

TRENINGSSOPPLEGGET VED ATTFØRINGSSENTERET I RAULAND

★

En analyse av årene fra
1986 - 1992
- med glimt inn i dagens opplegg



Hovedfagsoppgave
Ann Marit Flokenes
Høgskolen i Telemark

Sammendrag

Hovedtemaet i oppgaven min er treningsregimet ved Attføringssenteret i Rauland og dets kjennetegn. Her har jeg hatt fokus på senterets første periode, dvs. årene som strekker seg fra 1986 til 1992. For å oppdage det spesielle ved nettopp denne tida, har jeg også prøvd å synliggjøre dagens opplegg. Siden undersøkelsen baserer seg på et kunnskapssosiologisk perspektiv, har siktemålet vært å finne fram til forskjellige former for viten. Dette perspektivet er også gjeldende i oppgavens "bakteppe" (kapittel 4) som omhandler noe av historien til rehabiliteringsfeltet – feltet som Attføringssenteret hører inn under. Kapittelet gir samtidig et kontrasteringspunkt i forhold til epoken jeg studerer.

Arbeidet har konsentrert seg omkring følgende problemstillinger:

- **Hvordan var treningsopplegget i perioden 1986-1992, og hvilke teorier/metoder lå til grunn for det?**
- **Hvilket syn på kroppen kom til uttrykk i selve treningsopplegget?**
- **Hvordan var forståelsen av mennesket?**
- **Hvilken helse- og sykdomsoppfatning var gjeldende ved senteret?**
- **Hvilke faktorer skapte og omskapte treningsopplegget?**

Ved hjelp av dokumentanalyse og kvalitative intervju med henholdsvis tidligere og nåværende ansatte ved senteret, avdekket vi at de første årene var preget av en naturvitenskapelig tenkemåte: Den objektive og målbare kunnskapen var i høysetet, der fysiologiske tester som for eksempel kondisjonstest på ergometersykel og isokinetisk muskeltesting dominerte. Treningsaktivitetene var allsidige og omfattet blant annet gymnastikk, svømming, medisinsk treningsterapi, padling i kano og arbeidsteknikk. Her var man i særlig grad opptatt av fysisk funksjonsforbedring og innlæring av riktige teknikker i så vel svømming som i padling. Treningsopplegget, som tok mål av seg å føre klienter tilbake til arbeidslivet igjen, bar dessuten preg av en instrumentell kroppsforståelse. Synet på mennesket kunne tolkes som dualistisk, der personalet i behandlingspraksisene gjorde et skille mellom kropp og bevissthet. Senteret la opp til en tradisjonell sykdomsmodell hvor man ofte tok utgangspunkt i anatomiske forklaringer på plagene – en forståelse som retter seg mot en biomedisinsk sykdomsoppfatning. I oppgavens siste problemstilling fant vi at det medisinske kunnskapsregimet og Beitostølen Helseportssenter var sentrale "skapelsesfaktorer" til selve treningsopplegget. Her kunne vi også avdekke at kunnskap knytta til henholdsvis enkeltpersoner og faggrupper var med på å forandre det gamle treningsregimet – et regime som i dag baserer seg på en helhetlig filosofi der trygghet- og mestringsaspektet utgjør sentrale momenter.

5 Fysisk funksjonsforbedring. AiR 1986-1992	
5.1 Innledning	51
5.2 Treningsopplegget	51
5.2.1 Fokus på fysisk funksjonsforbedring	56
5.2.1.1 Kroppen som objekt	58
5.2.2 Rollesettet	60
5.3 Beitostølen Helsesportssenter som forbilde	64
5.4 Diagnosegrupper	67
5.4.1 Biomedisinsk sykdomsforståelse	69
5.5 Medisinsk treningsterapi	73
5.5.1 Objektiv måling av menneskekroppen	75
5.6 Testmetodikk	79
5.6.1 Det testbare mennesket	82
5.6.2 Dualistisk kroppsforståelse	88
5.6.3 Dualistisk syn på mennesket	92
5.7 Oppsummering	95
 6 Kropp, kunnskap og trening	 97
 Litteratur	 102
 Vedlegg	 109

