliga utfallet på hur tidboken fylls i. Många tandläkare upplevde receptionen som en stor maktfaktor. De upplevde ofta att receptionen visade dålig respekt för deras egna önskemål om hur tidboken skall fyllas. Det kan gälla t. ex. hur många rotbehandlingar en tandläkare kan göra per dag, eller att man bokar in akutpatienter på tid som är avsedd för administration. Det kan också gälla att tandläkaren inte får någon återhämtningstid mellan patienterna vilket innebär att journalskrivningen måste göras i efterhand och kanske därmed inte blir av samma kvalitet.⁸¹

⁸¹ Jämför hur viktigt det är att kontinuerligt föra dagbok, kap 3.

Det kan också röra sig om felaktigt iförd planerad åtgärd i tidboken eller avsaknad av planerad åtgärd i tidboken respektive avsaknad av journal, vilket gör att tandläkaren blir inställd på fel arbetsmoment. Dessutom upplevde tandläkarna problem av den typen som besvärande inför den patient som blir drabbad.

Yttre restriktioner – avbrott och störningar

Tandläkarna reagerade framförallt på att de så ofta blev avbrutna och inte kunde styra över avbrotten. Detta faktum var också tydligt i de sex inskickade dagböcker som jag bearbetade och använde som exempel. Tandläkaren är större delen av arbetsdagen låst vid någon patient och är på så vis, till skillnad från många andra yrkesgrupper, alltid nåbar. Receptionen ringer och undrar över något, profylaxsköterska eller tand-hygienist har frågeställningar eller vill ha hjälp, patienter ringer och vill fråga någonting. Tandläkarna glömmer snabbt att de blivit störda och det skapar en irritation som inte har någonstans att ta vägen, eftersom den ursprungliga orsaken har fallit ur minnet under dagens strida ström av göromål. De oplanerade avbrotten irriterade både för att tandläkarna upplevde att de tvingades nonchalera patienten i stolen, och för att koncentrationen på det föreliggande arbetet avbröts och måste återupptas. Den störda processen kräver längre tid totalt sett än den ostörda, på grund att man måste rekapitulera vad man höll på med när avbrottet skedde.

Patienten

En annan störning är patienter som uteblir eller är försenade. Plötsligt blir ”fri tid” tillgänglig men vid en försening tycker tandläkarna inte att de kan utnyttja den effektivt. Eftersom de inte vet om och när den patient de har förberett sig inför kommer, kan de inte använda tiden till mer tids- och koncentrationskrävande arbete. Om patienten dessutom dyker upp försenad, blir hela dagsplaneringen störd.

En annan orsak till tidskonflikt ligger i kommunikationen med patienten. Det kan röra sig om sådana saker som språksvårigheter, handikapp eller oroliga patienter. Sådana komplikationer kan ta många minuter extra i anspråk i ett hårt pressat schema. Ett exempel på sådana omständigheter är när en gravt tandvårdsrädd patient hade tandvärk. Tandläkaren lade ned mycket omsorg på förberedelse och motivation av patienten för att kunna hjälpa henna och få utföra operationen och lyckas med detta. Men när

behandlingen skulle utföras, fungerade inte utrustningen som var gammal och sliten. Här visade sig bristen i det tekniska systemet.

Det administrativa arbetet

Tandläkarna ansåg att det administrativa arbetet tar mer tid, dvs. fler administrativa uppgifter läggs på tandläkarna, än vad det finns arbetstid avsatt för. Flera tandläkare känner också att de inte hinner skriva ordentliga journaler. Alla anser att de behöver mer tid för det administrativa arbetet kring patienterna – journalerna samlas på hög, man hinner inte föra dem, inte skriva alla remisser och remissvar, behandlingsgranskningar, ansökningar till Försäkringskassan etc. Tiden är för kort och det administrativa arbetet blir mycket uppsplittrat och man blir dessutom ofta avbruten. Man känner sig tvingad att utnyttja återbudstider och uteblivanden och i värsta fall fikaraster och (obetald) övertid för att hinna göra det administrativa arbetet.

”Eftersom vi för det mesta är inriktade på resultat och konkurrens försöker vi använda eventuella återbud och ibland – använda obetald övertid för att skriva remisser, journalanteckningar och kostnadsförslag.” (Nätverksgrupp 6)

Ibland finns det inte möjlighet att skriva journalanteckningar i samband med patientbehandlingar utan dessa får samlas på hög. Vissa tandläkare tycker också att övriga personalkategorier kunde avlasta dem från arbetsuppgifter som andra egentligen klarar lika bra.

”Trots fulltecknade tidböcker ska vi vara tillgängliga för telefonsamtal hela dagen och kunna ta emot våra egna akuta patienter.” (Nätverksgrupp 7)

Upplevda krav

Flera tandläkare pekade på hur de har internaliserat kraven på att vara duktiga och menar att det inte känns som om de arbetar om de inte har en patient i stolen.

” De flesta av oss kände sig pressade i arbetet för att vi vill vara så duktiga och prestera och producera så mycket som möjligt. Det känns inte som om vi arbetar om vi inte har patienter i stolen eller vet att i kostnadsförslaget vi skriver har vi tagit betalt för den tid det tar att göra detta.” (Nätverksgrupp 6)

”Man sätter jobbet högt. Man är en duktig flicka. Går till jobbet ändå, bränner ut sig. Man känner skuld: Varför klarar jag inte av det här?... Man måste kunna få välja bort det som man upplever som dåligt utan att förlora i värde – i andras ögon och i sina egna” (Nätverksgrupp 1)

Tandläkarna är så drillade att använda all tid effektivt, att när det blir lite tid över mellan patienterna gör de något annat jobb, t. ex. en lagning till som inte var planerad. Detta leder i sig ofta till att de istället blir försenade.

Det största hindret för att göra förändringar på arbetsplatsen ansågs vara de oskrivna regler som styr reception och personal, dvs. de vanor och rutiner som cementerats på arbetsplatsen och som kan sammanfattas i: ”så har vi alltid gjort här”.

Hälsorelaterade iakttagelser

En annan tidskonflikt var den som uppstod mellan kroppens biologiska behov och dagsplaneringen. Tandläkarna hann till exempel inte alltid gå på toaletten när de behövde och det var dessutom ofta det enda ställe där de var helt ensamma på under hela arbetsdagen.

”Dagbokens bild av livet verkar destruktiv med för lite sömn, överhoppade måltider, övertidsjobb...” (Nätverksgrupp 3)

Några tandläkare hade ofta huvudvärk under de dagar de skrev dagbok, det var också vanligt med känslor av oro, irritation och stress. De upptäckte också att de lätt blev upprörda över småsaker som egentligen inte var något att bry sig om. De trodde att irritationen berodde på att de ständigt blir avbrutna i sin koncentration i arbetet och på att alla störningar kändes nonchalant mot patienten i behandlingsstolen. De oplanerade avbrotten upplevdes som mest irriterande. Om man vet i förväg att någon ska ringa så känns det mindre besvärande. En del av tandläkarna kände irritation redan innan arbetsdagen hade börjat. Stressnivån höjdes vid förseningar i det planerade tidsschemat. De kunde bli försenade flera gånger per dag p g a försenade patienter, ”inklämnda” akutpatienter och av patienter som uteblev helt (jfr fig. 6.1). Deras stressupplevelse kom på en gång trots att förseningen inte är så stor. Det är irriterande och stressande att vänta på någon när man inte vet när (eller ens om) patienten kommer. Den tid som ”frigörs” på det sättet upplevs som ineffektiv och det kan vara svårt att ta

tag i annat arbete. Mycket pappersarbete som inte hanns med under arbetstiden upplevdes också som stressande. Det upplevdes som väldigt stressande att bli störd av det som andra klarar att hantera lika bra som tandläkarna. De mikropauser som uppstår i arbetet tyckte tandläkarna inte gav någon större avkoppling. När t. ex ett material stelnar då kontrollerade de stelningen hela tiden. De tyckte också att de hade slutat reagera på kroppens varningssignaler. De var så vana vid småkrämpor att de registrerade dem inte längre.

Privatlivet

För tandläkare som levde med make och barn i hushållet blev konflikten mellan egna behov och dagsplaneringen mycket tydlig. Flera av dem var sällan ensamma eller gjorde något själva någon gång på hela dagen. De hade sällan tid för reflektion, vare sig på jobbet eller hemma. För dem tydliggjordes ett stort behov att få tid för sig själva.

”På vår fritid orkar vi inte så mycket som vi skulle vilja. Det sociala livet blir lidande. Vissa områden inom yrket måste hållas aktuella och det får vi delvis göra på vår fritid.” (Nätverksgrupp 9)

Mycket vidareutbildning förläggs till helger och många tandläkare tvingas utföra patientrelaterade uppgifter, t. ex journalskrivning, på övertid.

Många har dessutom fullt upp med hemsysslor både innan arbetet börjar och efter arbetet ända tills de går och lägger sig. Flera tandläkare tyckte inte att de räckte till för de egna barnen på grund av trötthet efter arbetsdagen.

”Som småbarns- och ungdomsförälder har man ett stort ansvar och det är en svår balansgång att räkna till. Stor energi förbrukas under arbetsdagen. De egna barnens behov kan inte alltid tillgodoses på fritiden.” (Nätverksgrupp 8)

Brist på egenkontroll

Tandläkarnas reflektioner efter dagboksskrivandet kan sammanfattas under rubriken ”brist på egenkontroll över arbetet.” Att uppleva brist på kontroll i sitt arbete är något som vi vet är en stor anledning till stressrelaterade

besvär.⁸² Dagboken tycks ofta konkretisera det tandläkarna redan visste och bekräfta tankar som man burit halvt medvetet. Även de som kände att de inte hade tid att skriva blev kanske just därför medvetna om hur komprimerat och inrutat livet var. Arbetsdagarna är fulltecknade och tandläkarna hinner aldrig eller mycket sällan ta en kort paus mellan patientbehandlingarna.

”Vi har blivit uppmärksamma på att det är mycket vi gör samtidigt utan att vi tänker på det. Alla göromål kräver full uppmärksamhet och full koncentration och är mycket energikrävande.” (Nätverksgrupp 5)

Planerade arbetsuppgifter utsätts för ständiga avbrott och störningar, som förfrågningar från receptionen, hygienistkonsulten mm. Behandlingssituationer där man ej kan kommunicera obehindrat med patienten upplevs som svåra. Det kan röra sig om patienter som talar ett annat språk och där tolk behövs. Det kan också röra patienter med olika typer av handikapp där behandlingstiden blir längre än normalt.

Men tandläkarna fick genom ”Eget ansvar” också en insikt om att det fanns vissa möjligheter att disponera tiden på ett annat sätt och åstadkomma förändringar genom att själv agera annorlunda.

”- Ja, det var mest det där att man stressar omkring ganska mycket, i och för sig vet man om det men det blir inte så konkret förrän man sätter det på ett papper. Sen det där man lärde sig det är att någon gång måste man säga nej. Man kan inte göra tre saker samtidigt” (Tandläkare 6)

Identifiering av möjliga åtgärder

I november år 1999 samlades tandläkarna i sina regiongrupper under min handledning (möte 2 i figur 6.4). Vi gick igenom och diskuterade de skriftliga sammanfattningarna som handledarna i nätverksgrupperna skickat till mig och vi diskuterade de dagböcker som jag hade datorbearbetat. Sedan arbetade nätverksgrupperna var för sig med att kartlägga och diskutera hur det ÄR och hur man VILL ha det istället, och vilka steg man kunde börja ta för att komma dit (HUR) under nuvarande omständigheter,

⁸² Se ex Frankenhaeuser 1983; FRN 2000.

dvs. utan att strukturella förhållanden, som exempelvis arbetstidsförändringar och omorganisationer genomförs. ÅR-läget innebär identifiering av förhållandena på arbetsplatsen och grundade sig på tandläkarens egen dagbok och diskussioner i nätverksgrupperna (vilket motsvarar punkten 2 Grupparbete ÅR-VILL-HUR i avsnitt 6.4). Varje nätverksgrupp prioriterade fem ÅR-förhållanden i enlighet med sitt grupparbete. Sedan diskuterade de sig fram till fem förhållanden som man VILL förändra och slutligen funderade man på tre åtgärder som man skulle kunna vidta omedelbart, själv eller tillsammans med arbetskamrater på kliniken.

Det visade sig vara ganska svårt att komma fram till tre saker som man skulle kunna göra omedelbart och därför samlade jag in alla förslag från nätverksgrupperna och försökte strukturera dem i svårighetsgrad i en "handlingslista". Min struktureringen av förslagen skickades tillbaka till tandläkarna och jag bad dem försöka genomföra någon av åtgärderna på listan tills vi skulle träffas nästa gång (efter ca två månader). Handlingslistans syfte var att visa på att handlingsutrymmet skiljer sig åt för olika typer av åtgärder (se figur 6.7).

De åtgärder som det är möjligt för tandläkarna att vidta tillsammans med arbetskamrater eller själva klassificerades under separata rubriker: 2. Åtgärder inom kliniken, respektive 3. Egna åtgärder. Åtgärderna under dess rubriker tydliggör att det finns handlingsutrymme som kunde utnyttjas av varje tandläkare omedelbart och det handlingsutrymme som kan utnyttjas för att göra förändringar såväl av varje tandläkare omedelbart, som av arbetsgrupper genom relativt enkla överenskommelser och förändringar på varje arbetsplats. Till den första typen av åtgärder i handlingslistan (1. övergripande åtgärder) förs förslag på åtgärder som ligger utanför tandläkarnas egna direkta handlingsutrymme.

Utifrån ett handlingsutrymme som identifierats i punkt 2 & 3 på handlingslistan valde varje tandläkare, enskilt eller tillsammans med andra på kliniken, ett antal åtgärder att arbeta med fram till nästan samling i storgruppen (och möte 3 med mig som handledare).

1. ÖVERGRIPANDE ÅTGÄRDER

- Rekrytera fler tandläkare
- Mer ansvarstagande ledning
- Administrationstid lika för alla
- Friskvård.

2. ÅTGÄRDER INOM KLINIKEN

- Akuttandvård organiseras i samarbete med specialutbildad receptionspersonal.
- Klinikvis genomgång i hur vi minskar ”störningar” i behandlingssituationen.
- Tandläkare ska i högre grad vara ledare och delta i den ekonomiska strategin
- Drop-in verksamhet
- Tidrapportering klinikvis.
- Försöka ändra arbetstiderna

2.1 TA KONTROLL ÖVER TIDBOKEN

- Bestäm hur lång tid som verkligen behövs:
- Stryk i tidbok för akuta patienter
- Sätt upp längre tider på patienter
- Boka administrativ tid
- Markera patienttider som inte får kortas, t ex akuta patienter.
- Patientfritt i slutet av dagen.

2.2 TELEFONHYGIEN

- Skilj på patienten ”i stolen” och patienten ”på tråden”:
- Telefontid
- Gallra, vilka samtal måste tandläkaren ta och vilka kan vänta?
- Inga samtal utan att journal finns framme
- Trådlös telefon

3. EGNA ÅTGÄRDER

- Säg nej, sätt gränser själv
- Bestäm mer själv – våga låta bli att fråga
- Besluta sig för att arbeta ostörd,
- Våga säga ifrån. Receptionen ska vara ett serviceorgan för oss – inte tvärtom.
- Ej söka lördagskurser.
- Ge morötter så kanske man får
- Skratta mer
- Vägra ha annat än mycket lönsamma patienter
- Massuppsägning

Figur 6.7 Strukturering av tandläkarnas egna förslag om vad som var möjligt att genomföra (Handlingslista)

Från att identifiera möjliga åtgärder till att genomföra konkreta förändringar

Två månader efter det att förslagen till åtgärder togs fram träffades samtliga tandläkare igen och diskuterade vilka åtgärder man hade vidtagit. Diskussionen skedde i de fyra regiongrupperna och i varje grupp fanns en sekreterare som sedan presenterade resultatet för den stora gruppen.

Egna åtgärder för att förbättra arbetssituationen

Den första punkten att diskutera handlade om huruvida man genomfört egna åtgärder (typ 3 i handlingslistan) för att förbättra sin arbetssituation.

Många tandläkare hade förbättrat sin "telefonhygien", vilket innebär att de inte tog emot samtal hela dagen utan sållade aktivt, ringde upp och/eller hade börjat med telefontid. De satte också själva av mer tid i tidboken för behandlingsarbetet för att hinna med den administration som ingår i behandlingen. Några av de kliniker som gick bra ekonomiskt, hade redan före projektet avsatt tid för administrativa sysslor för alla tandläkare, och de som hade den erfarenheten framhöll att det behovet finns även om kliniken är underbemannad och har dålig ekonomi. De menade att speciellt avsatt tid för administration inte bör vara en "belöning" för kliniker som redan går bra ekonomisk utan är en nödvändighet för alla som vill göra ett fullgott jobb som tandläkare. Tandläkarna började också att anteckna sin övertid i högre grad än tidigare för att arbetsbelastningen skulle bli synliggjord och inte "gömmas". De framhöll att det inte är fråga om ett misslyckande som måste döljas om man inte hinner med arbetet på arbetstiden. Det handlar mer om att det är för lite tid anslagen för att uppfylla arbetskraven. Här är dock handlingsutrymmet för den enskilde tandläkaren och för gruppen begränsat och åtgärder för att förändra detta är av typen "övergripande åtgärder" i handlingslistan. Andra sätt att få mer kontroll över arbetet var att stänga dörren och sätta upp en "stör ej-skylt" under behandlingsarbetet. Tandläkarna tog upp flera åtgärder som har att göra med det egna beteendet: De började säga nej, sätta gränser och stå på sig mer framförallt när det gällde att ändra patienttider och vägra "klämma in" extra patienter. De vågade klarare säga vad de tyckte och säga ifrån på arbetsplatsen.

"Ja, jag har börjat sätta av längre tid själv medvetet och tänka att det är inte så himla viktigt vad man har för medelbehandlingstid eller timintäkt." (Tandläkare 2)

De började också säga nej till att ta telefonsamtal vid alla tidpunkter och bad istället att få återkomma när de hade tid.

” Jag kan säga både på jobbet och hemma att jag tar numret, skriv upp det numret, istället för att släppa patienten i stolen och gå och prata med någon annan i telefon, och när alla barnen står och ska ha uppmärksamhet då får jag säga: en i taget, att jag kan inte göra två saker samtidigt men det kräver ju dom.” (Tandläkare 6)

Några försökte skapa en bättre arbetsmiljö genom att ge varandra ”morötter”, beröm och positiv kritik. Det går att ändra sin egen inställning från att vara passiv, klagande och vänta på att andra ska göra förändringarna, till att bli aktiv handlande och ta tag i saker, själv och tillsammans med andra. En strategi för att hantera tidskonflikter var att sluta söka helkurser eftersom dessa inkräktar på den ledighet tandläkarna upplever att de så väl behöver.

Gemensamma åtgärder

Den andra punkten som diskuterades var den om tandläkarna hade lyckats genomföra några förändringar tillsammans med andra på kliniken (punkt 2 ”Åtgärder tillsammans med andra” på handlingslistan).

En klinik hade försökt förändra tidboksrutinerna och det upplevdes som mycket svårt. Flera tandläkare hade en gemensam tidbok och det var svårt att ändra patientens tider när någon blev sjuk. Receptionen ville att alla skulle ha tidbok på sina rum och det bestämdes att receptionen skulle se över en ny utformning av tidboken. Det här upplevdes som en svår förändring. På en annan klinik kom man överens om att varje tandläkare skulle ha tidboken där han eller hon tyckte var lämpligt, i receptionen eller på rummet.

”... , vill du ha 50 minuter på en patient så får du det, vill du ha 30 så får du det här.” (Tandläkare 6)

Ytterligare en åtgärd var att utreda förändringar som handlade om telefonhygien, med bl. a röstbrevlåda. På en klinik kom man överens om att inte

ringa in på snabben (högtalare) när man har patienten i stolen utan ringa på den vanliga telefonen. Anledningen var dels att den patient som sitter i stolen inte ska känna sig nonchalerad och dels att inga uppgifter om andra patienter ska kunna avlyssnas. På en annan klinik skulle man skaffa bärbar telefon vilket innebär att man kan förflytta sig med samtalet, vilket man också trodde skulle underlätta. På en klinik hade alla kommit överens om att sätta ”stör ej”- skyltar på dörren när man utförde behandlingsarbete. På några kliniker kunde man tänka sig att avsätta en del av arbetstiden för administrativa sysslor.