Forord

Når jeg nå endelig har avsluttet hovedfagsstudiet, ønsker jeg å rette en takk til dem som har hjulpet meg på veien:

- En stor takk går til min veileder Pål Augestad. Dine konstruktive og inspirerende innspill har vært til uvurderlig hjelp – uten deg vet jeg ikke hvordan det hadde gått!
- Jeg vil også takke Sture Kvarv for god veiledning i startfasen av arbeidet mitt.
- Takk til biblioteket ved Høgskolen. Dere har sendt mange bøker opp til Rauland og ytt maksimal service.
- Takk til ledelse og ansatte ved Attføringssenteret i Rauland. Dere har vært positive helt fra første stund og gjorde det mulig for meg å skrive denne oppgaven. En spesiell takk til Ottar Berg for god støtte og nyttige råd.
- Og sist men ikke minst må jeg takke intervjukandidatene for bidraget – uten dere hadde undersøkelsen blitt relativ tynn!

Rauland, mai 2005

Ann Marit Flokenes

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og problemstilling

Legekunstens "far" Hippokrates konstaterte allerede for 2400 år siden at *"mangel på fysisk aktivitet ødelegger ethvert menneskes gode form, mens bevegelse og metodisk fysisk aktivitet bevarer og forbedrer den"*. (Høie 2004, s. 66). Tankene til Hippokrates er i høy grad også gjeldende i vår tid: Vi vet at fysisk aktivitet lenge har vært benyttet som et sentralt virkemiddel i helseskapende og forebyggende virksomhet. Også i behandling og rehabilitering av en rekke sykdommer, tilstander og skader har fysisk trening vært ansett for å være en viktig "nøkkel". Det er nettopp trening i rehabiliteringsøyemed oppgaven skal dreie seg om, der Attføringscenteret i Rauland (AiR) innehar selve hovedrollen.

Sommeren 1997 stiftet jeg for første gang bekjentskap med denne rehabiliteringsinstitusjonen, som har sin beliggenhet i vakkert høyfjellsterreng i Telemark. I jobben som idrettspedagog fikk jeg vite at treningsopplegget hadde endret seg mye: *"Slik var det ikke før – da var det tester og mer fysisk trening"* kunne sjefen min fortelle. Senterets fortid vekket min nysgjerrighet, noe en altoppslukende interesse for historie også kan ta æren for. Det at senteret ikke hadde noe stort kildemateriale fra de første årene, forsterket ønsket om å gjøre en nærmere undersøkelse av det tidligere opplegget. Også erfaringer fra to andre rehabiliteringsinstitusjoner har vært inspirasjonskilder for valg av tema i studien min.

Undersøkelsen dreier seg imidlertid ikke bare om senterets første periode. Jeg ønsker også å bruke rehabiliteringshistorie og nåtida til å oppdage det spesielle ved denne perioden. Et slikt komparativt blikk gir også et godt utgangspunkt for å reflektere over forandringene av rehabiliteringsopplegget: Som vi skal se senere, var årene 1986-1992 preget av en naturvitenskapelig tenkemåte med fysiologiske tester og medisinsk treningsterapi i høysetet. I dag fokuserer man på en mer helhetlig modell der opplevelsesaspektet er sentralt. Med dette som utgangspunkt, kan det være aktuelt å spørre hvordan et treningsregime skapes og forandres – en tematikk jeg også ønsker å belyse i oppgaven.

Arbeidet mitt berører vårt allmenne syn på blant annet trening, metodikk, kunnskap og kropp. Oppfatter man for eksempel fysisk aktivitet – det være seg på en rehabiliteringsinstitusjon, skole eller treningssenter – som et middel eller som et mål i seg selv? Og hvordan formidles i så fall dette til brukerne? Og dessuten: Er kunnskap foranderlig? Det handler også om hvordan man tilnærmer seg mennesker, dvs. på hvilken måte mennesker blir møtt: Tar en hensyn til hele mennesket, eller er det den hodeløse kroppen som får størst oppmerksomhet?

Treningsopplegget ved Attføringssenteret i Rauland er altså studiens analyseenhet eller case, der jeg hovedsakelig vil konsentrere meg om perioden fra 1986 til 1992. 1986 er et naturlig starttidspunkt siden senteret så dagens lys dette året. Hovedårsaken til å stoppe i 1992 er at årene som fulgte var preget av en prosess hvor innholdet i både trening og filosofi etter hvert ble forandret. Fra denne perioden virker det som senteret selv begynner å problematisere eget opplegg. Min hovedproblemstilling er følgende:

Hvilke kjennetegn hadde treningsregimet de første årene ved Attføringssenteret?

Uti fra denne overordnede problemstillingen spør jeg:

- **Hvordan var treningsopplegget i perioden 1986-1992, og hvilke teorier/metoder lå til grunn for det?**
- **Hvilket syn på kroppen kom til uttrykk i selve treningsopplegget?**
- **Hvordan var forståelsen av mennesket?**
- **Hvilken helse- og sykdomsoppfatning var gjeldende ved senteret?**
- **Hvilke faktorer skapte og omskapte treningsopplegget?**

Jeg vil beskrive treningsregimet som var gjeldende ved senteret, der også forståelsen av kropp, menneske, helse og sykdom er sentrale komponenter. Disse komponentene er avgjørende for å få et innblikk i institusjonens filosofi som en helhet. Samtidig ønsker jeg å synliggjøre faktorene som var med på å danne og omdanne dette regimet. I den forbindelse blir det naturlig å trekke inn hvordan opplegget fortoner seg i dag, dvs. det nye regimet. Ved å ta fram dagens virkelighet får man samtidig et kontrasteringspunkt som skal hjelpe meg til å oppdage det spesifikke med det som har vært før. Også et blikk på rehabiliteringsfeltets historie (kap.4) vil hjelpe meg til å oppdage undersøkelsesperiodens særegenhet.

1.2 Mitt perspektiv

Denne oppgaven er et *kunnskapssosiologisk* arbeid. [1] Undersøkelsen tar som nevnt for seg et treningsregime i en gitt tidsperiode (1986-1992). Ved å beskrive dagens rehabiliteringsopplegg, er formålet empirisk å avdekke ulike former for kunnskap og forståelser vedrørende trening, kropp, menneske, helse og sykdom. Dette perspektivet er også utgangspunktet når jeg tar for meg rehabiliteringsfeltet i kapittel 4, der jeg ønsker å vise at tenkning og begreper kan endre seg.

Kunnskap kan både være av praktisk og teoretisk art. En snekker har praktisk kunnskap om hvordan man bygger et hus, mens en professor i økonomi har kunnskap om for eksempel økonomiske modeller. Men vi kan også ha kunnskap om fotball, mat, bunader osv. Kunnskap er feltspesifikk og fagspesifikk; den er praktisk og teoretisk; bevisst og ubevisst. Samtidig finnes det også hverdagskunnskap og systemkunnskap. Og kunnskap på disse ulike områdene varierer i tid og rom: Her kan man si at enhver kultur har sine rådende forståelser, vekslende fra en tidsperiode til en annen.

Også kunnskap om rehabilitering har forandret seg mye i løpet av de siste hundre årene. Dels selve forståelsen av rehabilitering og dels de mer konkrete behandlingsmetodikkene.

Kunnskapen om og tilnærmingen til mennesker med rehabiliteringsbehov har med andre ord kun en relativ gyldighet. Ved å undersøke faktorene som dannet og omdannet treningsregimet, berører mitt case også hvordan kunnskap *skapes* og *forandres*. Gjennom beskrivelser av regimet får man samtidig innblikk i hvordan kunnskapen *omsettes* i praksis. Det skal sies at kunnskapens *gyldighet* eller *sannhetsgrad* ikke vil bli vurdert i undersøkelsen.