I en regiongrupp hade några tandläkare förändrat jourschemat så att jourerna skulle fördelas jämnare, eftersom de kvinnliga tandläkarna hade jourer väldigt ofta. Man hade också gjort en skrivelse till tandvårdsledningen angående ortstillägg, både för att kunna behålla tandläkare och rekrytera nya. Någon klinik hade genomfört vad man ansåg vara en förbättring av arbetstiden genom att öka ’tillgängligheten’ på kliniken utifrån personalens frivilliga arbetstidsval, istället för utifrån ett påtvingat schema. I en regiongrupp hade några tandläkare gemensamt infört individuella arbetstider något som man upplevde som en relativt lätt åtgärd. Endast en regiongrupp rapporterade att inga gemensamma åtgärder hade genomförts, där hade det gemensamma förändringsarbetet runnit ut i sanden.⁸³

Orsaker till att vissa förändringar inte har kunde genomföras

I diskussionen efter redovisningen av vad man tagit itu med på arbetsplatsen togs också den problematik fram i ljuset som handlar om varför vissa förändringar inte gått att genomföra. Tandläkarna uttryckte att det främst beror på gamla vanor, både egna och andras. Varje arbetsplats har sin kultur ”så här har det alltid varit.” Ett annat hinder är patienttrycket, det är svårt att få tid att tänka igenom och samtala med arbetskamrater om förändringar. Ett stort hinder är också konflikträdslan. Det är svårt att diskutera problem, svårt att säga ifrån både horisontellt och vertikalt.

”.. det finns ju väldigt mycket mer att göra som jag inte tycker att jag fått gehör för.” (tandläkare 2)

⁸³ En orsak kan vara att flera tandläkare tydligen inte hade nåtts av mitt brev efter träffen november.

Flera tandläkare uttrycker att de inte vill stöta sig med vare sig arbetskamrater eller chefer. Det finns förslag om att en gemensam policy kanske kunde utformas på varje klinik för att ta upp svårare frågor. Ett annat förslag är att besöka andra arbetsplatser i syfte att motverka hemmablindhet och uppmärksamma interna vanor.

Ett annat hinder är relationen och kommunikationen med landstinget. Tandvårdsledningen måste ha godkännande för att kunna genomföra vissa förändringar av ekonomisk art vad gäller ortstillägg och taxa och det är frustrerande och destruktivt att vänta länge på svar när kliniker själva tagit initiativ till åtgärder.

”Vi lägger ner alldeles för stor energi på att tänka på ekonomi. Kraven på ekonomi kontra bra vård är oförenliga. Vården mäts enbart i kvantitet.”
(Nätverksgrupp 8)

Tandläkarna hamnar lätt i en känsla av hopplöshet när deras ansträngningar inte uppmärksammas.

Har situationen på arbetsplatsen förändrats efter Auroraprojektets start?

Tandläkarna är ganska ense om att situationen rent konkret inte har förändrats i någon högre grad sedan Auroraprojektet startade. Vardagen på jobbet ser i stort sett likadan ut som innan. Några har fått mer administrativ tid. Det är fortfarande svårt att rekrytera tandläkare till obesatta tjänster och arbetsbelastningen ökar för dem som är kvar. Nya arbetsuppgifter införs, till exempel kvalitetssäkring, samtidigt som det är brist på personal. Tandläkarna upplever att de ekonomiska frågorna är helt dominerande i arbetet på klinikerna. Auroraprojektet har dock gett de deltagande tandläkarna andrum, de känner sig starkare och mer medvetna. De säger ifrån och sätter gränser i högre grad än tidigare. Projektet har varit utvecklande för de flesta och för en del har det lett till att de gjort förändringar inte bara på jobbet utan även i privatlivet. Att diskutera med sina kollegor och stötta varandra har upplevts som stärkande och positivt och något som man vill fortsätta med även i framtiden.

6.6 Att arbeta med 4M-metoden i ”Eget ansvar

Reflektioner över studiens syfte och frågeställningar

Det huvudsakliga syftet med fallstudien ”Eget ansvar” inom Aurora-projektet var att pröva, vidareutveckla och värdera den tidsgeografiska dagboksmetoden och arbetsmodellens (4M) förutsättningar att användas i förändringsarbete på arbetsplatser. Det använda arbetssättet avsåg att bidra till att öka tandläkarnas insikter om det faktiska handlingsutrymme som finns i deras egna livs- och arbetssammanhang med betoning på det senare. Grundtanken är att kontrastera det på så vis identifierade faktiska handlandet med det upplevda handlingsutrymmet och utnyttja dessa insikter till att inom ramen för vad man faktiskt kan påverka vidta förändringar.

4M-metodens betydelse för den enskilda tandläkaren

Tandläkarna som skrev dagbok blev själva medvetna om vad de faktiskt gjorde, men det är svårt för dem att hinna skriva på grund av att de alltid har något för händer och oftast en patient i stolen. Flera tandläkare beskrev skrivprocessen som att den bidrog till att ögonen öppnades för vad de höll på med och insikten hos de flesta var att de hann göra oerhört mycket varje dag. Dagböckerna synliggjorde mönster i arbetsdagen som var gemensamma för många av tandläkarna och det gav nätverksgrupperna en plattform att utgå från i diskussionerna. Många tandläkare tyckte att det var givande. Dock måste alla i nätverksgruppen vilja vara med om ett konstruktivt samtal ska komma till stånd, annars stoppas arbetet.

Genom dagböckerna blev tandläkarna medvetna om hur mycket den planerade dagen i tidboken skilde sig från det faktiska utfallet. Framförallt visade det sig i hur ofta de blev avbrutna och hur arbetsdagen blev ett enda duttande av aktiviteter några minuter i taget. Många arbetsuppgifter drog på det sättet ut mycket längre i tid än de annars skulle ha gjort. De kunde inte föras fram till avslut på grund av att de ständigt avbröts och arbetet måste återupptas gång på gång. Tandläkarna hade ofta lite inflytande på planeringen av sin arbetstid eftersom tidboken vanligen sköts från receptionen. Det är ett skäl till att de upplevde stor brist på egenkontroll. Samtidigt fick tandläkarna genom sina dagböcker insikter om att det finns möjligheter att

disponera tiden på ett annat sätt och att det är möjligt att åstadkomma förändringar genom att själva agera annorlunda. Det största hindret för förändringar ansåg tandläkarna ligga i ”arbetsplatskulturen”. Det finns några oskrivna regler, vanor och rutiner som är etablerade på arbetsplatsen och de är svåra att ifrågasätta och förändra eftersom alla är delaktiga i att upprätthålla dem på ett omedvetet plan. Dagböckerna hjälpte till att identifiera element i sådana kulturer.

Många tandläkare försökte minska antalet störningar och avbrott under arbetet. Framförallt genom att förbättra sin ”telefonhygien”. Telefonhygien innebar t. ex att de införde telefontid, sållade aktivt eller bad att få ringa upp när de hade tid. Några stängde dörren till behandlingsrummet under arbetet och andra satte upp en ”stör ej”- skylt på dörren.

I planeringshänseende satte några själva av mer tid för behandlingar i tidboken för att hinna med den administration som ingår i behandlingsarbetet och som måste göras enligt förordningar, bl. a journalskrivning. Eftersom den dolda övertiden, ”gratisarbetet”, blivit synliggjord och diskuterad så började man anteckna den utan att behöva känna sig misslyckad och som en sämre tandläkare.

Tandläkarna tog också upp flera åtgärder som hade att göra med det egna beteendet. Framförallt började de säga ifrån och stå på sig mer, säga ”nej”, när de upplevde att belastningen på deras fysiska och psykiska kapacitet blev för stor. Några försökte också att ändra sin egen inställning till att bli mer aktivt handlande istället för att bara klaga och vänta på andra ska göra förändringar.

På några kliniker försökte man utreda och genomföra förändringar som handlade om telefonhygien, röstbrevlåda, bärbar telefon etc. På en klinik kom man överens om att inte ringa in på ”snabben” under patientbehandling utan i stället ringa in på den vanliga telefonen. På några kliniker satte man av viss administrativ tid av arbetstiden. Några hade gjort förändringar av journalschemat för att förbättra situationen för de kvinnliga tandläkarna. Någon klinik hade genomfört arbetstidförbättringar genom att utgå från personalens frivilliga arbetstidsval, istället för ett påtvingat schema.

De tydligaste mönstret är att tandläkarna blir medvetna om i hur liten grad de själva har inflytande över vad som händer under arbetsdagen. Arbetsdagen planeras oftast i receptionen och sedan förändras den oupphörligt genom återbud, förseningar, akutpatienter etc. Till det kommer störningar och avbrott genom andra människor, patienter, kollegor, specialister etc. De förändringar de faktiskt försöker genomföra syftar alla till att förändra dessa mönster.

Att arbeta med 4M-metoden som arbetsinstrument i en stor arbetsgrupp

Att arbeta med 4M-metoden i studien "Eget ansvar" innebar en modifiering av den ursprungliga arbetssättet för att det skulle fungera i storgrupp. Tyvärr kunde arbetsmodellen inte följas ända fram till en andra uppföljande dagbok på grund av tidsbrist. Istället genomfördes ett utvärderande grupp-
arbete. De individuella genomgångarna av dagböckerna i den ursprungliga arbetsmodellen ersattes i den här studien av diskussioner i nätverksgrupperna efter dagboksskrivandet och av genomgång av grafer i regiongrupper. ÄR- och VILL läget diskuterades i nätverksgrupperna i form av ett handlett grupparbete. Det förefaller som om tandläkarna överlag är nöjda med arbetsformen och tycker den har fungerat med så många deltagare. De tycker dagboken har varit ett bra underlag för diskussion i nätverksgrupperna, även om den var jobbig att skriva. De tycker också att det fungerade bra att jag åskådliggjorde grafer på de sex dagböcker jag bearbetat i möten i regiongrupperna, även om det naturligtvis inte är riktigt samma sak som att se sin egen dagbok avbildad. Man kan jämföra sig och sin situation med andras dagboksgrafer, men man kan inte känna igen sig själv som unik individ. Diskussionerna i nätverksgrupperna om ÄR-VILL-HUR, var livliga och uppfattades som konstruktiva.

Som kursledare tycker jag själv att det fungerade över förväntan. Deltagarna var överlag mycket positiva, intresserade och diskussionslystna och grupparbetet ÄR-VILL-HUR som genomfördes i de fyra regiongrupperna upplevde jag som mycket positivt. Deltagarna drev själva arbetet framåt och en stor del i det lyckade resultatet kan tillskrivas det faktum att det arbetet skedde i de redan etablerade nätverksgrupperna. Svårigheter med det arbetssätt som använts här kan uppstå under den period i arbetsmodellen när förändringar ska genomföras och vidmakthållas. Det är lätt för den enskilde tandläkaren på sin klinik att tappa motivationen om ingen runt omkring stöttar och om nätverksgrupperna bara träffas någon

enstaka gång under förändringsperioden. Det behövs kanske mer sammanhållna insatser och kontinuerlig återkoppling så att man inte återgår till gamla vanor och rutiner.

Sammanfattning och slutsatser av fallstudien "Eget ansvar"

Det empiriska arbetet att pröva och värdera 4M-metoden i arbetslivs-sammanhang har genomförts i en fallstudie som jag kallar för "Eget ansvar". Den ingick i ett större arbetsmiljöprojekt (Aurora-projektet) för att förbättra kvinnliga tandläkares arbetsmiljö.

Fallstudien genomfördes som en kurs under fem månader under min ledning. Anledningen till att arbetsmiljöprojektet riktade sig till kvinnliga tandläkare var att dessa innan projektet hade mer än dubbelt så hög sjukfrånvaro som de manliga tandläkarna (35 respektive 12 sjukdagar år 1995). Samtliga kvinnliga tandläkare i Norrlands läns landsting deltog i Aurora-projektet, vid projektstarten 1997 fanns 84 kvinnliga tandläkare och i slutet av projektet fanns det drygt 90. Antalet tandläkare som deltagit vid de olika sammankomsterna har varierat från nästan samtliga (85-90), till som lägst ca 60 personer beroende på andra omständigheter.

Det övergripande syftet för fallstudien "Eget ansvar" var att utveckla, pröva och värdera 4M-metoden i förändringsarbete på arbetsplatser. Avsikten har varit att arbeta med tandläkarnas eget ansvar, vilket tolkas som att man inledningsvis måste identifiera det handlingsutrymme inom vilket man har möjlighet att vidta åtgärder. Handlingsutrymmet omfattar tre fält: det man kan utnyttja själv för egna åtgärder; det man kan utnyttja tillsammans med andra på sin arbetsplats och slutligen det som man måste gå utanför den egna organisationen för att kunna påverka. I projektet "Eget ansvar" handlar det om att tandläkare skulle identifiera möjligheter att göra förändringar på arbetsplatsen inom i stort sett givna ekonomiska och organisatoriska ramar.

Arbetsmodellen modifierades och arbetet med 4M-metoden lades upp så att det kunde bedrivas kollektivt på arbetsplatsen och med ett stort antal deltagare. Dagböcker har skrivits individuellt av de allra flesta tandläkarna och dagböckerna diskuterades sedan i nätverksgrupperna med nätverksgruppens handledare som motor. Det var inte möjligt för mig att bearbeta

alla dagböcker och ta fram avbildningar (grafer) för var och en. Istället tog jag fram några exempelgrafer som genererades ur sex tandläkares dagböcker. Dessa dagböcker presenterades och diskuterades gemensamt i regiongruppen (ca 20 personer). Det var inte heller möjligt att gå igenom ÄR och VILL-läget individuellt med varje tandläkare utan genomgången gjordes istället i ett grupparbete där varje nätverksgrupp arbetade kring frågan om hur det ÄR, hur man VILL att det ska vara och HUR man ska göra för att komma till VILL. Här identifierade man sådana åtgärder som nätverksgruppen bedömde vara möjliga att vidta för att åstadkomma förbättringar. Slutligen har tandläkarna, efter perioden med förändringsåtgärder, utvärderat resultatet av åtgärderna i ett grupparbete. I den ursprungliga arbetsmodellen genomförs utvärderingen genom en ny dagbok men det var omöjligt att göra här på grund av tidsbrist i projektet.

Även om modellen i sin helhet har modifierats i fallstudien ”Eget ansvar” och arbetet har skett i stor skala så har många tandläkare har ändå haft hjälp av det tidsgeografiska tankesättet och grunderna i 4M-metoden. Först för att öka insikten om vilket handlingsutrymme som finns och sedan för att genomföra förändringar inom ramen för det. Dagboksskrivandet, den därpå följande reflektionen, diskussionerna i nätverksgrupperna och de ur dagboken genererade graferna visar hur annorlunda det levda livssammanhanget ser ut i jämförelse med den föreställning som man har haft om hur det ser ut. Detta bidrar till att skapa ett mer distanserat förhållnings-sätt till arbetsdagen. I den här fallstudien blir det tydligt hur tandläkarna hanterar både sin egen tid och de människor (kollegor, patienter etc.) som ingår i tandläkarens förhållandevis begränsade tidrum på ett annat och betydligt mer medvetet sätt efter genomförda åtgärder än innan.

Dagboken visade sig vara ett tankeväckande dokument över hur oerhört många aktiviteter tandläkarna utför varje dag, något som förvånade flera av dem. De visade också hur tandläkarna blir störda om och om igen under arbetsdagen av olika slags oplanerade avbrott och hur arbetstiden därmed ”blir” planerad av andra, ibland nästan utan att tandläkarna vet hur det går till. Deras reflektioner efter dagboksskrivande och diskussioner i nätverksgrupper kan sammanfattas som ”brist på egenkontroll”.

Dagböckerna visar varför arbetet är stressande: där framgår alla avbrott och det legitimerar känslan av hur jobbigt det är att ständigt avbrytas i sin koncentration mitt i en behandling (t.ex. av telefonsamtal och av frågor från

omgivningen). Den visar också hur lång tid allt administrativt arbete kring själva behandlingen tar; arbete som det ofta inte finns tid till att utföra i direkt anslutning till behandlingstillfället, utan som måste göras vid något återbud eller på övertid. Dagboken konkretiserade mycket sådant som tandläkarna redan visste och bekräftade tankar som redan var halvt medvetna. Denna process, som gör att omedvetna företeelser blir framlyfta och medvetna, skapar förutsättningar att åtgärda problemet med bristande egenkontroll. Detta ledde till att många tandläkare gjorde förändringar inom sitt handlingsutrymme eller utökade det.

Tandläkarna tycker att situationen på deras arbetsplatser rent konkret inte har förändrats så mycket under tiden som Auroraprojektet och arbetet i ”Eget ansvar” pågick. Däremot upplever många av dem att de är starkare och mer medvetna. De vågar säga vad de tänker och sätter gränser på ett annat sätt än tidigare (KASAM). Det är dock svårt, även för tandläkarna själva, att skilja ut effekterna av 4M-metoden från de övriga aktiviteterna i Auroraprojektet eftersom projektet i stort har stärkt deltagarna. Jag vill ändå hävda att just den individuella insikten om hur arbetsdagen faktiskt ser ut i relation till hur man trodde den såg ut, är en erfarenhet som delas av många tandläkare och den bidrar till att underlätta såväl enskilt som kollektivt förändringsarbete. Den konkreta effekten av förändringsarbetet i Auroraprojektet, där ”Eget ansvar” ingick som en del var att sjukfrånvaron för de kvinnliga tandläkarna gick ner från 33 till 22 sjukdagar.⁸⁴ Folkhälsovården har sedan dess fortsatt med omorganisationer och nya sparbetning vilket ger en viss oro i organisationen och på de enskilda klinikerna. Ett förändringsarbete med positiva förtecken kan på så vis få svårt att ”sätta sig” och ge mer permanenta effekter.

Generellt kan man säga att människor som använder den modifierade 4M-metoden för förändringsarbete på sin arbetsplats förhoppningsvis upplever att de har större överblick, känsla av sammanhang och förmåga att påverka sitt arbetsliv i slutet av processen än i början. Olika människor befinner sig emellertid på olika nivåer när det gäller känsla av sammanhang i livet och deras förmåga att påverka varierar därför redan när de går in i ett förändringsarbete av den här karaktären. Resultatet måste därför värderas i förhållande till individernas olika utgångsläge. För den här fallstudien innebär det att när några tandläkare är mogna att genomföra stora föränd-

⁸⁴ År 2001 hade den stigit till 28 sjukdagar för de kvinnliga tandläkarna . Anmärkningsvärt var att den hade stigit till 36 dagar för de manliga tandläkarna.

ringar så börjar kanske andra tandläkare inse att det överhuvudtaget är möjligt att genomföra några åtgärder. I en stor grupp människor som genomför förändringsarbete tillsammans kommer alltid människor i olika lägen att finnas. Detta avspeglas också i den här fallstudien.

DEL III. ANALYS OCH SLUTSATSER

7. Att förändra sitt livssammanhang – analys

7.1 Att förändra sitt livssammanhang ur olika aspekter

För att nå avhandlingens övergripande syfte undersöker jag om ett tidsgeografiskt synsätt, gestaltat av 4M-metoden, kan hjälpa människor inom olika livsområden att bättre förstå och påverka sitt livssammanhang i en för dem själva önskvärd riktning. En följdfråga är om man kan använda tidsgeografiska synsätt i sin samhällsanalys för att bättre förstå de vardagsanknutna problem som möter människor i dagens samhälle. Här ska empiriskt material från fallstudierna analyseras utifrån mer generella utgångspunkter för att svara på dessa frågor.

I avhandlingens båda fallstudier prövas och värderas 4M-metoden: Den första fallstudien omfattar kvinnor med långvarig smärta som helt eller delvis står utanför arbetsmarknaden, ”Värkmästarna”, och den andra omfattar de kvinnliga tandläkarna i Norrbottens Läns Landsting som arbetat i ett projekt för att förändra sin arbetsmiljö, ”Eget ansvar”. Gemensamt för båda fallstudierna är att deltagarna genom att använda 4M-metoden enskilt,

tillsammans med varandra och med assistans av professionella aktörer försökt att analysera och förändra sina livssammanhang i syfte att uppnå en högre grad av egenmakt och välbefinnande. Det valda arbetssättet skiljer sig emellertid åt mellan fallstudierna, på grund av olikheterna i deltagarnas livssammanhang och på grund av att de omfattar olika många deltagare.