For å oppdage forskjellige former for viten, vil jeg foreta en reise gjennom historien til treningsregimet ved Attføringssenteret. I denne forbindelse kan man si at arbeidet mitt er en del av det Rolf Törnquist omtaler som "*historisk konkretiserende sosiologi*". (Augestad 2003, s.12). Betegnelsen omfatter sosiologiske bidrag som tar for seg nærstudier av sosiale institusjoner og bevegelser, der "epokekontrastering" ofte benyttes for å avdekke forandringer i kunnskap, mentalitet, maktstruktur osv. Max Weber er opphavsmannen til denne

1) Helt generelt kan man si at kunnskapssosiologien behandler forholdet mellom kunnskap (tenkning, begreper, ideer osv.) og samfunn. Se for eksempel Rigné (1998) for en generell innføring.

sosiologitradisjonen. (Augestad 2003). Utover det å oppdage historiske variasjoner, kan dette kontrasterende perspektivet ha ulike formål. Noen undersøkelser sikter mot å finne allmenngyldige lover eller generelle forklaringer, mens andre retter fokus på en bevisstgjøring omkring det tilfeldige eller konstruerte ved de sosiale formasjonene. (ibid.). Min studie kan forstås å inngå i sistnevnte kategori, siden jeg ønsker å vise at kunnskap om trening og rehabilitering ikke forblir den samme. Nye begreper, nye roller og nye praksiser gjør at rehabiliteringsregimet forandres.

I arbeidet mitt er jeg også opptatt av kunnskap om kroppen. I den forbindelse er det naturlig å hente begreper fra *kroppssosiologien*. [2] Med utgangspunkt i treningsregimet er jeg på jakt etter å avdekke kroppsperspektivet, dvs. hvordan kroppen kan forstås og tolkes når den utsettes for trening og testing. Forståelser av kroppen dukker imidlertid ikke bare opp i selve treningsopplegget, men også når vi skal ta for oss synet på mennesket, helse og sykdom. Ved å se begrepene og behandlingspraksisene i sammenheng er hensikten å oppdage hva som så å si er det styrende prinsipp – eller logikken – i rehabiliteringsopplegget.

Innfallsvinklene innenfor forskningen som omhandler kropp, kroppskultur og kroppshistorie er mange. Imidlertid kan de ulike tilnærmingsmåtene grovt sett deles inn i å se på kroppen som *faktisitet*, som *erfaring* eller som *konstruksjon*. (ibid.). Disiplinene som representerer et naturvitenskapelig perspektiv kan sies å ha fokus på kroppen som *faktisitet*. Her er målet å avdekke "sannhetene" om kroppen, dvs. dens oppbygging, funksjoner, mekanismer og prosesser. Ved hjelp av ulike metoder prøver man å finne allmenngyldige lover om kroppen, og på hvilken måte disse kan påvirkes. (ibid.). I kapittel 5 skal vi se at slike naturvitenskapelige tenkemåter også dominerte treningsregimet de første årene ved senteret. Praksisene som regimet bestod av var avledet fra medisins verden.

Den fenomenologiske orienterte kroppsforskningen er opptatt av å studere den subjektivt *erfarte* og levende kroppen. Fenomenologien tar utgangspunkt i at det er individet selv som fortolker kroppen og dens ulike prosesser (som for eksempel sykdom, aldring, svette osv.). Bryan Turner kaller dette perspektivet for *subjektivering* av kroppen. (ibid., Turner 1992). Mennesket forstås også å være et intensjonalt vesen, som selv skaper mening i samhandling med sine omgivelser. Fornemmelsen av å *være* og *ha* en kropp er dessuten sentral innenfor

2) Kroppssosiologien tar for seg koplingen mellom samfunn, kunnskap og kropp.

denne retningen.

Den *konstruktivistiske* tradisjonen fokuserer på hvordan samfunnet skaper og omskaper kroppen. Kroppen oppfattes som en sosial og kulturell konstruksjon – tilrettelagt, fortolket og forvaltet av samfunnet. (Augestad 2003). De psykososiale og sosiokulturelle rammene vi lever innenfor er med andre ord med på å forme vår opplevelse og forståelse av kroppen. (Loland 2000). Men selv om kroppen anses for å være historisk konstruert, har den likevel sine indre lover: Kroppen konstrueres som kunnskapsobjekt gjennom først å "avsløre" dens "sannheter". (Augestad 2003). Michel Foucault (1926-1984) kan for øvrig sies å være en sentral ambassadør for et konstruktivistisk kroppsperspektiv.