Analysen nedan görs utifrån begreppet *livssammanhang* och hur det kan beskrivas och analyseras utifrån deltagarnas dagböcker där *aktivitet*, *var man vistas*, *vem man är tillsammans med* och *hur man mår* noteras under dagens lopp. Beskrivningen utgår från fyra typer av sammanhang som används för analysen av livssammanhanget:

- 1) aktivitetsrelaterade sammanhang; (i) vardagssammanhang och (ii) projektsammanhang
- 2) geografiska sammanhang,
- 3) socialt sammanhang och
- 4) upplevelsesammanhang (fysiska besvär och sinnestillstånd) (se 3.3).

Med hjälp av de *aktivitetsrelaterade sammanhangen* kan deltagarnas vardagsliv analyseras mer detaljerat. *Vardagssammanhanget* visar samtliga aktiviteter i sekvens över dygnet i den ordning som de genomförs (se figur 7.1). Där framställs hur den ena aktiviteten följer efter den andra över tid, som pärlorna på ett pärlband, oberoende av vilket projekt som de ingår i. *Projektsammanhanget* fokuserar istället just de aktiviteter som ingår i ett visst projekt och som genomförs för att de tillsammans bidrar till att förverkliga projektets mål. I pärlbandsanalogin utgör aktiviteterna i ett projekt de pärlor som har samma form oberoende av var de uppträder på pärlbandet.

Det *geografiska sammanhanget* visar var någonstans deltagarna befinner sig under dagen, hur de förflyttar sig mellan olika platser och i vilken ordning som förflyttningar och vistelser sker. Det visar också hur länge deltagarna vistas på en plats och hur lång tid förflyttningarna tar.

Det *sociala sammanhanget* visar vilka personer deltagarna är tillsammans med när de utför olika aktiviteter. Det visar också hur länge samvaron med olika människor pågår och i vilken sekventiell ordning som den sker.

Upplevelsesammanhanget visar hur deltagarna mår och är deras egen bedömning av sina *fysiska besvär* och sitt *sinnestillstånd* under dagens lopp. Det visar t. ex när de har smärtor eller känner sig glada och hur länge detta varar. När man betraktar upplevelsesammanhanget i relation till de aktivitetsrelaterade sammanhangen, till det geografiska sammanhanget och till det sociala sammanhanget kan det ge individen själv indikationer på i vilka situationer som hon mår bättre och sämre.

Dessa begreppsliga verktyg gör det möjligt att direkt och indirekt identifiera restriktioner som på olika nivåer sätter gränser för människors handlingsutrymme, men också möjligheter som kan ligga dolda i vardagens vanor och rutiner, såväl på arbetsplatser som i resten av vardagslivet.

Jag gör också (i 7.3) ytterligare en analys utifrån det tidsgeografiska begreppet *projekt* genom att undersöka relationen mellan deltagarnas individprojekt och de organisationsprojekt de deltar i. Det handlar om att se hur individens aktiviteter för att nå sina egna mål stämmer överens med målen för de organisationer vars verksamhet hon på olika sätt har vardaglig kontakt med.

7.2 Analys av livssammanhang i projektet ”Värkmästarna”

En vardag i Annas liv

Vardagen kan beskrivas med hjälp av begreppet aktivitetsammanhang och det innesluter såväl vardagssammanhanget som olika projektsammanhang. I figur 7.1 avbildas Annas vardagssammanhang, en dag under värkmästarkursens gång. Vid tiden för dagboksskrivandet var hon ”aktivt sjukskriven”, vilket innebar att hon utförde arbete som elevassistent halva dagen. Anna var vid kursens början 32 år och har man och två barn i förskole- och skolåldern. Hennes sjukdom debuterade fyra år tidigare och hon fick diagnosen fibromyalgi efter endast tre månader. Hon kunde inte fortsätta i sitt tidigare yrke och hade vid kursens början varit sjukskriven i

totalt två år med perioder av arbetsträning mellan sjukskrivningsperioderna. Annas egen reflektion över sin dagbok och sina grafer var att hon kunde se att hon gjorde mycket mer än hon hade trott:

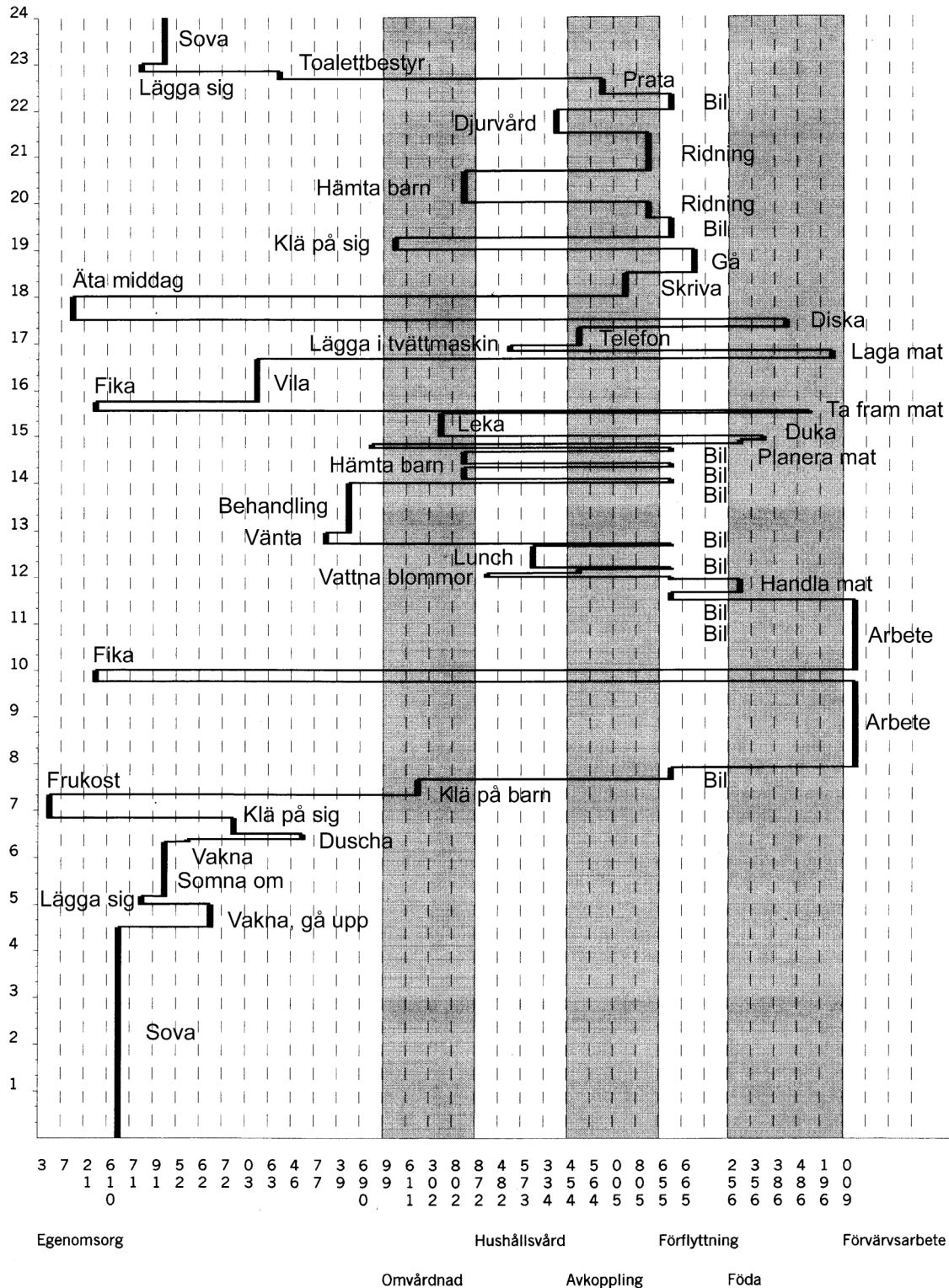
”Jag tyckte det var intressant att se att man gör så pass mycket som man gör. Jag tillbringade väldigt mycket tid i bilen med att hämta barn för jag bor lite utanför.”

Annas vardagssammanhang inleds med att hon sover till ca 4.30 på morgonen. Då vaknar hon av sina smärtor. Hon lägger sig igen och somnar om fram till 6.30 då det är dags att gå upp, duscha och klä på sig. Efter att ha ätit frukost klär hon på sina barn och åker sedan till den skola där hon arbetstränar som elevassistent. Ca 11.30 tar hon bilen och handlar mat. Hon åker till en arbetsplats, vattnar blommor och ringer ett samtal. Sedan tar hon bilen och gör ett besök i en affär innan hon åker för att få en behandling för sina smärtor, ca 12.45. Hon får vänta en kvart och är färdig kl 14.00 då hon åker och hämtar sina barn. Barnen hämtas på två olika platser som hon kör bil emellan. De kommer hem strax före kl 15.00 och då planerar hon och dukar för middag innan hon leker en stund med barnen. Sedan tar hon fram mat och fikor. Hon vilar fram till 16.45 då hon lagar mat och lägger in tvätt i maskinen. Kl 17.00 talar hon i telefon och diskar, innan middagen är färdig kl 17.30. Kl 18.00 skriver hon och genomför sedan någon form av inomhusträning. Kl 19.00 tar hon på sig och tar bilen till stallet för föreningsarbete. Kl 20.00 hämtar hon ett barn och fortsätter sedan med föreningsarbetet. Hon sköter hästar och åker hem kl 22.00 tillsammans med en kamrat. De sitter i bilen och pratar innan hon går in och lägger sig vid 23-tiden.

I Annas vardagssammanhang finns 35 olika typer av aktiviteter och de förekommer vid sammanlagt 53 olika tillfällen, vilket alltså innebär att vissa aktiviteter förekommer flera gånger. Till exempel förekommer aktiviteten ”köra bil” inte mindre än 10 gånger den här dagen. Anna bor lite utanför tätorten och är därför tvungen att använda bilen i nästan alla ärenden. En av de reflektioner hon själv gjorde efter att ha skrivit dagbok var just hur hon flängde runt hela tiden, något som hon inte hade varit medveten om innan. Det här var en ganska typisk vardag för Anna så som hennes vardagar såg ut vid tiden för dagboksskrivandet.

Grafen för Aktiviteter

Fig7.1



Figur 7.1 Grafen för aktiviteter – Vardagssammanhanget

I Annas vardagssammanhang kan man urskilja aktiviteter som ingår i olika *projektsammanhang*. Anna ägnar till exempel en stor del av sitt liv åt projektet ”omsorg om barn” och aktiviteter inom det projektet återkommer då och då under dagen. De flesta aktiviteterna i projektet ”omsorg om barn” kan svårligen planeras in tidsmässigt i förväg (utom när de ska gå upp eller lämnas och hämtas vid skolan och dagis), i motsats till aktiviteter som ingår i projekt som man har större kontroll över (t. ex behandling för smärta). Därför sprids omsorgsprojektet ut över dagen och interfererar ofta med andra projekt. Anna använder 8,3 % av dygnets tid åt direkta aktiviteter i projektet ”omsorg om barn”. I projektet ingår tre olika aktiviteter, ”klä på barn”, ”hämta barn” och ”leka” och aktiviteten ”hämta barn” förekommer tre gånger.

Den här dagen ägnar hon vidare 3,5 % av sin tid åt projektet ”*mathållning*” som innehåller sex aktiviteter (”handla”, ”planera”, ”duka”, ”ta fram”, ”laga mat” och ”diska”). Ingen av dem tar särskilt lång tid i anspråk, men de utförs utspjutt under hela eftermiddagen.

”*Att hantera sin smärta*” är ett primärt projekt för Anna. Hon ägnar mycket tid åt detta sedan hon blev sjuk. I projektet ingår nio olika aktiviteter: ”vakna av smärta”, ”vila”, ”vänta på behandling”, ”behandling”, ”djurvård”, ”ridning”, ”träning hemma”, ”arbetsträning”, och ”bilkörning” som förekommer sex gånger bara inom detta projekt. Förvärvsarbete brukar i första hand ingå människors försörjningsprojekt, men för Anna utgör arbetsträningen på halvtid också en del i projektet ”*att hantera sin smärta*”. Ytterligare aktiviteter som ingår i projektet ”att hantera sin smärta” den här dagen är: en ”behandling” för smärtan med ”väntetid” innan, en stunds ”träning” hemma och ”ridning” på kvällen. Annas läkare har rekommenderat henne att rida eftersom det är en skonsam träningsform och dessutom har Anna själv satt upp ett mål i värkmästarkursen (VILL) att lära sig galoppera. Anna använder 23 % av dygnets tid åt projektet ”*att hantera sin smärta*”. Det enda projekt som hon använder nästan lika mycket tid till under dygnet är projektet ”sova” (19 %).

Annas *geografiska sammanhang* kännetecknas av mycket rörelse – hon kör bil mellan hemmet och andra platser hela dagen. Hon åker *hemifrån* till *skolan* där hon gör sin arbetsträning och efter *arbetet* gör hon ett kort ärende och vattnar blommor och telefonerar på *någon annans arbetsplats*.

Sedan tar hon bilen och handlar och därefter kör hon för att äta lunch på ett *matställe*. Hon åker till *dagis* och *fritis* och hämtar barnen och sedan åker hon och barnen hem tillsammans. Kl halv åtta på kvällen ger hon sig iväg till *ridhuset* och är *hemma* igen vid halv-elva.

Anna hör till den grupp kursdeltagare som själva tyckte att de flängde runt alldeles för mycket och kände att de skulle dra ner på alla förflyttningar för att få längre viloperioder. Annas flängande hade naturligtvis mycket att göra med att hon bor utanför centrum och att familjemedlemmarna måste transportera sig med bil överallt. En tendens hos alla deltagare är dock att även om det dagliga geografiska sammanhanget försiggår inom hemmets fyra väggar så stressar man outhärligt runt även där med vardagliga aktiviteter. Om man hänför Annas förflyttningar under dagen till olika projekt, så hänger sex av hennes totalt tio förflyttningar med bil ihop med projektet ”*att hantera sin smärta*”. Tre förflyttningar hänger samman med projektet ”*omsorg om barn*” och en hänger samman med projektet ”*mathållning*”.

Annas dagbok och grafer visade för henne själv att hon i sitt sociala sammanhang dagligen interagerade med ganska många människor, betydligt fler än vad hon själv hade trott. Hennes arbete som elevassistent innebär att hon träffade *elever* och *lärare* under hela arbetstiden. Hennes barn hade flera fritidsintressen och det medförde interaktion med *andra barn*, *föräldrar* och *kursledare* varje dag. Under den här dagen har hon noterat att hon samverkar på olika sätt med tolv personer, vilket innebär nio personer utanför den *närmaste familjen*, och hon är ensam endast fram till klockan sju på morgonen. När Anna såg utfallet av sina sociala interaktioner blev hon förvånad över hur mycket verkligheten skiljde sig från hennes egen föreställning och upplevelse:

”...och så att man träffade så pass många människor per dag, fast man kan tycka att jag har ju inte träffat någon – jag har ju inte gjort någonting.”

Begreppet upplevelsesammanhang används för att hantera de fysiska besvär och sinnestillstånd som märks i vardagslivet. Utifrån att relatera aktivitetssammanhang, geografiska sammanhang och sociala sammanhang till sitt upplevelsesammanhang fick Anna många insikter om i vilka situationer hon mådde bättre och sämre. Hon *sov dåligt* på nätterna vilket innebär att

hon vanligtvis var *trött* på morgnarna. Hon hade aldrig reflekterat över det innan hon började kursen – för det var så självklart att sova dåligt. Någon natt under den första veckan som hon skrev dagbok hade hon *sovit lite bättre* och då hade hon ridit sent på kvällen. Ridningen var väldigt *jobbig* men hon kunde ändå sova bättre och hade inte riktigt så *ont* på morgonen. Även om hon sedan fick *värk* i kroppen på förmiddagen som följd av ridningen kvällen innan, så tyckte hon att det gott och väl uppvägde den förbättrade nattsömnen. Anna tyckte först att det var svårt att beskriva de subjektiva upplevelserna, fysiska besvär och sinnes-stämning, i dagboken men efter att ha studerat graferna med de olika livssammanhangen såg hon hur hennes smärtor och sinnesstämning hängde ihop med vad hon gjorde. Hon blev mer medveten om sin egen sinnesstämning och kunde styra den i högre grad.

”Det svåraste var att skriva hur man var i sinnesstämning och fysiska besvär, det såg jag på ett helt annat sätt i graferna.”

Kursdeltagarnas livssammanhang

Med hjälp av 4M-metoden har deltagarna i hög grad blivit uppmärksamma på vad de gör och inte gör, det vill säga hur hela deras vardagssammanhang ser ut. Många av dem hade aldrig funderat på det tidigare, dagarna bara gick. Detta kan sägas återspeglas teoretiskt av den naturliga attityden/livsvärlden i fenomenologin. Förvåningen var stor hos några deltagare när de med hjälp av 4M-metoden upptäckte hur mycket de gjorde. Andra tyckte inte att de gjorde någonting under dagarna.

De aktiviteter som deltagarna i kursen genomförde när de började arbeta med 4M-metoden hörde ofta till projekt som ”hushållsvård” och ”omsorg om andra”, framförallt barn och gamla föräldrar. För de deltagare som hade förvärvsarbete var ansvar för och omsorg om arbetskamraterna ett viktigt projekt. Endast en person tyckte att hennes aktiviteter ofta ingick i projekt som syftade till hennes ”eget välbefinnande”. Genom arbetet med ÄR och VILL läget blev det tydligt för många deltagare vilka livsprojekt som de ville prioritera i fortsättningen. Rent konkret innebar det att de bestämde sig för vilka aktiviteter i vardagen som de själva bedömde som viktiga att

utföra för att förbättra sitt hälsotillstånd. Det innebar också att de identifierade aktiviteter som de borde undvika.

Många kursdeltagares geografiska sammanhang var rumsligt begränsat, både på grund av själva sjukdomen och den ekonomiska situation som är följden av att vara arbetslös och sjukskriven. De beskriver hur de har dragit sig för att överhuvudtaget gå ut eftersom de är rädda att deras sjukdom ska ifrågasättas av omgivningen. Även om de har en läkarordination att vara ute och motionera, så finns en mental barriär, för många minns "Kassans" hembesök och kontroller och det vågar man inte utsätta sig för igen. På små orter hämmas den dagliga geografiska rörelsen av stark social kontroll och rädsla för att folk kan börja tro att man inte är sjuk. Flera deltagare uttryckte också en stor längtan till ett liv närmare naturen, de ville gärna bo på landet och tillbringa mer tid utomhus. Andra deltagare upptäckte, i likhet med Anna, att de flängde runt mellan några olika platser varje dag på ett sätt som de inte mådde särskilt bra av. Flera deltagare upptäckte att "flängandet" hörde ihop med andra människors krav på dem. Kraven kom både från sociala relationer i omgivningen och från verksamheter som de på grund av sin sjukdom hade kontakt med.

Deltagarnas sociala sammanhang visar på deras samvaro med andra människor. För många av deltagarna är de sociala kontakterna med andra människor både givande och påfrestande på samma gång. Deras smärta medför att de inte kan delta i det sociala livet på samma villkor som andra människor, vilket minskar samvaron. Dessutom blev deras inkomst betydligt mindre än när de förvärvsarbetade och detta innebar ytterligare en restriktion för deltagarnas möjlighet att umgås med andra och delta i sociala aktiviteter. Gemenskapen och diskussionerna på kursen gav en insikt om att de flesta har behov av sociala relationer med fler människor än de i den närmaste familjekretsen. Samtidigt blev flera deltagare medvetna om hur fångna de var i relationer som inte var ömsesidiga, dvs. relationerna ställde krav på deltagaren utan att ge något tillbaka. Att vara hemma med halvt sjukbidrag innebär ofta att andra människor tycker att man kan ta på sig mer av sysslor som städning, körning och barnpassning.

"Jo, men det kan väl du göra. du är ju ändå halvt ledig."