Min studie baserer seg også på at menneske og kropp blir sosialt konstruert: Senterets syn på trening, kropp, menneske og sykdom vil være med på å forme tilnærmingen til klientene. Treningsregimet får med andre ord konsekvenser for klientene. Et interessant aspekt her er hvordan klientene *selv* opplever og fortolker opplegget de møter på AiR. Dette perspektivet blir imidlertid ikke belyst i undersøkelsen. Jeg tar isteden utgangspunkt i menneskene som *forvaltet* regimet, dvs. personalet ved senteret. Rehabiliteringsopplegget blir altså beskrevet uti fra deres ståsted.

Det kan være på sin plass å definere begrepet *regime*, en benevnelse som dukker opp ved flere anledninger i oppgaven. Regime kan forstås å være "*et system som er basert på visse grunnleggende regler og en styring eller regulering av kropp og levemåte*". (Augestad 2002, s. 290). Også Turner (1992) tar opp regimebegrepet, og definerer dette som et herredømme over kroppen. Her bruker han *diett* som et eksempel – en betegnelse som opprinnelig stammer fra det greske ordet *diaita*, og betydde en levemåte eller et levesett. (ibid.). Turner poengterer at på engelsk betyr diett (*diet*) ikke bare å spise i overensstemmelse med forskrevne regler, men også en lovgivende forsamling. Denne dobbeltbetydningen finner vi igjen i det engelske ordet *regimen*: For det første viser uttrykket til et behandlingssystem i form av en diett eller kur. Samtidig har betegnelsen også den noe forelda betydningen *herredømme* og utgjør roten i *regime* og *regimente*. (ibid.). Turner slår fast at både diett og regime benyttes for å beskrive herredømmet over henholdsvis kropp og borgere. Ved å vise til diettshistorien tar han også for seg hvordan et regime dannes og omdannes til et annet (se kapittel 4.4). Ved å innføre et regimebegrep ønsker jeg å sette fokus på de kroppsnormene klientene møtte i rehabiliteringsopplegget på Attføringscenteret.

Oppgaven min tar for seg *trening* som et herredømme over kroppen. Begrepet *trening* kan i denne sammenheng defineres som "*en planlagt, strukturert og gjentatt aktivitet, som har som mål å bedre eller vedlikeholde fysisk funksjon*". (J.T.Vik 2004, s. 197). Det finnes mange eksempler på ulike treningsregimer både innenfor rehabilitering og idrett. Medisinsk treningsterapi, som omtales i denne oppgaven, kan sies å utgjøre et regime. Likeså kan psykomotorisk fysioterapi forstås å være et annet. Et regime vil forandres når det tar oppi seg nye begreper og praksiser. For eksempel er ikke dagens treningsmetoder i langrenn de samme som på 1970-tallet. Et treningsregime kan samtidig forstås å utgjøre et *kroppsregime*, en betegnelse som primært refererer til "*den magt, som den almene kroppsnormalitet udøver i forhold til den enkelte krop*". (Nielsen 1997, s. 46). I min undersøkelse er det Attføringssenteret som representerer den allmenne kroppsnormalitet. Her kan det også være naturlig å trekke frem det motsatte begrepet, som går inn under benevnelsen *kroppsregister*. Dette uttrykket "*dækker både den enkelte kropps begrænsninger og kapaciteter*". (ibid.). Da vil man se det fra den enkelte kropps ståsted – noe jeg ikke vil gjøre her.