Kraven från omgivningen är ibland jobbigare i privatlivet än i arbetslivet för man kan ha mer krävande typer av nära sociala relationer i privatlivet, inte minst till sina egna föräldrar. Sjukdomen syns inte på utsidan och man kan inte ta fram sin diagnos och vifta med den framför näsan på personer som kräver att man ska hjälpa dem med olika sysslor. Deltagarnas ökade medvetenhet om hur de påverkades av karaktären på sina olika relationer, gjorde att flera av dem försökte förändra sitt aktivitetsmönster så att det innefattade fler sociala relationer som de själva hade ett utbyte av och som gav mening åt livet.

När deltagarna skrev ner sitt upplevelsesammanhang (sitt sinnestillstånd och sina fysiska besvär) och sedan jämförde det med vad de gjorde (aktivitetssammanhangen), var de var (geografiskt sammanhang) och vem de var tillsammans med (socialt sammanhang) under tiden, blev flera av dem medvetna om i vilka situationer de kände sig bättre och sämre.

Genom att studera de objektiva (aktivitets-, geografiska och sociala) sammanhangen och relatera dem till upplevelsesammanhanget och belysa sambanden däremellan, och dess möjligheter och begränsningar, blev det möjligt för deltagarna att själva hantera sin tillvaro och förhålla sig till sitt livssammanhang, och därmed även sin smärta, på ett annat sätt än tidigare. Deltagarnas insikter och medvetande om det egna livssammanhanget ökade. De fick, om än i olika hög grad, en viss distans till sitt liv och kunde därmed se att det var möjligt att ändra på rutiner och att göra andra val än de gjort hittills. Med andra ord så blev den tidigare förgivettagna livsvärlden uppmärksammas och därigenom också möjlig att förändra.

7.3 Analys av livssammanhang i fallstudien ”Eget ansvar”

För att förbättra arbetsmiljön inom folktandvården i Norrbottens Läns Landsting och därigenom få ned sjukskrivningstalen har de kvinnliga tandläkarna skapat Auroraprojektet och arbetat i nätverk med utbildningar och seminarier. En av utbildningarna gick under rubriken ”eget ansvar” där tandläkarna utifrån ökad medvetenhet om sina egna livssammanhang försökte identifiera sitt eget handlingsutrymme på arbetsplatsen och därefter börja genomföra förändringar. Genom att använda 4M-metoden har tand-

läkarna enskilt och tillsammans analyserat och börjat förändra omständigheter på arbetsplatsen som utgör grogrund för dålig arbetsmiljö och som ger upphov till stress. I nätverksgrupperna har de tillsammans analyserat livssammanhangets fyra delsammanhang.

En tandläkares arbetsdag

Genom att se sin vardag beskriven med hjälp av de aktivitetsrelaterade sammanhangen blev de kvinnliga tandläkarna i fallstudien "Eget ansvar" framförallt uppmärksammade på hur komprimerad deras arbetsdag var. Det blev tydligt för dem hur kort tid de ägnade åt varje aktivitet på arbetet eftersom dagböckerna fylldes så fort. Således fick de en känsla för arbetsdagens struktur redan när de kartlade aktiviteter i vardagssammanhanget. Det framgick också tydligt hur lite tid för återhämtning och pauser de hade på jobbet, hur ofta de blev tvungna att knappa in på sin lunchtid och fikapauser. De såg också att förseningar, antingen patientens försening eller att något i deras eget arbete tog längre tid än planerat, var det huvudsakliga skälet. För de tandläkare som levde med sin familj såg mönstret liknande ut i hemmet. Många hade huvudansvaret för hem och barn och i dagböckerna fanns väldigt lite tid för den egna kroppens och själens vila och återhämtning. Ett sådant exempel finns i figur 7.2.

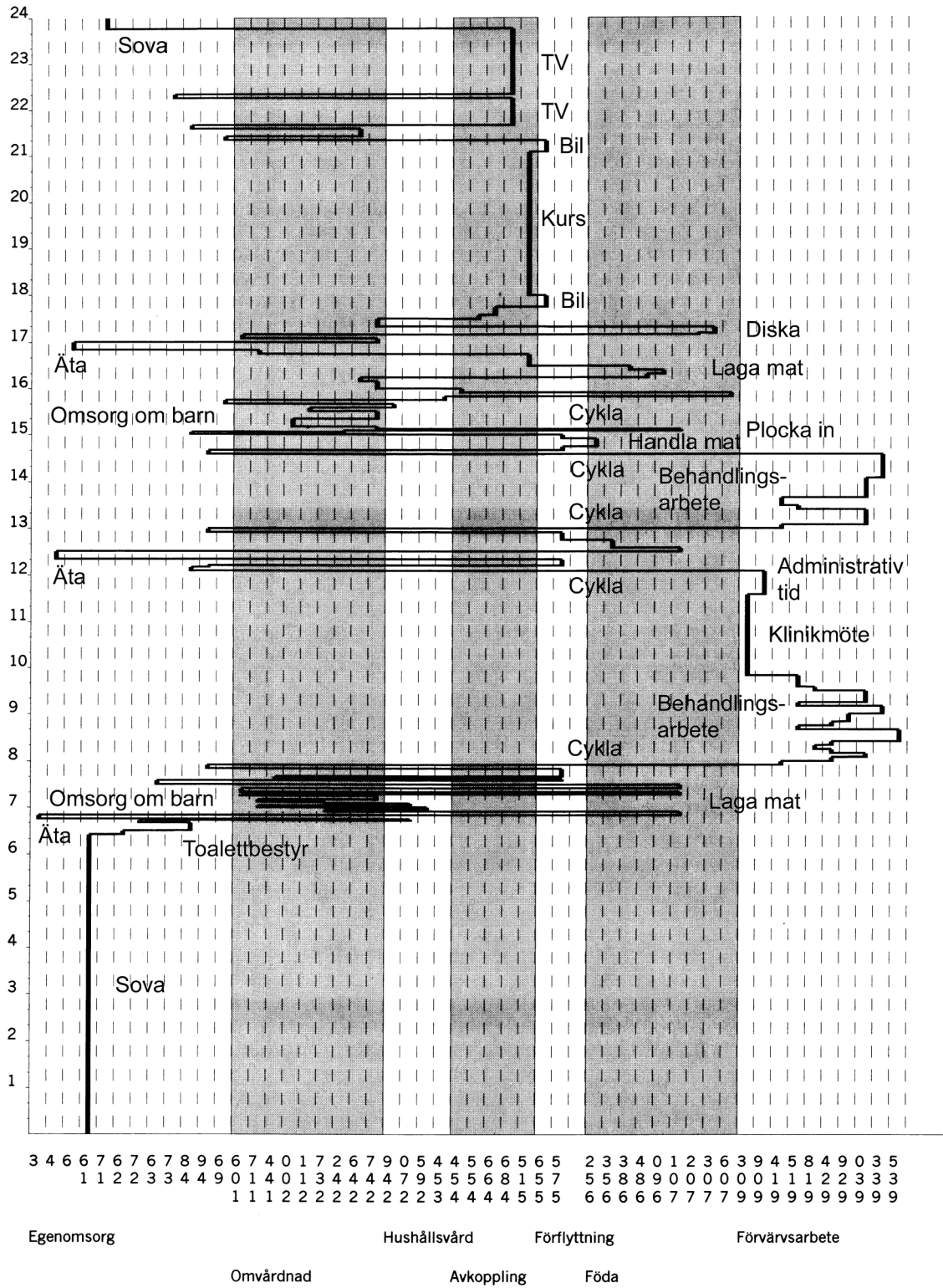
Tandläkare Lailas vardagssammanhang

I figur 7.2 visas tandläkaren Lailas vardagssammanhang under ett dygn. Laila är trebarnsmamma och hon är gift med en man som också är tandläkare. Laila hade precis börjat arbeta på en ny klinik vilket innebar att hennes vardagssammanhang i viss mån skiljde sig från en tandläkares normala arbetssituation genom att hon under de dagar hon skrev dagbok nästan enbart tog emot nya patienter. Dessa kom framförallt för en första undersökning, vilket innebar att hon hade fler patienter och kortare behandlingstider än vad som är vanligt för den som är inarbetad på kliniken.

Laila vaknar kl 6.25, stiger upp, gör sina toalettbestyr, klär på sig och bäddar. Hon äter frukost och plockar undan. Kl 6.55 väcker hon Elsa, drar några lakan tillsammans med sin man och Elsa. Hon tar fram Elsas kläder och bäddar Elsas säng. Kl 7.05 väcker hon Mikael, tar fram hans kläder och packar Elsas och Mikael väskor. Hon ger Elsa och Mikael frukost, plockar undan maten men får ta fram den igen för minstingen Charlotta vill

Grafen för Aktiviteter

Fig 7.2



Figur 7.2 Lailas vardagssammanhang

ha frukost. Kl 7.25 plockar hon undan maten igen. Hon sminkar sig och borstar tänderna, tar fram sin cykel samtidigt som hennes mamma kommer eftersom Charlotta inte kan gå till dagis den här dagen. Hon sätter hon upp Elsas hår och kl 7.40 cyklar hon till jobbet.

Mellan kl 8.00 och kl 9.50 har Laila sex patienter, fem är inplanerade i tidboken och kommer för undersökning, medan en kommer akut för lagning. Kl 9.50 har hon klinikmöte och därefter administrativ tid fram till lunch. Kl 12.10 byter hon om och åker hem och äter lunch. Hon skriver en inköpslista innan hon cyklar tillbaka till jobbet. Kl 12.55 byter om till arbetskläder och fram till kl 14.30 har hon fyra inbokade patienter, men en av dem uteblev. Hon klär om och cyklar och handlar mat på hemvägen.

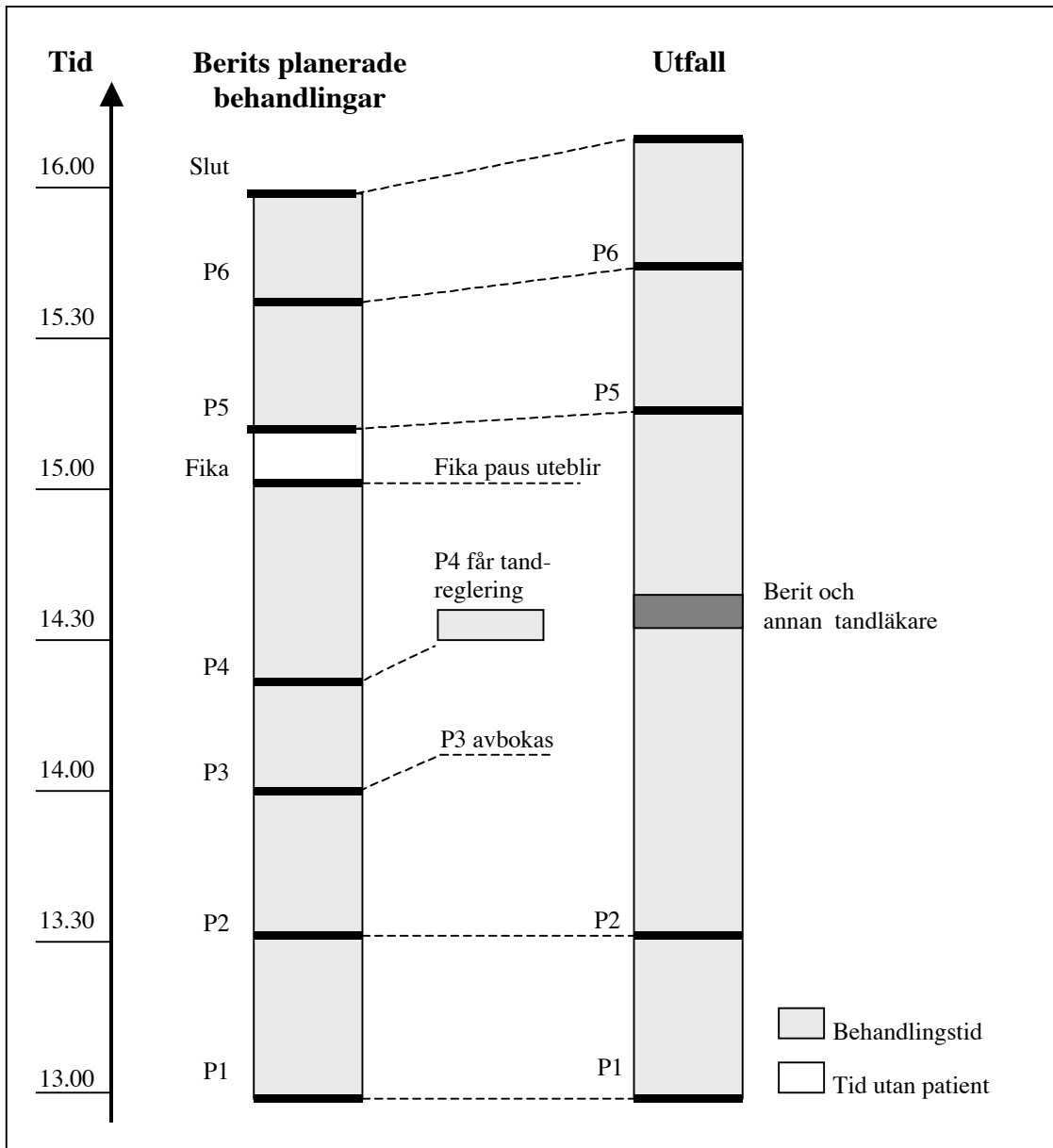
Kl 15.00 är hon hemma igen och tröstar Charlotta som ramlat av från cykeln. Hon sätter in det hon handlat i kylen samtidigt som Elsa berättar om vad som hänt i skolan. Kl 15.10 går hon ut med Charlotta och Mikael. Kl 15.20 lånar hon ut telefonen till två flickor som krockat med cyklarna. Kl 15.30 kommer Mikaelns kompis Kalle och hans mamma förbi och Mikael följer med dem hem. Hon tar in Charlottas cykel i förrådet, hämtar posten och går in tillsammans med Charlotta. Väl inne öppnar hon posten, plockar in disk, torkar av bordet och ringer till hemomsorgen. Kl 16.00 tar hon fram Elsas fiol till morgondagen och talar om för Elsa var hon ska spela. Charlotta får lite vatten och kl 16.20 lagar hon middag och dukar. Kl 16.30 tar hon fram datapärmar till kvällskursen och kl 16.45 tar hon fram finkläder till Charlotta som ska fotograferas morgonen därpå. Kl 16.50 äter familjen och när de är färdiga kommer Mikael hem. Laila sätter in hans cykel i förrådet och ger även honom mat. Efteråt dukar hon av och diskar. Elsa visar några foton, och sedan kommer Lailas föräldrar som ska vara barnvakt medan hon och hennes man ska gå på en datakurs som ingår i arbetet. Kl 17.45 åker de till datakursen och kl 21.20 är de hemma igen. Laila förhör Mikael på hans läxa, ser på tv en stund. Kl 22.15 borstar hon tänderna och gör toalettbestyr och kl 23.45 lägger hon sig.

Kvinnliga tandläkares livssammanhang i relief mot arbete med patienter

Vardagssammanhanget i figur 7.2 ger en bild av hur Lailas liv ser ut utanför jobbet. Arbetet är där bara ”arbete”. Men hur ser hennes arbete ut om man ser lite närmare på det?

Det mest typiska projektet under en tandläkarens arbetsdag är projektet ”*patientbehandling*”. När tandläkararbetet planeras utgår man från föreställningen att alla aktiviteter som ingår i projektet ”*patientbehandling*” följer efter varandra tidsmässigt och att varje del i projektet tar en viss tid.⁸⁵ I det projektet ingår en mängd olika aktiviteter, allt från tekniska och praktiska åtgärder till administrativa. Exempel på aktiviteter i projektet ”*patientbehandling*” är ”tidsbeställning”, ”förberedelse”, ”behandlingen” och ”journal skrivning.” I praktiken följer inte dessa aktiviteter direkt efter varandra i tid, och det framgår av flera av tandläkarnas dagböcker. Tidbokningen sker alltid i förväg och det är ofta patienten och någon i receptionen som kommer överens om tiden. Förberedelse sker inför varje ny patient, journal ska läsas och instrument dukas upp. Själva behandlingen blir ofta avbruten av telefonsamtal eller frågor och det är ansträngande för tandläkaren att släppa koncentrationen på patienten, tänka på något helt annat och sedan åter ställa om till patientarbetet: ”Var var jag nu då?” Journalskrivningen ska helst ske direkt efter varje patient men måste ofta skjutas upp, ibland så länge att tandläkarna är oroliga att begå tjänstefel för att de kan ha glömt viktiga detaljer. Många av tandläkarnas patientbehandlingar följer därför inte idealbilden.

⁸⁵ Utgångspunkten är ett medelvärde som sannolikt är uträknat från ett stort antal behandlingssituationer men som sinsemellan visar stor variation.



Figur 7.3 Operativt avlägsnande av visdomstand

Den här eftermiddagen är 6 patienter (P1-P6) inbokade hos tandläkare Berit mellan kl 13.00 och kl 16.00. Enligt *planeringen* ska Patient 1 (P1) komma kl 13.00, Patient 2 (P2), kl 13.30; Patient 3 (P3), kl 14.00, Patient 4 (P4), kl 14.20; Patient 5 (P5), kl 15.10; Patient 6 (P6), kl 15.40. *Utfallet* blir istället att P1 kommer kl 13.05 men Berit lyckas ”jobba in” fem minuter så P2 kan tas emot kl 13.30 som planerat. Det visar sig att P2 måste dra en visdomstand vilket blir mycket besvärligt. Kl 14.15 lämnas återbud till P3 som hade tid kl 14.00 och sitter i väntrummet. P3 får nu tid en annan dag. Kl 14.30 tar hon in P4, som var bokad till kl 14.20, på ett annat behandlingsrum och lämnar ut en tandregleringsapparat. Även P4 får sedan bokas om och återkomma för behandling en annan dag. Kl 15.16 lämnar P2 rummet och Berit tar in P5 som hade tid kl 15.10, efter Berits planerade kaffepaus. Kl 15.50 tar hon in P6 som hade tid kl 15.40. P6 är gravt hörselskadad och Berit måste skriva lappar för att kunna kommunicera med patienten. Dessutom krånglar röntgen maskinen vilket gör att P6 lämnar rummet kl 16.12 istället för kl 16.00 som planerat.

Patientbehandlingsprojektet

I figur 7.3 visas hur en planerad ”ideal” eftermiddag med sex planerade ”patientbehandlingar” istället bara blir fyra. Två planerade ”patientbehandlingar” (P3 och P4) måste bokas om och utföras en annan dag. P4 får dock en tandregleringsapparat utdelad i ett annat behandlingsrum medan Berit väntar på att ytterligare en bedövningsspruta ska verka på P2. Tandläkare Berit får ingen eftermiddagspaus och måste skjuta upp en del av de delprojekt och aktiviteter som ingår i projektet ”patientbehandling” till en annan dag. Detta innebär att utfallet av Berits arbets-eftermiddag (hennes vardagssammanhang på jobbet) blir helt annorlunda än vad som var planerat. Det innebär också att aktiviteter och ”delprojekt” som ingår i projektsammanhanget ”patientbehandling” inte kunde utföras enligt planen.

Av Berits tidbok framgår att den andra patienten (P2) ska dra ut en visdomstand. Det visar sig bli en mycket besvärlig behandling. Kl 14.15 inser Berit att det inte är möjligt att ta emot den patient (P3) som hade tid kl 14.00 och hon blir tvungen att boka om den patienten till en annan dag. Hon är mycket stressad av att det operativa ingreppet inte går som planerat och av att bedövningen börjar avta. Kl 14.20 hämtar hon en kollega för rådfrågning, som kl 14.22 hjälper henne att ge patienten ytterligare bedövning men sedan måste återvända till sin egen patient. Kl 14.30 tar hon in den patient (P4) som var bokad kl 14.20 i ett annat behandlingsrum och lämnar ut en tandregleringsapparat. Även denna patient bokas om och får återkomma för behandling en annan dag. Kl 14.35 kommer en receptionist för att boka in en akutpatient nästa dag. Kl 14.40 återkommer kollegan och bistår Berit med utdragningen och först kl 15.10 är visdomstanden ute. Kl 15.10 börjar Berit suturera och kl 15.15 får patienten en ny tid för att ta stygnen och laga en annan tand. Kl 15.16 (P5) tar Berit in nästa patient, som egentligen hade tid kl 15.10, efter den kaffepaus Berit planerat, men inte kunde ta. Berit avslutar dagen med ytterligare två behandlingar som inte heller går riktigt som planerat. Mentalt urladdad och utan en minuts paus på hela eftermiddagen går hon hem. Berit har inte hunnit med en del av ”delprojekt” (till exempel journalskrivning och telefonsamtal) som ingår i patientbehandlingen men som inte är direkt förknippade med själva behandlingsarbetet.