For å oppdage og drøfte treningsregimet har jeg trukket veksler på noen teoretikere, hvor de mest sentrale kan sies å være Bryan Turner og Gunn Engelsrud. Hvorfor jeg velger akkurat disse to, beror først og fremst på at de diskuterer begreper som kan belyse flere temaer i arbeidet mitt. Dessuten fokuserer begge på kroppens sosiologi, noe som også er et sentralt aspekt i min analyse. Engelsrud har anvendt benevnelser som dualisme og dualistisk kroppsfortolkning som et slags kontrasteringspunkt i forhold til den erfarte og levende kroppen. Og det er nettopp dette dualistiske blikket jeg benytter meg av for å "avsløre" noe av treningsregimet ved senteret – som for eksempel forståelser av kroppen når den blir gjenstand for trening og testing. Generelt har Engelsrud vært opptatt av hvordan kroppen konstrueres og erfares innenfor trening og mosjon. I sine teorier henter hun mye inspirasjon fra den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty, som fokuserer på den levende kroppen i samspill med omverden. Bryan Turner er allerede presentert med sin oppfatning av regimebegrepet. Jeg bruker også hans forståelse av hvordan et regime skapes og omskapes til et annet. I sitt forfatterskap har Turner konsentrert seg mye om relasjonen mellom kropp og samfunn, dvs. konflikten mellom enkelt individets levende kropp og samfunnsskapte kroppsidealiser.

Arbeidet mitt fokuserer altså på en kunnskaps- og kroppssosiologisk tilnærmingstype. Et *psykologisk* grep kan derimot vektlegge hvorvidt treningsopplegget påvirker brukernes *motivasjon* i forhold til fysisk aktivitet. Også med et *fysiologisk* sentreringspunkt vil oppgaven

se annerledes ut – her kan man for eksempel ha som siktemål å avdekke den fysiske effekten av treningsopplegget ved senteret. I kapittel 5 skal vi se at senteret også hadde noen effektundersøkelser i løpet av de første årene. Her kan jeg legge til at omfanget av slike undersøkelser innenfor rehabiliteringsfeltet er stort, både nasjonalt og internasjonalt. Imidlertid har jeg ikke funnet noen forskningsarbeider som har vært til inspirasjon for denne oppgaven. Her håper jeg at min undersøkelse kan være et supplement til et felt som tradisjonelt har basert seg mye på fysiologiske og kvantitative aspekter.

Jeg tar utgangspunkt i et induktivt grep, der empirien i form av treningsregimet ved AiR står i sentrum for fortolkningen. Selv om jeg opererer med et kunnskapssosiologisk rammeverk, vil regimet likevel få "leve" sitt eget liv, dvs. snakke for seg selv. Denne framgangsmåten tar også Michel Foucault til orde for: Han forsøkte å finne ut hvordan et felt tematiserer seg selv. (Augestad 2003). Å knytte seg til visse analytiske "byggverk" gir analysen både retning og innsikt, men samtidig kan det gi grobunn for ensidig fortolkning av temaet som skal undersøkes. Her kan man også stå i fare for å tre bestemte begreper ned over ørene på virkeligheten. For å slippe å bli "fanget" i et spesielt perspektiv, har Foucault følgende løsningsforslag: Feltet skal først og fremst tale for seg selv (eller benytte sine egne begreper), og deretter må man finne ut på hvilken måte begrepene beveger seg i tid og rom. (ibid.). Jeg skal med andre ord ikke pådytte feltet min forståelse av regimet ved Attføringssenteret, men heller undersøke hvor praksisene som utgjør treningsopplegget kommer fra, og hvilken mening og funksjon de hadde i senterets hverdag.

Bakgrunnen for mitt perspektiv er for det første å understreke kunnskapssosiologiske poenger på henholdsvis rehabiliteringsfeltet generelt (kapittel 4) og regimet ved Attføringssenteret spesielt (kapittel 5). Gjennom å synliggjøre historisk variasjon på disse to områdene, er siktemålet også å gi en økt forståelse av selve virksomheten rehabilitering.