Idealet är att alla aktiviteter som berör behandling av en patient ryms inom den tid som finns avsatt i anslutning till själva behandlingstillfället. Så är

inte alltid fallet, utan istället dyker de olika aktiviteterna som hör till behandling av en och samma patient upp i olika delar av vardags-sammanhanget. Det kan innebära stora störningar för den enskilde tandläkaren. Hon får svårt att kontrollera hur mycket tid varje enskild patient-behandling egentligen tar eftersom stora delar av arbetet antingen utförs när andra patienter skulle ha behandlats, sköts under förkortade raster, eller utanför den egentliga arbetstiden. I arbetet med "Eget ansvar" blev tandläkarna därför tydligt medvetna om i hur hög grad projektet patient-behandling var utsatt för störningar, till exempel av telefonsamtal och konsultationer som rörde helt andra patienter. Störningarna innebar att en aktivitet inom projektet (t. ex journalskrivning för en viss patient) måste avbrytas och sedan återupptas, vilket medförde att det sammantaget går åt mer tid än den som var avsatt från början. Framförallt beror det på att man måste "återställa" tankarna kring de avbrutna projekten innan dessa går att fullfölja i enlighet med tandläkaryrkets ideal.

Tandläkarens *geografiska sammanhang* karaktäriseras av en extremt stark rumslig bundenhet i arbetssituationen, inte minst genom den täta kopplingen till behandlingsrummet och till den behandlingsstol där all behandling sker. De förflyttningar som är relaterade till projektet "*patient-behandling*" utförs inte av tandläkaren utan av patienten själv och av tandsköterskorna. I tandläkarnas dagböcker framkommer därför geografiska sammanhang där inte ens toalettbesök ryms på dagordningen. I tandläkare Berits dagbok, se figur 7.3, kan man till exempel utläsa att hon saknar möjlighet att lämna sitt behandlingsrum under hela eftermiddagen mellan kl 13.00 och kl 16.15 utom när hon skyndar till ett angränsande rum för att ge patient 4 en tandregleringsapparat. Hon har inte heller många tillfällen att vara någon annanstans i rummet än vid behandlingsstolen på grund av behandlingens karaktär och tidsbristen.

I tandläkare Lailas dagbok, se figur 7.2, framgår att hon tar sig fram och tillbaka till arbetet med cykel. På arbetsplatsen vistas även hon i sitt behandlingsrum hela tiden förutom under klinikmötet. På kvällen följer hon en datakurs som ingår i arbetet, tillsammans med andra tandläkare på kliniken.

Lailas *sociala sammanhang* karaktäriseras framförallt av frånvaro av ensamhet. Laila är inte ensam en enda stund på hela dagen. När hon vaknar på morgonen vaknar Charlotta och sedan vaknar de övriga familje-

medlemmarna en efter en. Under arbetstiden tillbringar hon all tid med tandsköterskor, patienter och övriga kollegor. Lunchen tillbringar hon med Charlotta, sin man och sina föräldrar som passar barnen och när hon kommer hem tillbringar hon tiden med barnen fram till datakursen där hon återigen träffar sina kollegor. På kvällen ser hon på tv tillsammans med sin man.

Många tandläkare noterade just att de aldrig var ensamma under hela dygnet varken hemma eller på jobbet. Det enda stället där de kunde vara ensamma var toaletten, och dit hann de ibland inte alls gå, på grund av stressen på arbetet. Det sociala sammanhanget och de yrkesrelaterade kopplingarna till annan personal på arbetet innebar att krav riktades mot tandläkaren, både arbetskamrater och patienter pockade på tandläkarens uppmärksamhet. Patienter är ofta rädda, vissa har språksvårigheter eller någon form av funktionshinder och allt detta kan försvåra den planerade behandlingen på något sätt. På kvinnliga tandläkare ställs andra sociala krav än på manliga tandläkare. Det tycks ligga närmare till hands att boka in ”besvärliga” och tidskrävande patienter hos kvinnliga tandläkare då det finns en djupt rotad föreställning om att de är bättre på att lugna och ta om hand. Det ställs dessutom andra, ofta underförstådda krav om att ”ställa upp”, ”sköta för professionen mer ovidkommande sysslor”, komma ihåg bemarkedsgagar etc. på kvinnor än på män i tandvården. Dessa krav svarar mot de generella genusrelationer som råder på arbetsmarknaden överhuvudtaget och mot de specifika genuskontrakt som utvecklas inom olika organisationer.

När tandläkarna jämförde sina objektiverade sammanhang (aktivitet-relaterade, geografiska och sociala) med sitt *upplevelsesammanhang* (*fysiska besvär och sinnestillstånd*) identifierade många av dem en konflikt mellan kroppens biologiska behov och vardagssammanhanget. De hade inte tid att lyssna på sin kropp, de hann inte gå på toaletten när de behövde och de hade slutat registrera småkrämpor. Några tandläkare hade ofta huvudvärk och det var vanligt med känslor av irritationer och stress. Irritationen hängde samman med att de ständigt blev avbrutna och att avbrotten ofta var oplanerade. De blev stressade vid förseningar och stressen manifesterade sig omedelbart även om förseningen endast var några minuter – för de kunde ju inte i förväg veta hur lång förseningen skulle kunna bli. Det arbete som hör till projektet ”*patientbehandling*” men som de inte hinner med under den avsatta behandlingstiden upplevdes också som stressande.

7.4 Relationer mellan individprojekt och organisationsprojekt

Individens livssammanhang är tätt förknippade med i vilken utsträckning individen kan realisera sina egna mål och utnyttja sitt handlingsutrymme. Ett *individprojekt* definieras som de aktiviteter individen utför för att nå ett visst mål som hon själv satt upp. Ett exempel är att hon vill utbilda sig till tandläkare för att sedan kunna arbeta och försörja sig inom yrket. Hennes mål med förvärvsarbetet är att försörja sig, dvs. individprojekt betraktas som ett "försörjningsprojekt". Hon genomför individprojektet genom att i sitt yrke utföra tandvårdsbehandling som innebär att hon tar hand om människors välbefinnande.

Organisationsprojekt definieras som att människor i ledningen för en organisation satt upp mål som ska nås genom samordning av flera individers aktiviteter. Människors aktiviteter inom en organisation för att genomföra dess organisationsprojekt kan samtidigt utgöra de enskilda individernas "försörjningsprojekt" (ett individprojekt). Ett individprojekt (t.ex. förvärvsarbetet som tandläkare) kan alltså ingå i ett organisationsprojekt (ex. landstingets tandvårdsverksamhet).

När målen för individprojektet inte stämmer överens värderingsmässigt med målen för de organisationsprojekt de ingår i, eller är beroende av, kan det få betydelse för människors livs- och arbetsglädje. I längden kan det också få konsekvenser på hälsa och arbetsförmåga hos individen. Därför kan det också vara fruktbart att spegla individprojekt mot något av de organisationsprojekt det ingår i för att i högre grad bli medveten om restriktioner för människors handlingsutrymme.

"Värkmästarnas" individprojekt i relation till organisationsprojekt

Långvarig smärta som individprojekt: "att hantera sin smärta".

En människas livssammanhang påverkas oftast negativt av att hon upplever sig ha långvarig smärta, oavsett vilken orsak eller diagnos som ligger bakom smärtan. Förutom att smärtan orsakar ett ständigt lidande, får den effekter på hennes arbetsförmåga. Det innebär att hon måste göra åtskilliga

besök inom sjukvården för diagnosticering och behandling. Det innebär också att hon måste ha täta kontakter med försäkringskassan för att få sjukpenning eller sjukbidrag och kontakter med arbetsförmedlingen vid eventuell arbetsprövning och återgång till arbetet. Det kan också innebära kontakter med sociala myndigheter, till exempel om personen själv upplever att hon inte kan arbeta, samtidigt som hennes smärtor inte kan diagnosticeras av läkare och därmed kan hon inte heller bli sjukskriven.

När individen drabbas av långvarig smärta kan hon tvingas upphöra med att genomföra de individprojekt som utgör delar av eller hela hennes bidrag till ett eller flera organisationsprojekt. Det beror på att hon inte längre kan genomföra en eller flera av de aktiviteter som ingår i dessa projekt. Effekterna av smärtan blir därför dels att hon inte längre kan genomföra vissa projekt (någon eller några av aktiviteterna kan inte utföras), och dels att hon förmodligen måste minska det totala antalet projekt som tidigare ingått i livet (på grund av att många aktiviteter som syftar till att undvika smärta nu måste genomföras och det tar tid). En mycket genomgripande förändring för henne uppstår om hon blir tvungen att upphöra med individprojektet "*förvärvsarbete*". Det kan bli besvärligt eftersom såväl målet, försörjning, som arbetet och att umgås med arbetskamrater ofta är viktiga för individen. Särskilt negativt blir det för de människor som tycker om och identifierar sig med sin roll på arbetsplatsen.

Tidvis kan individprojektet "*att hantera sin smärta*" bli ett dominerande projektet i vardagen, och detta är nödvändigt för att den drabbade personen ska kunna leva ett mer tillfredsställande liv (jämför Annas livssammanhang i 7.1). Det beror på att många av de aktiviteter som en människa med långvarig smärta utför syftar till att nå målet att bli smärtfri. När en sådan person arbetar med arbetsprövning, integreras rehabiliteringen i individprojektet "*att hantera sin smärta*". I detta dominerande individprojekt ingår också helt andra typer av aktiviteter, till exempel att göra en "fysisk aktivitet" eller "gå på behandling".

Andras människors krav och förväntningar kan kollidera med de mycket speciella individprojekt som människor med långvarig smärta måste skapa för att kunna hantera smärtan. Sjukdomen syns inte utvändigt och kan gå i skov, vilket gör det svårt för omgivningen att förstå att samma person som några dagar tidigare rörde sig helt normalt, plötsligt inte orkar ta sig ur sängen.

Individprojektet ”att hantera sin smärta” är nära anknutet till samhällets hälso- och sjukvårdssystem. Detta system är skapat för att kunna hjälpa sjuka medborgare på olika sätt och öka deras välfärd. Den som lider av långvarig smärta besöker därför i första hand läkare för att få veta vad som felas dem. Upplevelse av långvarig smärta är ofta svår att objektivt diagnosticera, och därför kan de medicinska utredningarna ta mycket lång tid och beröra flera professioner. På sin väg från diagnos till rehabilitering kommer människor som lider av långvarig smärta därför i kontakt med många organisationer och verksamheter. Trots att det görs stora ansträngningar för att samordna och fördela ansvar mellan olika myndigheter, så hamnar ändå den enskilda personen som lever med smärta ofta mellan de olika verksamheternas ansvarsområden. Några av deltagarna i värkmästar-kursen beskriver träffarna med läkarna, försäkringskassan och arbetsgivaren (kommunen) som svårare än själva det fysiska lidandet. De upplever en ovisshet om vad som ska hända och vilka beslut myndigheterna ska fatta. De har också starka känslor av att tjänstemännen de träffar egentligen inte vet vad de ska göra av dem, men ändå måste personerna med långvarig smärta ”stå till förfogande” för kontroll hela tiden. Vissa arbeten som erbjuds som arbetsprövning för smärtpatienter innebär att den långtidssjukskrivnas tillstånd till och med kan försämrans för lång tid framöver på grund av att arbetet visar sig vara för tungt fysiskt eller för tidsbundet.

Individprojektet ”att hantera sin smärta” i möte med olika organisationsprojekt

De verksamheter som möter individen med långvarig smärta är i första hand hälso-och sjukvården, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Samtliga dessa verksamheter har olika mål för sina organisationsprojekt och ingen av dem ägnar sig primärt åt rehabilitering. Rehabiliteringsverksamhet är följaktligen ett delprojekt i respektive organisation.

Målen för respektive verksamhets del i rehabiliteringsarbetet är utformade med utgångspunkt i den kultur och de förutsättningar som finns inom respektive organisation. Enligt SOU 2002:5 är problemet inte i första hand att verksamhetsmålen inte ansluter till varandra utan snarare att de mål som rör rehabiliteringsverksamheten i respektive verksamhet inte nödvändigtvis hör till de mest prioriterade målen. Målet ”återgång i arbete” (arbets-

förmedlingen) eller att ”uppnå arbetsförmåga” (försäkringskassan) strider således inte mot målet ”att maximera funktionsförmågan” (hälso-och sjukvården) , utan det konkurrerar snarare med respektive verksamhets mer centrala mål. Det innebär att organisationens huvudsakliga verksamhet tenderar att vinna kampen om organisationens resurser. Att rehabiliteringsverksamhetens mål inte hör till de mest prioriterade kan bero på att det är svårt att mäta måluppfyllelsen i rehabiliteringsarbetet och att effekterna av rehabiliteringen därför är svåra att visa upp och dessutom inte alltid blir synliga i den organisation som vidtagit åtgärder. Försäkrings-kassan har ett övergripande samordningsansvar över rehabiliteringsverksamheterna (delprojekten) i dessa organisationer (Jfr. Rehabiliteringsprocessen i kap 4).

Personer med långvarig smärta möter den del av respektive organisation som sysslar med rehabilitering och i varje verksamhet etiketteras och kategoriseras individen med hänsyn till de specifika problem som har relevans i just den organisationen.

”...så började hon berätta om alla bidrag och pensioner och jag fattade nästan ingenting. Det är så viktigt för dom vad de heter dom olika sakerna man ska vara. Jag bryr mig inte om vad det heter och vad det är för papper som ska fyllas i, för jag vill ju bara jobba så mycket som jag kan och sedan må så bra som möjligt. För dem så är det så viktigt vad det är för titulatur på dom där sjuksskrivningsakerna.”

Den här personen beskriver ett möte med en tjänsteman, och hon upplever att tjänstemannen ser det som sin uppgift att anpassa den sjukskrivne till försäkringskassans rutiner. Hon är på väg att förvandlas till ett ”ärende” i verksamhetens produktion av service. För att först ”bli” och sedan ”vara” ett ”ärende” i olika verksamheter, måste en person med långvarig smärta berätta sitt livs historia om och om igen för att kunna bli kategoriserad. Först en gång i varje verksamhet och sedan för varje ny läkare, handläggare och annan professionell person de träffar.

”Ibland undrar man om man bara är en i statistiken, en där och en där.”

Flera deltagare känner också att de har lämnat ut sig totalt, alltför många gånger, och sedan har deras personliga upplevelser blivit ifrågasatta av representanter för myndigheterna.

Inom sjukvården kan samma människa till och med bli flera ”ärenden” om hon har flera sjukdomar. Så berättar till exempel en kvinna med diagnosen fibromyalgi om hur hon har lidit av en svår magsjukdom sedan tidig ålder. När hon går till sjukvården för magen så kategoriseras hon i ”magfacket” och när hon söker för sin ständiga värk så hamnar hon i ”fibromyalgifacket”. Magläkaren anser att den ständiga värken beror på magsjukdomen medan reumatologläkaren säger att det är fibromyalgi och längre än så kommer man inte.

För att försäkringskassan ska kunna hantera människor som blir sjukskrivna måste de först kategoriseras i olika fack och i den kategorieringen har de enskilda tjänstemännen ett stort inflytande. Här är det medicinska underlaget viktigast, dels de intyg och utlåtanden som försäkringskassan får in från läkare, dels försäkringsläkarnas bedömning. Arbetet bedrivs som en successiv selektion och prioritering av de sjukfall som handläggarna hanterar. Det är den enskilde handläggaren som prioriterar och tolkar kriterierna för denna prioritering. (SOU 2002:5, s 539) Den enskilde tjänstemannen får på det viset en mycket stor makt över den enskilde klientens position inom organisationen. Klassificeringen har också stor betydelse för hur klienter upplever sig bemötta:

”Först var jag månadsanställd inom kommunen, då hade jag en handläggare som tog hand om kommunens folk, sedan blev jag arbetslös och då fick jag en ny handläggare. Till slut har jag fått en jättebra och det är man inte van vid när det gäller byråkrater”.

Enligt SOU 2002:5 finns två huvudalternativ: Antingen följer en handläggare ett sjukfall genom hela processen (individorientering) eller så lämnas fallet över till olika specialiserade funktioner i flera steg (ärendorientering). Individens upplevelse av hur hon blir behandlad beror delvis på vilken inställning handläggaren har till sin yrkesroll. Men även verksamhetens uppläggning har betydelse då den antingen kan medge eller förhindra möjligheten att kunna följa en klient under en längre tidsperiod. Fallstudien ”Värkmästarna” tyder på att ”individorientering” fungerar bäst utifrån den sjukskrivnes perspektiv. Deltagarnas berättelser visar att den som haft en handläggare som följt henne under lång tid har goda erfarenheter av kontakten med försäkringskassan och där har ett verkligt förtroende etablerats. Då blir handläggaren en person som man vet att man alltid kan ringa, som följer med till den gamla arbetsplatsen, och som har

god kontakt med chefen etc. I dessa fall lär handläggaren känna den långtidssjukskrivne väl och ser henne som en individ och inte som ärende.

Den kategorisering försäkringskassan gör av en person med långvarig smärta innebär att hon ställs inför olika, och för henne själv ibland oförenliga krav. Kraven genereras från de övergripande målen för organisationsprojekten i de olika verksamheter som är involverade i rehabiliteringen. Det kan resultera i att behandlingar eller insatser av olika slag som ordinerats av olika verksamheter kan motverka varandra och personen själv kan uppleva att de är negativa men känner ändå att hon måste gå med på dem. Så måste t. ex en person med långvarig smärta arbetspröva för att få ha kvar sin sjukpenning. Men det finns inte någon rak väg från en lyckad arbetsprövning till anställning och därför kan det kännas meningslöst för den enskilde att engagera sig för mycket. Dessutom kan arbetsprövning för personen med långvarig smärta i vissa fall leda till upprepade misslyckanden, som innebär att hon om och om igen tvingas arbeta på ett sätt som hon inte klarar av. Effekten kan då istället bli att smärtan kan förvärras.

Tandvård som individprojekt och som organisationsprojekt.

Tandvård som individprojekt – ”att behandla och ta om hand”.

”Ingen annan yrkesgrupp förstår hur stressigt arbetet är. Varje minut är inbokad. Vi ska ta beslut hela tiden och psykiskt ställa om till olika patienter. Vi är skådespelare” (Auroraprojektet 1998).

En tandläkare är större delen av arbetstiden bunden till sitt arbetsrum och till en liten golvyta runt stolen/patienten. Arbetsuppgiften är förenad med arbetsobjektet, patienten, som själv förflyttar sig till tandläkarens rum och där blir behandlad under en bestämd tidsperiod, för att, ofta omedelbart, avlösas av nästa patient. Det innebär att patienterna kommer till tandläkaren som på ett löpande band och beroende på vilken timintäkt som tandläkarna förväntas dra in, går ”bandet” med varierande snabbhet.

Tandvård kan ur ett produktionstekniskt aktivitetsperspektiv ses som ett flöde av aktiviteter som ska utföras i en bestämd ordning för att behandlingarna ska bli väl utförda. För den enskilde tandläkaren utgör individprojektets ("förvärvsarbete") innehåll av detta kvalitetsmål. Som individprojekt innebär tandvården att såväl början av arbetsdagen som början av varje behandling, innehåller förberedande aktiviteter, precis som slutet av arbetsdagen och slutet av varje behandling medför ett visst efterarbete. Arbetets karaktär gör att det är enkelt att tidsstudera och kalkylera ekonomiskt på industriellt produktionstekniskt manér. Därmed är det lätt att förlora andra dimensioner i tandläkaryrket under planeringsprocessen.