1.3 Oppgavens struktur

Etter denne innledningen vil jeg i det neste kapittelet plassere treningsregimet i et kunnskapssosiologisk perspektiv. Her vil jeg ta for meg noe av den teoretiske utviklingen av kunnskapssosiologien, og dessuten berøre sentrale oppfatninger som har vært gjeldende om kroppen. Det 3. kapittelet forteller hvordan jeg gikk fram for å samle inn data om regimet,

dvs. oppgavens metode. I kapittel 4 vil jeg streife innom historien til rehabiliteringsfeltet hvor jeg ønsker å påvise kunnskapens relative gyldighet, og samtidig oppdage elementer som fremdeles er gjeldende på dette virksomhetsområdet. Kapittelet kan også sies å utgjøre et bakteppe for selve oppgaven, der målet er å tilegne seg bedre kjennskap til feltet som AiR er en del av.

I kapittel 5 vil jeg beskrive og analysere empirien. Her vil fokuset være på det som særpreget treningsregimet ved AiR i årene 1986-1992, der også forståelser av kropp, menneske, helse og sykdom inkluderes. Selve empirien ordnes bit for bit med påfølgende teoretiske perspektiver, dvs. først en beskrivelse og deretter en analyse osv. I kapittelet får man dessuten et innblikk i nåtidas treningsregime. Hensikten er å vise at kunnskap er avhengig av tid og rom, og samtidig "avsløre" at ideer og praksiser som finnes tilbake i tida fortsatt lever videre den dag i dag. Imidlertid vil jeg også avdekke brudd med fortida, der nye tenkemåter og nye aktiviteter har dukket opp. I avslutningskapittelet (kapittel 6) forsøker jeg å sammenfatte studien ved å diskutere problemstillingene i lys av funnene i kapittel 5.

2 Kunnskapssosiologi

2.1 Innledning

Kunnskap og dens natur har interessert og engasjert mennesker i uminnelige tider. Ulike ideer, tenkemåter og forestillinger opp gjennom historien har vært med på å skape vårt moderne samfunn. De fleste mennesker er i besittelse av viten – enten den nå fortøner seg som personlig eller upersonlig, overfladisk eller som mer avansert og vitenskapelig.

Kunnskap kan altså være så mangt – alt fra å kunne følge kakeoppskrifter eller bruksanvisninger for IKEA-møbler til å utbrodere grundige vitenskapelige forklaringer av meningssammenhenger. Viten er også sentralt i studien min: Treningsregimet ved AiR formes av bestemte kunnskapsidealer, og her forsøker jeg å avdekke hvilken kunnskapsretning det gamle regimet representerer og hvilke konsekvenser denne retningen får.

Som overskriften på kapittelet antyder, vil kunnskapen behandles innenfor en sosiologisk ramme. *Sosiologi* kan forstås å være *"tenkning over og utforskning av samfunnsforhold"*. (Østerberg 2003, s.7). Når vi kikker tilbake i historien, finner vi denne virksomheten allerede hos de gamle greske tenkerne Herodot og Hippodamos i det 5. århundre f.Kr. Også Platons *"Staten"* og Aristoteles' *"Politikk"* kan sies å være sosiologiske verker. (ibid.). Sosiologi er med andre ord en eldgammel vitenskap, men selve benevnelsen er betraktelig nyere : Begrepet ble lansert i 1839 av den franske filosof og polytekniker August Comte (1798-1857) i hans litterære verk *"Cours de philosophie positive"*. (ibid.). Kunnskapssosiologi – en betegnelse som først ble "oppfunnet" i 1924 – er en spesiell retning innenfor sosiologien. Som vi snart skal se, har denne grenen fått ulike definisjoner opp gjennom årene.

For å bruke forståelsen til Berger & Luckmann fra 1960-tallet, konsentrerer kunnskapssosiologien seg med *"alt som kan gå for å være kunnskap i samfunnet"*. (Berger & Luckmann 2000, s.35). De poengterer også at *"kunnskapssosiologien befatter seg med analyse av den samfunnsskapte virkelighet"*. (ibid., s. 26). Begreper, fag og institusjoner er eksempler på sosiale konstruksjoner, og ifølge Berger & Luckmann (2000) må kunnskapssosiologien undersøke prosessen der denne virkeligheten skapes. De understreker at vi mennesker skaper verden aktivt gjennom våre handlinger, der vi samtidig gjør verden til

vår egen og godtar den som virkelighet. Generelt kan man si at Berger & Luckmann legger fokus på en sosiologisk analyse av kunnskapen som styrer menneskelig adferd i hverdagen. (Berger & Luckmann 2000).