"Tandläkare har en stor teoretisk kunskap som skall anpassas till en omgivande verklighet som inte alltid ger möjlighet att uppfylla de optimala krav på behandling och omhändertagande som vi lärt oss under utbildningen. Vi möter ofta oroliga och ångestfyllda patienter som vi skall utföra ett tekniskt krävande arbete på samtidigt som vi skall ge ett gott psykologiskt omhändertagande."
(Auroraprojektet, 1998, s 5)

Det här citatet beskriver de motstridiga yttre krav som en tandläkares individprojekt i hennes yrkesutövning kan handla om. För den enskilde är tandläkararbetet ett individprojekt för försörjning som också ska tillfredsställa andra mål, exempelvis att ge god omvårdnad. Individprojektets konkreta konturer skiljer sig naturligtvis mellan tandläkare, oavsett kön, men att vara tandläkare handlar framförallt om strävan att uppfylla de mål för behandling och omhändertagande som man lärt sig under utbildningen (god omvårdnad). När en tandläkare tycker att hon inte uppfyller de mål gentemot patienten som individprojektets yrkesetik innebär, kan hon uppleva det som ett misslyckande och risken för att hon trubbas av i sin yrkesroll ökar.

Är organisationens krav på timintäkter höga måste tandläkaren dra ned på behandlingstiden och försöka snabba på det administrativa arbetet som föregår och följer efter varje behandlingstillfälle, eller också tvingas hon gå hem lite senare varje dag för att hinna med alla arbetsuppgifter. En tandläkares arbetsliv karaktäriseras således av en stark *rumslig* förankring som inte ger mycket utrymme för egna förflyttningar, arbetet sker på en plats under stor *tidspress* och *organiseras* så att allt fler arbetsuppgifter måste klaras av inom en given tidrymd.

”Negativa sidor med vårt jobb är den stress som uppstår p g a stora ekonomiska krav, bundenhet till stolen och brist på omväxling i arbetet. Den låga taxan och krav på höga timintäkter trissar upp arbetstempot. Detta leder till att det inte finns tid till återhämtningspauser mellan patienterna, journalskrivning och förberedelser för nästa behandling.” (Auroraprojektet, 1998, s 5)

Citatet förtydligar hur tandläkaren upplever att omgivningens restriktioner och krav påverkar det dagliga genomförandet av individprojektet. Det visar också att tandläkaren i det längsta försöker uppfylla tandläkarprofessionens främsta mål, nämligen att ge patienten en bra behandling och omvårdnad. Men det är svårt att leva upp till målet och för att försöka göra det känner hon sig tvingad att låta ett högt arbetstempo och stress gå ut över sina egna möjligheter till återhämtning.

Tandvård som organisationsprojekt – patienten eller lönsamheten i centrum?

Vi kan också betrakta folktandvården som ett *organisationsprojekt*. Folktandvården skiljer sig inte från resten av den offentliga sektorn när det gäller ökade krav på effektivitet genom målstyrning. Under 1980 och- 90-talen gjordes allt större ansträngningar att mäta effektiviteten i företags-ekonomiska termer. Eva Bejerot (1998) gör en omfattande redogörelse för dessa förhållanden i avhandlingen med titeln ”Dentistry in Sweden – Healthy work or ruthless efficiency”? Hon visar bl. a att tandvård är det arbete inom hälso- och sjukvården som är lättast att kontrollera, tidsstudera och effektivisera, vilket har gjort folktandvården till ett experimentfält inom vårdsektorn för de lednings- och organisationsidéer som hämtats från den marknadsorienterade industrin.

Johansson (1997) påpekar att om man väljer att styra åt ett visst håll så måste man vara medveten om att man samtidigt styr bort från andra alternativ. Fokusering på lönsamhet och effektivitet genom målstyrning kan således innebära att nödvändiga kvaliteter som är kopplade till traditionell kvinnlig omsorgsverksamhet riskerar att falla i skymundan istället för att lyftas fram. (Johansson, 1997, s 301). Bejerot (1998, s 8) tydliggör hur dessa nödvändiga kvaliteter återfinns i tandläkarens arbete:

”Dentistry is essentially about a relation to another human being, not the application of advanced technology to a mouth that is somehow separated from the patient on whom it happens to be situated”.

Tandvård handlar alltså först och främst om relationer till andra människor, och inte om olika munnar som kommer in på ett löpande band för att behandlas så snabbt och effektivt som möjligt. Det egna individprojektet innebär omsorg om patienterna, såväl tekniskt som psykologiskt och när det inte är möjligt att uppfylla detta upplever tandläkarna otrivsel och stress, vilket i förlängningen kan få negativa hälsokonsekvenser och leda till sjukskrivningar. Tandläkare måste kämpa mot rådande ekonomiska och administrativa värderingar i sin egen organisationsstruktur (organisationsprojektets effektivitetsmål) för att kunna agera i enlighet med de etiska mål och kvalitetsnormer som de själva har i sitt yrkesarbete (individprojektet).

Auroraprojektets bakgrund var just hög sjukfrånvaro bland de kvinnliga tandläkarna, en sjukfrånvaro som Yrkesinspektionen hänförde till bristfällig arbetsmiljö. Så som arbetsmiljön för tandläkare framstår i resultaten från arbetet med 4M-metoden är det uppenbart att tandvård som organisationsprojekt måste organiseras på ett annat sätt, så att stressiga situationer kan undvikas. I den första delrapporten från Auroraprojektet, som sammanställdes utifrån de kvinnliga tandläkarnas diskussioner i nätverksgrupper, genomsyras problemidentifiering och åtgärdsförslag av de nödvändiga kvaliteterna som enligt Johansson (1997) hör till kvinnligt omsorgsarbete. Problemet är hur denna komplexa problematik ska kunna artikuleras för att få ett gensvar från tandvårdsförvaltningen och landstinget. Hur ska ledningen kunna ta till sig och integrera de kvinnliga tandläkarnas perspektiv? Som Johansson (ibid.) påpekar, är det självfallet bara de perspektiv som anses väsentliga av ledningen – och inte minst viktigt, som ledningen har förmåga att ta till sig – som kommer att tas med och ha betydelse för de slutliga målbilderna och resurstilldelningen.

I Auroraprojektet (2000) betonas den starka kopplingen mellan en bra arbetsmiljö för personalen och en bra behandlingsmiljö för patienterna. Därför är det viktigt att folktandvården tar detta faktum i beaktande när man planerar sin framtida organisation. Även inom Norrbottens Läns Landsting fanns aktörer som tvivlade på det rätta i att prioritera ekonomiska mål för tandvården som organisationsprojekt.

”Varför använder man ekonomi på detta sätt i en kunskapsorienterad organisation? När det skulle gynna oss som arbetsgivare att ha en annan profilering.” (Eldsjal i administrationen)

Detta tvivel var en förutsättning för att Auroraprojektet kom till stånd.

8. Individ möter samhälle genom tidsgeografin

8.1 Medvetenhet, möjligheter och makt genom tidsgeografi

I en avslutande reflekterande konklusion vill jag återknyta till den övergripande forskningsfrågan om och hur man kan utnyttja det tidsgeografiska synsättet för att bättre förstå de vardagsanknutna problem som möter människor i det moderna samhället.

Att vardagen är komplex i dagens samhälle är något som de flesta tar för givet, men det är svårt att identifiera länkar som gör att man från generella iakttagelser på makronivå kan undersöka på vilket sätt och för vem komplexiteten innebär stora påfrestningar på individnivå. Med det tidsgeografiska synsättet som grund kan man på individnivå åskådliggöra det vardagliga pusslet av aktiviteter, förflyttningar och möten med andra människor som är nödvändiga för att individers och organisationers projekt ska kunna förverkligas.

Forskning visar att det vardagliga aktivitetspusslet, såväl hemma som på många arbetsplatser, fortfarande till stor del är kvinnors ansvar (t. ex. SOU 1998:6). Den totala arbetstiden blir lång och kvinnors vardag fylls av en mängd aktiviteter som hör till olika delar av livet, hör ihop med olika förpliktelser och begränsar deras personliga handlingsutrymme. Många av dessa aktiviteter för med sig förflyttningar och sammanträffande med andra människor.

Med ett tidsgeografiskt verktyg som 4M-metoden kan det vardagliga pusslet göras synligt såväl för människor själva som för forskare och beslutsfattare. Metoden bygger på ett processuellt arbetssätt där intentionen är att deltagarna ska kunna skapa överblick över sitt livs-sammanhang och sedan kunna genomföra en egen livsplanering för att på så sätt få mer inflytande och makt över sitt liv. Genom att skriva dagbok och objektivera sitt livssammanhang i grafer kan pusslandets koppling till den subjektiva upplevelsen av livet, den fenomenologiska *livsvärlden*, tydliggöras för människan själv.

Att tydliggöra sin livsvärld möjliggör reflektion över den och i vilken mån den överensstämmer med de egna önskingarna och den egna viljan. Många av deltagarna i fallstudien "Värkmästarna" hade aldrig någonsin funderat på vad de själva vill eller önskar sig – mer än att vara fria från smärta – innan de började arbeta med 4M-metoden, medan deltagarna i fallstudien "Eget ansvar" hade funderat över och diskuterat sin arbets-situation, som de inte var nöjda med, såväl före Auroraprojektets start som i projektets nätverksgrupper.

När livsvärlden blir tillgänglig för reflektion skapas en grund för att identifiera *möjligheter* och *restriktioner* för det egna *handlingsutrymmet*. Dessa möjligheter och restriktioner kan vara relaterade både till den egna personen och till omgivningen, och de kan vara såväl upplevda som konkreta. När möjligheter och restriktioner av olika slag identifierats ökar möjligheterna att göra förändringar. Trots fallstudiernas olika karaktär och att deltagarna hade olika mål för sitt arbete, kunde de erhålla nya insikter när deras livssammanhang i vardagen blev konkret genom dagböckerna och graferna. När de unika aktivitetsrelaterade, geografiska och sociala sammanhangen analyserades och relaterades till deltagarnas upplevelse-sammanhang framgick det tydligt vad de gjorde som inte kändes bra (fysiskt och psykiskt) och som därför kunde förbättras. När deltagarna klart

uttryckte hur de VILL att arbetslivet och livet som helhet ska se ut, och började fundera på olika vägar att komma dit genom egna åtgärder, blev de medvetna om sitt individuella, och i tandläkarnas fall även gemensamma, handlingsutrymme. De fick perspektiv på sin egen livsvärld.

Det förefaller som om många deltagare i fallstudierna har fått ökade insikter om sina egna livs- och arbetslivssammanhang. Det förefaller också som om flera av dem har ökat sitt handlingsutrymme och erfar en ökad upplevelse av egenkontroll och eget ansvarstagande. I individens handlingsutrymme kan åtgärder identifieras som gör det möjligt att hantera hennes livssammanhang på ett sätt som medför större medvetenhet, oavsett om det handlar om att *"hantera sin smärta"* eller om att bestämma var man har ett *"eget ansvar"*. Gemensamt för många av de förändringar som deltagarna gjorde var att de egentligen inte var så stora. Många deltagare uttryckte förvåning över att så små saker kunde betyda så mycket. De åtgärder som vidtogs hade karaktären av att de, i högre grad än tidigare, visade omgivningen att deltagarna respekterade och värderade sig själva. Deltagarna började säga vad de verkligen tänkte och upplevde. De krävde respekt för sin person och sin tid från omgivningen. De hade fått distans till och reflekterat över sin förgivettagna livsvärld och därmed hade den förgivettagna livsvärlden fått en ny karaktär.

Med Kegans (1994) terminologi kan det också uttryckas som att skillnaden mellan hur omgivningens krav upplevdes och den egna förmågan att möta dessa krav, minskade när deltagarna började göra förändringar. De konstruerade sin verklighet på ett nytt sätt och deras uppfattning om vad som i princip är möjligt att åstadkomma hade närmast sig deras reella handlingsutrymme. Detta förhållande ökade också deras känsla av sammanhang (KASAM), dvs. deras tillvaro blev mer begriplig, hanterbar och meningsfull.

I dagens samhälle och arbetsliv finns två motsatta tendenser. Den ena är att kraven på individen att ta ansvar för sitt eget och sin familjs liv och framtid har ökat. I retoriken har människor generellt såväl ett stort handlingsutrymme som högt ställda krav på sin egen förmåga att ta ansvar och vara självstyrande. Implicit i det kravet ligger både att en människa ska ha en insikt om när den egna hälsan är hotad och ha en förmåga till överblick över sitt livssammanhang så att hon kan definiera var hon ska sätta gränser. Dessutom måste hon själv sätta ett så högt värde på sin person att hon kan

hantera situationer som uppstår när hon till exempel måste sätta gränser i sitt arbetsliv och gentemot sin arbetsgivare. Den andra tendensen är att många verksamheter samtidigt blir mer detaljstyrda och övervakade. Genom informationsteknologin kan arbetsprocesser styras och kontrolleras på ett mer subtilt sätt än tidigare, och tillsammans med de sparbetning som de flesta verksamheter lever under skapas en situation som ställer individen inför helt oförenliga krav. Det innebär att många människor varje dag i realiteten upplever att de har ett minimalt handlingsutrymme, samtidigt som omgivningen ställer krav på deras förmåga att ta större ansvar. Människor hamnar i kläm mellan (för litet) upplevt handlingsutrymme och omgivningens (för stora) krav och förväntningar på deras kapacitet.

Genom begreppsparen individprojekt och organisationsprojekt blir skärningen mellan individens mål och målen för de organisationer som hon ingår i tydlig. En slutsats här är att samhället i högre grad behöver fråga hur människors många olika individprojekt ser ut och att låta den kunskapen påverka formuleringen av organisationernas mål. Auroraprojektet och den där ingående fallstudien ”Eget ansvar” är ett exempel på hur människor själva kan arbeta med sina individprojekt ”att vara tandläkare” och se hur de ingår i organisationsprojektet ”folktandvård”. När diskrepansen är stor mellan målen för organisationen och individernas mål för sina individprojekt ökar förmodligen risken för att de anställda drabbas av stress och ohälsa. Det här verkar gälla speciellt inom verksamheter där många kvinnor är anställda, där arbetsobjekten är ”liv” och organisationens mål först och främst är ekonomiska.

Omvänt är skillnaden stor mellan målet för de långtidssjukskrivna kvinnornas eget individprojekt ”att hantera sin smärta” och målen för de organisationer med deras ingående delprojekt som de kommer i kontakt med. I organisationsprojekten riskerar individen och hennes individprojekt ”att hantera sin smärta” snabbt att styckas upp i olika ärenden som ges olika prioritering.

Medan Auroraprojektet pågick kände de kvinnliga tandläkarna att de kunde påverka sina egna livssammanhang och individprojekt, men också att de insikter de var för sig och tillsammans kom fram till, skulle få effekter för organisationens målsättning. Det här skapade en känsla av kollektiv styrka och kontroll som bl. a. visade sig i att de höga sjukskrivningstalen gick ner

från 33 sjukdagar 1995 till 22 sjukdagar 1999 vid Auroraprojektets avslutning (Auroraprojektet 2000). Frågan är om denna kollektiva ansträngning och utveckling kunnat kommuniceras till folktandvårdens ledning, eller om ledningen nöjer sig med att Auroraprojektet är avslutat. Det finns en risk att förändringsarbete som utgår från ekonomiska mål och som initieras uppifrån åter blir dominerande: ”Så här har vi alltid gjort här”. I så fall har NLL inte lärt sig något av sina lärande tandläkare.

8.2 Avslutande reflektioner

Den här avhandlingen är ytterligare ett bidrag till utvecklingen av det tidsgeografiska synsättet i kulturgeografisk och samhällsvetenskaplig forskning.⁸⁶ Jag vill visa synsättets möjligheter att ge en bättre förståelse för hur människors tidrumsliga livssammanhang ser ut och hur människor själva med hjälp av en tidsgeografiskt fotad metod kan förbättra sitt livssammanhang när de upplever att tillvaron är problematisk. Det innebär att ökad förståelse för livssammanhanget skapas på två fronter: dels i forskningen och dels hos de berörda själva. Till grund för 4M-metoden ligger antaganden om att vissa problem, till exempel vissa former av ohälsa, grundar sig i människors livssammanhang, och därför är det den berörda personen själv som bäst kan förstå, förklara och angripa problemen. Det innebär att den enskilda personen forskar om sig själv och blir sin egen expert. För att komma dithän behöver den enskilda ofta assistans. Det innebär att den expertis som finns runt om personen i olika professionella serviceverksamheter förväntas bidra med hjälp och stöd. I mina studier visar det sig att traditionell ”hjälp” upplevs mer som föreskrifter och restriktioner än som något som underlättar. I förlängningen innebär det också att de som sätter agendan för arbets- och livsvillkor i vårt samhälle i högre grad bör utgå från människors samlade livsförutsättningar och se människor som helheter. Människor bör behandlas från de samlade förutsättningar som de själva anser sig ha, eftersom förutsättningen för att den enskilde själv engagerar sig i rehabiliteringen då kan bli större, vilket är en god start för långsiktig framgång.

⁸⁶ Den traditionen utgår från Torsten Högerstrand. Mitt arbete bygger framförallt på Kajsa Ellegårds arbete, men även Tora Friberg, Bo Lenntorp och Solveig Mårtensson har inspirerat mig.

Det är omöjligt att fullständigt skilja den enskilda individen från det sammanhang som hon ingår i eller det samhälle hon lever i (Trost 1999). Vare sig man lever ensam eller i en stor familj suger man omedvetet upp och integrerar den världsbild och de ”sanningar” som genom medias utveckling allt effektivare når stora delar av befolkningen. Det gäller såväl reklam för varor som politiska budskap och forskningsresultat. Arbetsplatsen, dess organisation och uttalade och outtalade värderingar och kultur är ett annat område som genomgripande påverkar individens livssammanhang. Det ”goda” arbetet är ett viktigt begrepp i svenskt samhällsbygge som implicerar möjligheten för individen att förverkliga sig genom förvärvsarbetet samt förvärvsarbetets kontinuerliga positiva utveckling (Allwin 1997). Flera generationer svenskar är präglade av begreppet, även om varje generation ger det något olika betydelse. Arbetslivets karaktär har förändrats, ganska genomgripande, under senare år. Såväl inom privat som i offentlig sektor är arbetsplatserna utsatta för åtstramningar och nedskärningar, även om högkonjunktur råder. Den politiska retoriken, liksom retoriken hos arbetsgivare, överensstämmer därför allt sämre med den vardagsverklighet som många människor ser och upplever, och det ”goda” arbetet som en utveckling mot själv-förverkligande kan många gånger ifrågasättas.

Under slutet av förra seklet inleddes en informationsteknologisk utveckling som ivrigt förespråkades av statsmakten. Tidrummet skulle övervinnas genom nya media, ständig uppkoppling och snabba transporter (Castells 1996). I mediaretoriken förekom vissa positivt laddade begrepp mycket frekvent. Dessa begrepp var bland andra ”valfrihet”, ”rörlighet” och ”flexibilitet” som implicit innebar att alla individer skulle gynnas och kunna delta på samma villkor i utvecklingen. Frågan är om de förändringar som har skett i realiteten har inneburit så stora förbättringar i enskilda människors vardagsliv, som talet om mer individuell frihet och rörlighet förespeglade. Det kanske snarare är så att skillnaden har blivit större mellan den vardagsverklighet som människor själva upplever och den retoriska verklighetsbeskrivning som man möts av i media.

I retoriken avsåg ”valfrihet” bland annat informationsteknologins möjligheter för den enskilde att förlägga sitt förvärvsarbete oberoende av plats och tid, vilket till exempel skulle innebära en större frihet att välja bostadsort och bättre möjlighet att välja mellan olika arbetstidslösningar. Samtidigt har nedskärningar i offentlig service, snarare begränsat

valfriheten för många människor och gjort det svårare att välja ett icke-urbant boende.

Friheten för många förvärvsarbetande har, som fallstudien ”Eget ansvar” visar, inte genomgått några avsevärda förbättringar med avseende på ”valfrihet”, ”rörlighet” och ”flexibilitet” för den enskilde. I fallstudien framgår att den ekonomiska styrningen från tandvårdsförvaltningen snarare skapar en upplevelse av mycket begränsade valmöjligheter. Tandläkarens behandlingsrum genomströmmas av patienter som planeras in allt tätare och varje patientbehandling medför ett administrativt arbete som ständigt växer på grund av lagar och regleringar. Tandläkaren saknar egen kontroll över båda dessa utvecklingar.

Den som är långtidssjukskriven på grund av långvarig smärta kan i viss mån välja vad hon vill ägna sin tid åt. Det som framförallt hindrar henne att göra vissa val är själva smärtan. Hennes valfrihet begränsas vidare av att många aktiviteter medför ökade kostnader och därför inte kan genomföras. Sjukskrivningen innebär för de flesta en mycket knapp ekonomi. Valfriheten begränsas också av kulturella och sociala restriktioner. För att våga gå ut bland folk vill man helst ha ett läkarintyg med en ordination att vara ute. Det kan fungera som ett argument mot försäkringskassan som betalar ut sjukpenningen och mot människor i omgivningen. Livsammanhanget i tidrummet medger fortfarande ganska begränsad ”rörlighet” för många människor. De flesta förvärvsarbeten måste fortfarande utföras på en viss arbetsplats eftersom de kräver att man samarbetar med andra människor. Barn och hushåll behöver fortfarande omvårdnad och gamla föräldrar måste besökas. Skillnaden ligger för den enskilda möjligen i att hon måste vara mer rörlig än hon kanske önskar, eftersom sammanslagningar och stordrift gör att det är längre och besvärligare att ta sig mellan de platser som man måste besöka under sin vardag. Det gäller arbetsplatser, offentlig service som dagis, skolor och sjukhus, platser för inköp och platser för utövande av fritidssysselsättningar.

Några individer som forskar om sig själva med ett tidsgeografiskt angreppssätt upptäcker att de är mer rörliga än de egentligen önskar och att mycket tid försvinner i transporter till och från olika platser varje dag. Det gäller både för långtidssjukskrivna och för kvinnliga tandläkare. Men i likhet med många andra yrkesgrupper är tandläkarna mindre rörliga på själva arbetsplatsen än vad de skulle önska. Med rörlighet menar jag då möjligheten att

röra sig inom kliniken, t. ex i pauser mellan patienter, för att förebygga ohälsa.

Flera av de långtidssjukskrivna i studien upplever att de är mer rörliga än de skulle önska, medan andra långtidssjukskrivna lever ett mycket stilla liv. De flesta är dagligen uppbundna av rehabiliteringsåtgärder, möten med handläggare hos försäkringskassan, läkarbesök etc. Som långtidssjukskriven antas man vara ledig och därför kunna anpassa sig till de tider som verksamheterna erbjuder. Detta kan innebära ganska många transporter. Den som dessutom har små barn som måste följas till dagis och skola tvingas till ännu fler transporter. Antalet dagliga förflyttningar blir på så sätt lika stort som när samma person yrkesarbetade. Dessutom kommer ofta krav från släktingar och vänner om att hjälpa till med olika saker, ”*du är ju ändå ledig*”, vilket kan vara svårt att förneka för den sjukskrivne.

Begreppet ”flexibilitet” måste hanteras från skilda utgångspunkter. Frågan är om flexibilitet, som det används idag, överhuvudtaget utgår från enskilda individers perspektiv. Snarare tycks det som att den enskilda individen måste anpassa sig till den flexibilitet som arbetsgivare och arbetsmarknaden kräver för att produktion av varor och tjänster ska uppnå lönsamhetskraven. Flexibilitet handlar således mer om att arbetstagaren ska ställa upp på de arbetsvillkor som för tillfället råder, än att arbetstagaren själv har möjlighet att ställa krav för sitt arbete. Ett exempel på flexibilitet som gynnar arbetstagaren är när långtidssjukskrivna Anna, som är en ambitiös och målmedveten person, klarar ett kontorsarbete på halvtid mycket bra om hon själv har möjlighet att i viss utsträckning välja sin arbetstid efter hur smärtpåverkad hon är.⁸⁷ Däremot har tidigare försök med arbetsprövning i arbeten där hon har varit tvungen att befinna sig på en viss plats under en viss tid på dagen inneburit att hon upplevt en rad misslyckanden på grund av att hon har varit alltför smärtpåverkad för att orka arbeta vid just de bestämda tider som givits henne. Den frihet hon upplever när hon får förlägga sitt arbete så att hon kan hantera sin smärta, ökar hennes självförtroende och hennes känsla av att kontrollera sitt liv.

När stora delar av det egna livssammanhanget inte överensstämmer med den bild av samhället som ständigt översköljer individen om ”hur det borde

⁸⁷ Att ändrade arbetsförhållanden, framförallt i form av åtgärder som möjliggör flexibel arbetstid är ett av de viktigaste instrumenten för att åstadkomma en balans mellan individernas kapaciteter och arbetskraven bekräftas bl. a av Göransson m. fl. i SOU 2002:5.

vara”, är det lätt att drabbas av stress och en känsla av att själv inte motsvara de krav och förväntningar som ställs i arbetslivet och på ett modernt vardagsliv. Det tidsgeografiska synsättet, gestaltat med 4M-metoden, kan genom sina konkreta illustrationer av individens aktiviteter, platsbundenhet, rörlighet och kopplingar till andra människor, ge människor möjlighet att analysera det egna livssammanhanget och jämföra det med ”hur det borde vara”. På så vis kan människor utgå från det egna livets faktiska förutsättningar istället för från antagande om förutsättningar som någon annan har fabricerat. Hon får verktyg att ifrågasätta den dominerande retoriska figuren av ett ”gott” vardagsliv, och kan själv formulera ett eget mål för sin vardag inom det handlingsutrymme som gäller för hennes speciella tillvaro. Vill hon utvidga handlingsutrymmet kan hon också utgå från hur det i realiteten är och sätta upp egna mål som hon tycker att det är meningsfullt att sträva mot.

En naturligt fortsättning på denna explorativa studie är naturligtvis att pröva 4M-metoden i flera miljöer och i större skala. Avsikten är att mer fokuserat utvärdera om en ökad medvetenhet om det egna tidrumsliga handlingsutrymmet, ger möjligheter för människor att göra förändringar som leder till ökade känslor av egenkontroll och makt över sitt liv.

SUMMARY: Women's health – about awareness, possibilities and power.

FRAME OF REFERENCE

Introduction

This thesis is an exploratory and action-oriented study, with a focus on the present societal problem of long-term sick leave. It deals with people's efforts to maintain their health when it is threatened and to regain it when it has already turned to sickness. It deals with how people as a result of such efforts begin to feel a certain power over their lives and begin to control circumstances instead of being controlled by them.

The thesis' empirical base is two case studies. One study takes place in a rehabilitation setting where the participants are women who are on long-term sick leave, primarily because of fibromyalgia. The other study is a work-environment project where the participants are female dentists in a County Council in the north of Sweden. Consequently, the case studies deal with the problem of long-term sick leave both when it has already become a reality and while there is still time to prevent it.

Background

The huge increases in the number of people who are on the sick list and get early retirement pensions in Sweden burdens public finances. For that reason, the authorities are concentrating on the rehabilitation of people's working capacity. Gainful employment influences the circumstances of most people in western cultures, although family-affairs, phases in the life cycle, sickness and earlier experiences also play important parts. The debate and research into the causes of the ever-increasing amount of people being on the sick list is intensive in Sweden at present. Causes are being sought everywhere: within the individuals themselves, in the medical services, in the public insurance and maybe above all in the work environment. The individual's own experience of health and sickness is not always compatible with the observations and judgements of those around her and it is difficult to find simple relations of cause and effect.

The perceived sickness that sometimes leads to sick leave may be a reaction to changes in the individuals life- or work context. When demands feel overwhelming, it can be difficult for an individual to discern where to draw the line between her own responsibility for her situation and the responsibility of her employer or society. The underlying hypothesis is that

the individual's knowledge of her own life- and work context must be utilised in working life as well as in public welfare. People who do not experience their life as fulfilling feel powerless and feelings of powerlessness may lead to sickness.

It is quite clear that preventative methods are needed, both before people get sick and for rehabilitation when people are already sick and on long-term sick leave. Human geography and especially time geography embrace thought traditions, which can serve as a basis for the understanding of people's complex life-contexts in modern society. The time-geographic approach illustrates how concrete and abstract circumstances in time and space exercise restrictions and put frames upon people's lives. A diary method and work model, based on time-geography, has been developed. The main purpose is to enable people to analyse and actively improve their life-contexts themselves (Ellegård & Nordell 1997) .

The fundamental research question is how the time-geographic approach can be used to understand the problems which confront people in modern society. Unclear and complex demands on flexibility at work regarding work time and work performance have different meanings and find many expressions in practise. What do such demands mean for the individual's need for continuity and feeling of control over her everyday life when she tries to put together all the activities – at home and at work – that are needed in order to realise the projects of everyday life.

Aim

The main *aim* of this study is therefore to develop, test and evaluate whether a time-geographic approach can help people to change and influence their life-contexts in a direction that is desired by the individual herself. One subordinate aim is to investigate whether increased awareness of one's own life- and work context through a time-geographic analysis will be reflected in experiences of self-control, taking responsibility and better health. Another aim is to find out whether people's time-geographic analyses of their life contexts can contribute to the description, understanding and explanation of problems connected to everyday life that people have to confront in the modern society.

Time geography and life-context

Time geography forms the base of the theoretical frame of reference and permeates the case studies, while the main concept that is elaborated is *life-context*. Its basic assumptions are that everything takes time and occupies a place during the process. Individuals are indivisible and cannot be divided in time or space. Time geography has a great potential for studies of people's objective and subjective life-contexts. Through its system of notation, it is possible to reduce a lot of activities, transports and meetings to movements in time and space. This is an advantage, especially from a gender perspective, since it makes it possible to demonstrate how complex life can be. Methodologically it is possible to manage and give the concept of life-context a process dimension through the time geographic approach and its ability to illustrate processes and contexts.

Life-context can theoretically be connected with phenomenological theory and thereby related to the concept of "life world". It can also be connected with the theory of symbolic interaction, with its emphasis on context, activity and process. It is also fruitful to connect life-context to social theories such as Antonovsky (1991) "Sense of Coherence" (SOC), to gender theories and to psychological theories that treat human beings' capacity to manage their individual life contexts (Kegan 1994). A potent line in Kegan's work is the way an individual regards herself in relation to the demands from her surroundings and how this relation can be developed.

The focus of the thesis is that the participants in the case studies, through a heightened awareness of their life contexts, should be able to discover what desirable changes in their lives they themselves can make. The participants in one case study are local government employees on the long term sick list, and the participants in the other study are dentists employed in Swedish Public Dental Health Service. Therefore, it is important to discuss topics related to questions like; what is a "good" life and what is "good" work, from the individual point of view as well as from that of society.

A time geographic diary method and work model

In this study, the time-geographic approach is carried out through a diary method and work model. An important starting-point is that the initiative of observation lies with the diary writer, not with the researcher. Through self-observation, the diary-writer formulates her own experience of every-day life continuously, in immediate connection with the activity. Everyday-life is thus formulated in a way that illustrates and treats the diary-writer's

personal time and space with places, activities, persons, and experiences, both mentally and graphically.

The experience of everyday life includes subjective feelings as well as physical sensations, which means that inner life is connected to external behaviour.

The time-geographic diaries are coded and, through a computer program, important every-day contexts can be identified.

- i) Activity contexts (everyday context and project context)
- ii) Geographical context
- iii) Social context
- iv) Experiential context

Through the diary, the diary-writer will be able to compare her objective, observable day with her experience of the day. The comparison makes it possible to identify everyday contexts and project contexts, which involve positive or negative experiences that have hitherto been unconscious.

A work model is developed on the basis of the diary method with the purpose of being used in processes of change at work places and in rehabilitation settings. Its character is emancipatory and builds upon mutual confidence between the diary writer and professionals. The starting point of the model is that the diary writer writes diaries during at least two periods of time, with an intervening period which can be used to take measurements of different kinds.

The measures are based on the diary writer's own ideas of how she wants to change her everyday activity pattern but it can be combined with professionally supervised measures, for example, different kind of rehabilitation programmes.

EMPIRICAL STUDIES

Case study 1. To be on sick leave because of pain (Värkmästarna)

The aim of the first case study was to further develop a time-geographic method and working model in the rehabilitation of persons who are suffering from long-lasting or chronic pain conditions. The intention of this work was to heighten the sufferer's awareness of how significant her life-context is for her experience of health. Thereby she can begin certain

activities which can decrease the physical and psychological suffering which follows sickness and long-term pain.

In this case study, the method and model is tried out in a course in a rehabilitation setting. Eleven persons participated in the course, all of whom were partly or completely on sick leave. Methodologically, the case study follows three paths:

- i) The participants explore their life-contexts themselves.
- ii) The professional actor works with the method in the rehabilitation setting.
- ii) As a researcher, I teach the professional actor to put the method into practice. After the course, I interview all the participants and the professional actor as a part of the evaluation process.

The empirical work assumes that the professional actor learns the method and integrates it into her daily work. My study is based on data which are collected by qualitative methods. The data material consists primarily of the participants' elaborated diaries and interviews with all participants and the professional actor.

The result indicates that the method largely fulfils its goals when it is used by people who suffer from long-lasting pain. Eleven out of thirteen participants think that they have a new awareness of their own life-context after using the method. Twelve out of thirteen participants think that the method should be of use in other settings than rehabilitation settings. The participants' new level of awareness showed common patterns and ten out of thirteen participants took steps which led to changes. The concrete measures were among others: stating one's point of view, delegation and restricting one's commitment towards people in one's surroundings.

Case study 2. "Own responsibility", to prevent sick leave in the Public Dental Health Service

In 1995, female dentists in The Norrbotten County Council had an average sick leave of 35 days compared to male dentists who had merely 12 days of sick leave. Consequently, Norrbotten County Council had an injunction from the Labour Inspectorate to take measures in order to improve the work environment at the Public Dental Health Service (PDHS). This injunction resulted in the creation of a project with the purpose of dealing with the alarming number of sick female dentists.

Within the project, I gave a five month course that was called “own responsibility”, in which, all female dentist (84) in the PDHS, participated. The main purpose of the course was to enable the dentists to identify an area of action within which it would be possible for them to take measures. The space of action embraces three spheres: Within the first sphere, it is possible to take one’s own measures. Within the second sphere, it is possible to take measures together with other persons in the work place. The third sphere, finally, lies outside the work place in question. The project “own responsibility” focused on measures and changes in the work place within economic and organisational frameworks.

I modified the original work model in order to work collectively at the work place and with a large number of participants. All dentists wrote diaries and discussed them in small network groups. Each network group had a leader who took notes of the discussions and sent them to me. I coded diary notes from a few example diaries, compiled them and maps of everyday life were drawn.

These maps were shown and discussed and the network groups discussed ‘the present state of things’, ‘the desired state of things’, and what measures might be taken. Possible measures were identified and the dentists proceeded with these for approximately two months. Finally, the results of the measures were evaluated in group work.

The writing of the diary, the reflections over it, the discussions in the network groups and the diary-generated maps showed the difference between the dentists imagined life-context and the appearance of the life-context. The diary is a thought-provoking document that shows the amount of activities dentists perform every day. It also shows the disturbances of the workday with lots of unplanned interruptions and how work time is often planned by others, sometimes without the knowledge or consent of the dentist in question. To summarise: They were out of self-control.

The diary made many things plain, things that the dentists already knew and confirmed thoughts that had been half conscious. This process creates conditions leading to attention being paid to the problem of lack of self-control and many dentists made changes within their scope of action or extended it. It became evident that the dentists treated both their own and other people’s time differently and more consciously. They experienced themselves as stronger and more aware of situations. They dared to speak

up and set limits for their commitment both towards people at the workplace and at home.

CONCLUSIONS

The case studies support other findings that show that activities of everyday life at homes and at workplaces are still largely women's responsibility. The total work time gets to be long and women's days are filled with activities which belong to different parts of life. The activities are connected with different obligations and restrict women's personal space of action. In addition, many of these activities involve transports and meetings with other people.

Common for the two case studies is that when the participant's different life-contexts became visible, they also became accessible to reflection. It gives a basis for identifying possibilities and restrictions for one's space of action. Possibilities and restrictions can be related both to one's own person and to the surroundings as well as allowing them to be experienced and made concrete. After the identifying process, it is possible to make changes. In spite of the differences between the case studies, the participants got new insights when their life-context became tangible in the diaries and the maps. When their unique activity-related geographical, and social contexts were analysed and related to the participants' experiential context it became clear what they were doing when not feeling well and therefore could improve the situation. When the participants expressed what they desired in life and work, they became aware of their individual space of action.

In both case studies, in spite of their different settings, people and problems, the kind of measures or changes the participants realised had surprisingly many similarities. The realised changes were generally quite small and the participants were surprised that small changes could make such difference. The measures that the participants took showed their surroundings that they respected and valued themselves and their time more than before. They began to speak up and tell people around them what they really thought and experienced. They had distanced themselves from their "taken for granted" life-world, which thereby had changed its nature. The difference between the experience of the demands from those around them and their own capability to confront those demands decreased when the participants started to make changes. They constructed their

reality in a new fashion and their apprehension of what is possible to do in principle had approached their real space of action.

In the work life and society of today there is two opposing tendencies: On one hand the demands on the individual to take responsibility for her and her family's life and future has increased. That implicates that a person herself must know when her health is threatened and decide where to set limits for her commitments towards others. Furthermore, she has to place a great value on herself in order to handle difficult situations that may arise when she sets limits in her work life towards employers and colleagues.

On the other hand, many organisations tend to increase the use of detailed control system. Today work processes can be managed and controlled in more subtle ways than before. Together with the present focus on austerity programmes in organisations, a situation is created that confronts the individual with incompatible demands. People are caught between their experienced space of action, (too small), and the demands and expectations on their capacity from the surrounding (too great).

The pair of notions "individual project" and "organisational project" make the intersection obvious between the goals of the individual and the goals of the organisation. A simple conclusion is that representatives for society to a greater extent need to ask what peoples individual projects look like and to let that knowledge influence the formulation of organisational goals. When there is a big discrepancy between them, there is probably a risk of an increased rate of stress-related syndromes and sick leaves. This seems to be valid especially within organisations where many women are employed, where the objects of work are human beings and where organisations increasingly set up goals in terms of economic figures.

REFERENSER:

- Allwin, M (1997): *Det individualiserade arbetet. Om modernitetens skilda praktiker.* Brutus Östlings bokförlag Symposion, Stockholm/Stehag.
- Andersen, Ib (1998): *Den uppenbara verkligheten.Val av samhällsvetenskaplig metod.* Studentlitteraur, Lund
- Antonovsky, A (1991): *Hälsans mysterium.* Natur och Kultur. Stockholm
- Arbetskyddsstyrelsen m.fl. (1999): Arbetslivsfakta. Nr 3, 1999.
- Aronsson G (1997): *Effekter av bantade organisationer.* Miljön på jobbet, 1997:2, s 27-33.
- Aronsson, G m fl. (1999): *Healthy work: ideal and reality among public and private employed academics in Sweden.* Public personnel management, vol 28, 1999, s. 197-215. Arbetslivsinstitutet
- Asplund, J (1983): *Tid, rum, individ och kollektiv.* Kontenta. Liber förlag.
- Bejerot, E & Theorell, T (1992): *Employer Control and Work Environment: A Study of the Swedish Public Dental Service.* International Journal of Health Services 1992;22:669-688.
- Bejerot, E (1998): *Dentistry in Sweden – Healthy work or ruthless efficiency?* Lund University. Department of Dental Public Health. Arbetslivsinstitutet 1998:14.
- Bejerot, E, m fl (1998): *Changes in control systems assessed by publicly employed dentists in comparison with other professionals.* Acta Odontologica Scandinavica 1998;56:30-35.
- Bejerot, E, m fl (1999): *Perceived control systems, work conditions, and efficiency among Swedish dentists: interaction between sides of human resource management.* Acta odontologica Scandinavica, 1999; 57:46-54.
- Bejerot, E, mfl (submitted): *Towards healthy work or ruthless efficiency? The effect of managerial changes on professional work with life or things.*
- Bengtsson, J (1988): *Sammanflätningar.* Daidalos, Göteborg.
- Bengtsson, J (red) (1999) *Med livsvärlden som grund.* Studentlitteratur, Lund
- Berger & Luckmann (1979): *Kunskapssociologi.* Wahlström & Widstrand, Stockholm
- Blom, A (1997): *Strukturers betydelse för framgång. I: Ledare, Makt och Kön.* Red. Nyberg, A & Sundin E. SOU 1997:135, s 190 – 211.
- Borell, K & Brenner S-O (1997): *Att spegla verkligheten.* Studentlitteratur, Lund.
- Bryman, A (1997): *Kvantitet och kvalitet i samhällsvetenskaplig forskning.* Studentlitteratur, Lund.
- Bäcklund, A-K (1994): *Industriproduktion och hushållsproduktion just-in-time. I: Om lärares eget lärande.* Red: Madsén, T. Studentlitteratur, Lund
- Carlestam, G & Sollbe, B, red (1991): *Om tidens vidd och tingens ordning.* Texter av Torsten Hägerstrand. BFR
- Carlsson, L & Tenfält, M (1997): *Vart tog tiden vägen?* Institutionen för rehabilitering. Arbetsterapiprogrammet.
- Carlstedt, G (1992): *Kvinnors hälsa. En fråga om makt.* Tiden/Folksam, Stockholm.
- Castells, M (1998): *Nätverkssamhällets framväxt.* Daidalos, Göteborg.
- Castells, M (1998): *Identitetens makt.* Daidalos, Göteborg
- Cederman, K (1995): *Leka och lära.* Institutionen för rehabilitering. Vårdhögskolan, Göteborg.
- Cedersund, E (1992): *Från personliga problem till administrativa beslut.* SIC 33, 1992. Universitetet i Linköping, Tema Kommunikation.

- Cronström-Beskow, S (1996): *Dansa med träben. Maskrosbarn och andra om överlevandens konst och pris*. Natur och Kultur. Stockholm.
- Davidsson, J och Dinsdale, H (1999): *Tid till fritid? – tidsanvändning hos yrkesverksamma personer med postpolio*. Institutionen för rehabilitering, Sektionen för vårdvetenskap. Göteborgs universitet.
- de los Reyes, P (2001): *Mångfald och differentiering*. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Dyck, I (1995): *Hidden geographies: The changing lifeworlds of Women with multiple sclerosis*. Social Science and Medicine. 40, 307-20
- Ellegård, K (1993): *Olikadant. Aspekter på tidsanvändningens mångfald*. Occasional Papers 1993:4. Kulturgeografiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Ellegård, K (1994): *Att fånga det förgängliga. Utveckling av metod för studier av vardagslivets skeenden. Vardagslivets komposition, delrapport 2*. Occasional Papers 1994:1. Kulturgeografiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Ellegård, K (1999a): *I spänningsfältet mellan social intressegemenskap och geografisk närhet*. I ”Demokratiutredningen, forskarrapport nr 7: IT och demokrati. SOU 1999:17.
- Ellegård, K (1999b): *Automation and Inertia*. I: Automation in Automotive Industries. Red., Comacchio, A; Volpato, G; Camuffo, A. Springer. s 46-61.
- Ellegård, K (2001): *Att hitta system i den välkända vardagen*. I: Fånga vardagen. Ett tvärvetenskapligt perspektiv. Red., Ellegård, K & Wihlborg, E. Studentlitteratur, Lund. s. 41-66.
- Ellegård, K & Nordell, K (1997): *Att byta vanmakt mot egenmakt – självreflektion och förändringsarbete i rehabiliteringsprocesser*. Johansson och Skyttmo förlag AB, Stockholm.
- Ellegård K, Nordell K & Westermarck Å (1999): *Att ta kontroll över sitt vardagsliv – kvalitativ dagboksmetod för reflektiv emancipation*: I: ”Kvalitativa metoder i arbetslivsforskning”. Red., Jitka Lindén m. fl. Rådet för Arbetslivsforskning, Stockholm. s. 108-131.
- Englund Lars: (1997) ”Är sjukdom ett bra skäl för att bli sjukskriven Försäkringskassaförbundet (FKF) . FKF:s förlag, Stockholm.
- Folktandvården Norrlands Läns Landsting (1998): Auroraprojektet. Delrapport. Luleå
- Folktandvården Norrlands Läns Landsting (2000): Auroraprojektet – Kvinnliga tandläkares arbetsmiljö. Slutrapport. Luleå
- Forsberg, G (1995): *Kvinnospår i geografin*. Nordisk Samhällsgeografisk tidskrift, Nr. 21. s. 3-21.
- Frankenhaeuser, M & Ödman, M (1983): *Stress en del av livet*. Brombergs Bokförlag, Värnamo.
- Frankenhaeuser, M (1993): *Kvinnligt, manligt, stressigt*. Förlags AB Wiken, Höganäs.
- Friberg, T (1990): *Kvinnors vardag*. Meddelande från Lunds universitets geografiska institutioner: 109. Lund University Press, Lund
- Gatrell, A-C (2002). *Geographies of Health*. Blackwell, Oxford.
- Giddens, A, (1996): *Modernitetens följder*. Studentlitteratur, Lund
- Giddens A, (1999): *Modernitet och självidentitet: självet och samhället i den senmoderna epoken*. Daidalos, Göteborg.
- Göransson S, Aronsson G, Melin B (2002): *Vilja och villkor för återgång i arbete – en studie av långtidssjukskrivnas situation*. I: SOU 2002.5. s. 101-168.

- Hamberg, K (1998): *Begränsade möjligheter – anpassade strategier. en studie i primärvården av kvinnor med värk.* (Avhandling) Department of Family Medicine. Medical Dissertations no 551. Umeå University, Umeå
- Hjördisdotter, K (1999): *Tema: mager organisation.* Fokus på arbetet, nr 4, 1999, s 6-11. Rådet för arbetslivsforskning.
- Hochschild, A (1989): *The Second Shift. Working parents and the revolution at home.* Judy Piatkus Ltd, London.
- Hägerstrand, T (1972): *Om en konsistent, individorienterad samhällsbeskrivning för framtidsstudiebruk.* Justitiedepartementet Ds Ju 1972:25. Lund -Stockholm.
- Hägerstrand, T (1974): *Tidsgeografisk beskrivning. Syfte och postulat.* Svensk geografisk årsbok 50.
- Hägerstrand, T (1977): *Att skapa sammanhang i människans värld – problemet.* Institutionen för kulturgeografi och ekonomisk geografi vid Lunds universitet. Rapporter och notiser nr 40.
- Hägerstrand, T: *Social aspects of technological innovation or the ballet of milking cows.* Opubl. manuskript från slutet av 70-talet.
- Hägerstrand, T (1985): *Time-Geography: Focus on the corporeality of Man, Society and Environment.* Reprinted from The Science and Praxis of complexity. The United Nations University, 1985.
- Hägerstrand, T (1986): *Den geografiska traditionens kärnområden.* Geografiska notiser. 1985:3, s 38-43.
- Hägerstrand, T (1991): *Tiden och tidsgeografien, tidsgeografi. I "Om tidens vidd och tingens ordning".* Red. Carlestam, G & Solbe, B. Bygghälsöföreläsning, Stockholm
- Hägerstrand, T (1993): *Samhälle och natur.* ur Region och miljö, NordREFO 1993:1, Köpenhamn.
- Höök, O (1988): *Medicinsk Rehabilitering.* Almqvist & Wicksell, Stockholm.
- Jacobsen, B (2000): *Existensens psykologi, En introduktion.* Natur och Kultur, Stockholm.
- Janlert, U (2000): *Folkhälsovetenskapligt lexikon.* Natur & Kultur, Stockholm
- Johansson, E: (1998) *Beyond Frustration: Understanding women with undefined musculoskeletal pain who consult primary care.* (Avhandling) Department of Family Medicine. Medical Dissertations no 550. Umeå University, Umeå
- Johansson, U: (1997) *Den offentliga sektorns paradoxala maskuliniseringstendenser. I: Om makt och kön.* Red., E. Sundin. SOU 1997:83. Stockholm. ss 273-305.
- Kegan, R (1994): *In Over Our Heads: The Mental Demands of Modern Life.* Harvard University Press, Massachusetts.
- Kellegrew Hammon, D & Kroksmark, U (1999): *The Impact of School Routines on a Child with Low Vision: a Case study Using Time-geography.* Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. 1999:19; (2): 79-91.
- Kroksmark, U & Nordell, K: *"ADOLESCENCE. The age of opportunities and obstacles for Student with Low Vision in Sweden".* Journal of Visual Impairment and Blindness.
- Kroksmark, U & Ellegård, K : *Timegeographic Method a Way of Studying Occupation.* Submitted to Scandinavian Journal of Occupational Therapy.
- Kumlin, T (red) (1998): *Känsla av sammanhang i teori, empiri och kritik.* Forskningsrådsnämnden. Rapport 98:9. Stockholm
- Kvale, S (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Studentlitteratur, Lund

- Langius, A & Björvell, H (1998): *Den salutogena modellen och användningen av KASAM-formuläret i omvårdnadsforskning: En metodredovisning*. I Kumlin, T(red) "Känsla av sammanhang i teori, empiri och kritik". Forskningsrådsnämnden. Rapport 98:9. s 67-78.
- Lenntorp, B (1997): *Självmod som existentiellt problem*. Folksam's vetenskapliga råd. Forskningsrådsnämnden. Rapport 92:7.
- Lenntorp, B (1998): *Orienteringsanvisningar i ett forskningslandskap*. I: Svensk kulturgeografi inför 2000-talet. Red., Gren, M & Hallin, PO. Studentlitteratur, Lund.
- Lindgren, G (1999): *Klass, kön och kirurgi*. Liber, Stockholm.
- LO (1999): "Kvinnors och mäns arbetsmiljö och hälsa". Landsorganisationen, Stockholm.
- Lundén, T (2002): *Över gränsen. Om människan vid territoriets slut*. Studentlitteratur, Lund.
- Lundgren-Gothlin, E (1999): *Kön eller genus?* Nationella sekretariatet för genusforskning, Göteborg.
- Magnusson, L (1999): *Ett arbetsliv i förändring – Sverige 1950 – 2000*. SOU 1999:69
- Massey, D (1994): "Space, Place and Gender". Oxford Polity Press.
- Medin, J & Alexandersson, K (2000): *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Studentlitteratur, Lund
- Merriam, S (1994): *Fallstudien som forskningsmetod*. Studentlitteratur, Lund
- Moustakas, C (1990): *Heuristic Research, Design, Methodology, and Applications*. Sage Publications. London.
- Moustakas, C (1994): *Phenomenological Research Methods*. Sage Publications, London.
- Mårtensson, S (1979): *On the formation of biographies in space-time environments*. Meddelanden från Lund universitets geografiska institution, avhandling LXXXIV. Lund University Press, Lund.
- Nilsson, J O (1994): *Alva Myrdal, en virvel i den moderna strömmen*. Symposium, Stockholm.
- Nordell, K (1998): *Tidsgeografisk dagboksmetod i projektet "Ny rehabiliteringsmodell för synskadade vuxna"*. Slutrapport för Socialstyrelsen.
- Nordell, K (2000): *Kan omedvetna begränsningar bli medvetna möjligheter – en tidsgeografisk metodstudie av långtidssjukskrivnas livssammanhang*. Kulturgeografiska institutionen, Göteborgs universitet. Choros 2000:4
- Närvänen, A-L (1999): *När kvalitativa studier blir text*. Studentlitteratur, Stockholm
- Nörretranders, T (1991): *Märk världen*. Bonnier Alba, Stockholm.
- Oliver, M (1996): *Understanding disability, from theory to practice*. Macmillan Press, London
- Patel, R & Davidsson, B (1994): *Forskningsmetodikens grunder*. Studentlitteratur, Lund.
- Peolsson, M (2000): *Att beskriva kronisk smärta – en lärprocess-*. Tema K. Linköpings universitet, Linköping.
- Riksförsäkringsverket (1999): *Uppdraget att rehabilitera måste bli tydligare*. Rfv, nr 4/99.
- Riksförsäkringsverket (1999): *Morgondagens rehabilitering – om försäkringskassans uppdrag och gränssnitt mot rehabiliteringsansvariga parter*. RFV anser 1999:8

- Riksförsäkringsverket (2001:5): *Kvinnor, män och sjukfrånvaro. Om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering*. RFV redovisar.
- Riksförsäkringsverket (2001:11a): *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete*. RFV redovisar.
- Riksförsäkringsverket (2001:11b): *Arbetsmiljöns betydelse på sjukfrånvaro och utbyte av arbete*. RFV analyserar.
- Riksförsäkringsverket (2002:2): *Vad kostar olika sjukdomar? – sjukpenningkostnader fördelade efter sjukpenningdiagnos*. RFV redovisar.
- Rose, G (1993): *Feminism and geography: the limits of geographical knowledge*. Polity Press. Cambridge.
- Seamon, D (1980): *Body-Subject, Time-Space Routines, and Place-Ballets*. I: *The Human Experience of Space and Place*. Red., Buttner, A & Seamon, D. Croom Helm, London.
- Socialstyrelsen, SoS-rapport 1994:4. *Behandling av långvarig smärta*. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2000:03): *Fibromyalgi*. Stockholm.
- SOU 1998:6. Arbetsmarknadsdepartementet. *Ty makten är din...* Betänkande från Kvinnomaktutredningen. Stockholm.
- SOU 2001:79. Socialdepartementet. *Välfärdsboksut för 90-talet*. Stockholm
- SOU 2002:5a. Socialdepartementet. *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Del 1. Slutbetänkande av utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Stockholm
- SOU 2002:5b. Socialdepartementet. *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Del 2. Bilaga till slutbetänkande av utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Stockholm
- Starrin, B & Svensson P-G (1994): *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Studentlitteratur. Lund.
- Statskontoret (2002): *Ett effektivt rehabiliteringsarbete? – om försäkringskassans samordning och köp av rehabiliteringstjänster*. Bil 2:10 i Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. SOU 2002:5.
- Sundin, E (1998): *Genus i organisationer*. I: *Organisationsteori på svenska*. Red., Czarniawska, B. Liber ekonomi. Malmö.
- Thomsson, H (1998): *Anpassningens pris. Kvinnors liv i vård och vardag*. Förlagshuset Gothia. Stockholm
- Trost, J & Levin, I (1999): *Att förstå vardagen*. Studentlitteratur. Lund
- Westerberg, U (1996): *Egon Jönsson : en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet*. SOU 1996:85. Fritze. Stockholm.
- Vikenmark, S & Andersson, A (2002): *Arbetsmiljöbelastning som orsak till förtidspensionering och sjukersättning – en pseudoprospektiv studie*. I: SOU: 2002:5. ss 353-397.
- Wikman m.fl. (1998) *Nya relationer i arbetslivet*. Arbetslivsinstitutet/SCB. Stockholm.
- Vilhelmson, B (2001): *Rörlighet och förankring. Geografiska aspekter på människors välfärd*. Choros 2002:1. Kulturgeografiska institutionen, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Williams, S.J & Bendelow, G (1998) *The Lived Body. Sociological Themes, Embodied Issues*. Routledge. London.
- Välfärdsbulletinen (2001): *Hänger välfärdsstatistiken med?* Referat från SCB-seminarium 2001. Referent. Elisabeth Landgren Möller. Välfärdsbulletinen Nr 2 2001.

- Yrkesinspektionen, Luleå distrikt (1995): Inspektionsmeddelande från YI, Dnr 25-9513, 95/799. Luleå.
- Åquist, A-C (1992): *Tidsgeografi i samspel med samhällsteori*. Meddelande från Lunds universitets geografiska institution. 115. Lund University Press. Lund.
- Åquist, A-C (1998): *Environmental Concern in Every Day Life. The example of introducing a new waste-handling system*. Scandinavian Housing & Planning Research 15. s 249-264.

Statistik och övriga källor

- Länsstyrelsen i Norrbottens Län (2002): www.bd.lst.se/narliv/regek/befolkn/index.htm (20020912)
- Länsstyrelsen i Norrbottens Län (2002): www.bd.lst.se/narliv/regek/befolkn.fyrkant.htm (20020912)
- Riksförsäkringsverket (2001): Socialförsäkringen i siffror. (http://www.rfv.se/publi/docs/sid91_163_2001.pdf)
- Riksförsäkringsverket (2002): <http://www.rfv.se/stat/arsstat/sjukh/sjtal.htm>. (20020218)
- Riksförsäkringsverket (2002): http://www.rfv.se/stat/manadsta/sjukh/tal_kom.htm. (20020218)
- SCB, Statistiska centralbyrån. *Arbetskraftsundersökningen 1998*. Statistiska meddelanden Am 12 SM 9901.
- SCB, Statistiska centralbyrån (2001): Kortperiodisk syselsättningsstatistik. AM63 SM 0104
- SCB, Statistiska centralbyrån ULF-undersökningen. Befolkning och välfärd. www.scb.se. (20000915)
- SCB, Statistiska centralbyrån. *Arbetsmiljön 1999*. Statistiska meddelanden AM 68 SM 001. www.scb.se. (20000816)
- SCB, Statistiska centralbyrån. *Arbetsmarknadsläget i augusti 2000*. Nr 2000:222. Pressmeddelande. www.scb.se. (20000911)

Bo Lenntorp, professor i Kulturgeografi, Stockholms universitet. Föreläsning vid "2000 års Tidsgeografiska seminarium" i Linköping, 10 maj, 2000.

BILAGA 1

Intervjuguide till fallstudien ”Värkmästarna”

1. Berätta lite om dig själv? Din ålder, bakgrund, utbildning, ålder, sjukdomshistoria och relation med sjukvård och försäkringskassa?
2. Hur har du upplevt den här kurstiden?
3. Hur ser du på framtiden?
4. Vad tyckte du om att skriva dagbok på det här sättet?
5. Vad tänkte du om ditt liv när du hade skrivit den första dagboken?
6. Vad tänkte du om ditt liv när du och X tittade på kartorna tillsammans?
7. Tyckte du att ditt ÄR-läge som ni kom fram till på kursen var annorlunda än det ÄR-läge du hade innan?
8. Hade du tänkt på hur du VILL att det ska vara tidigare?
9. Tyckte du att det var du själv som bestämde vilka åtgärder du skulle genomföra för att komma till VILL?
10. Lyckades du genomföra några åtgärder för att komma från ÄR till VILL?
11. Hur var det att skriva dagbok andra gången?
12. Såg du några skillnader i ditt liv när ni tittade på kartorna tillsammans?
13. Tror du att du har haft nytta av dagboksskrivandet för egen del? I så fall på vilket sätt?
14. Har det varit ett bra sätt att arbeta med dagboken både i grupp och enskilt som ni har gjort på kursen?
15. Vad har varit svårt? - lätt? - bra? - dåligt?
16. Har du förslag på hur man skulle kunna göra istället?
17. Tror du att det är en bra metod för personer med långvarig smärta?
18. Tror du att metoden skulle fungera även för andra människor?
19. Hanterar du din smärta annorlunda idag än tidigare?
20. Hur ser ditt liv ut rent konkret, prioriterar du på annat sätt idag?

BILAGA 2

Intervjuguide fallstudien ”Eget ansvar”

Vad tyckte du om att skriva dagbok på det här sättet?

Vad tänkte du om ditt arbetsliv (privatliv) efter du hade skrivit dagbok?

Gav erfarenheterna av dagboksskrivandet upphov till diskussion i din nätverksgrupp?

Gav dagboksskrivandet dig några nya insikter om ditt arbetsliv eller privatliv?

Ledde de insikterna i så fall till att du gjorde några förändringar? På arbetet? Hemma?

Vad innebar dess förändringar i så fall?

Genomförde du några av de förändringar som ni själva kom fram till vid grupparbetet.

Gjorde du några förändringar tillsammans med andra arbetskamrater?

Om du genomförde förändringar – ledde det ditt att du kände dig ha mer kontroll över din arbets/livssituation?

Vad har varit bra respektive dåligt med dagboksmetoden i Auroraprojektet?

Är det något särskilt du tänkt på vad gäller dagboken och genomgången?

Tycker du att det fungerar att arbeta med dagboken i en så stor grupp?

Angående hela Auroraprojektet

Hur ser din arbetssituation ut nu när snart ett år gått sedan projektet slutade?

Har några förslag på åtgärder som projektet kom fram till kommit till stånd?

Vilka konkreta förändringar har skett på din arbetsplats? Vilka har du/ni själva åstadkommit och vilka har initierats av ftv?

Träffas din nätverksgrupp fortfarande?