Oppgaven min er også analyse av en delvirkelighet i form av treningsregimet ved Attføringssenteret. Jeg vil undersøke hva slags kunnskap som ligger til grunn for regimet og hvor den kommer ifra. Samtidig er jeg interessert i å finne ut hvordan denne kunnskapen preger arbeidsmetodene til senteret og dermed også tilnærmingen til klientene. Som jeg understrekte i forrige kapittel, tar jeg til ordet for et konstruktivistisk kunnskapsperspektiv – noe som også innebærer forståelsen av at viten endrer seg. Innenfor kunnskapssosiologien kan imidlertid kunnskap plasseres og legitimeres uti fra forskjellige posisjoner, og som vi snart skal se, hersker det ulike tilnærmingmåter og problemstillinger.

Kapittelet starter med en presentasjon av det kunnskapssosiologiske feltet, og her vil man blant annet få innblikk i viktige bidrag til dens utvikling. Deretter rettes fokuset mot kunnskap om kroppen, der jeg primært vil synliggjøre hvilke kroppssoppfatninger som har vært sentrale innenfor forskningen de senere årene. Siktemålet er med andre ord å plassere treningsregimet i et kunnskapssosiologisk rammeverk og argumentere for fruktbarehet for mitt perspektiv.

2.2 Kunnskapssosiologiens bakgrunn og utvikling

En av forutsetningene for kunnskapssosiologien er spenningen mellom tenkning og sosiale forhold. Relasjonen mellom disse to faktorene antas å være relativ i tid (ulike historiske perioder) og rom (ulike kulturer). Kunnskapssosiologien prøver å forklare hvorfor visse grupper er i besittelse av bestemte ideer og forestillinger, dvs. man forsøker å finne årsakene til kunnskapens variasjon. (Rigné 1998). Utgangspunktene i kunnskapssosiologien kan sies å stå i motsetning til de tradisjonelle filosofiske betraktningene om at det finnes evig og absolutt kunnskap. Kunnskapssosiologien gir alternative svar på spørsmål som: Hva er kunnskap? Hvordan vet vi at vi innehar kunnskap? Og dessuten: Hvordan skal man skille sann viten fra andre forestillinger? Ifølge Berger & Luckmann (2000) er sosiologien gjennom sin indre logikk nødt til å knytte virkelighets- og kunnskapsoppfatninger til foranderlige sosiale sammenhenger. Filosofien på sin side trenger ikke å gjøre slike overveielser.

Forestillingen om at det finnes en absolutt og universell rasjonalitet, uttrykkes gjerne som *objektivisme* – et begrep som står i kontrast til *relativisme*. Her er det interessant å se at i løpet av sin karriere, har kunnskapssosiologien gjort ulike forsøk på å unngå relativismens paradoks: Hvis all kunnskap er relativ i tid og rom, hvordan skal man da kunne klare å bedømme de ulike formene for viten? Og på hvilken måte kan vi argumentere for at akkurat våre forklaringer er de riktige?(Rigné 1998).

Problematisering av kunnskapens natur finner vi allerede hos de klassiske samfunnstenkerne Karl Marx (1818-1883), Max Weber (1864-1920) og Emile Durkheim (1858-1917). Marx' teorier kan sies å være grunnleggende for kunnskapssosiologien – spesielt hans ideologiteori. Hovedtanken til Marx var at menneskene utvikler ulike former for kunnskap om verden uti fra hvilken posisjon de inntar i arbeidet eller produksjonen. For Marx var kunnskap med andre ord et aktivt skapt sosialt produkt. (ibid.). Men kunnskapen var også ideologisk bestemt, dvs. influert og tilpasset interessene. Marx hevdet for øvrig at hver herskende klasse i et samfunn utvikler en ideologi, dvs. ideer som tjener til våpen for sosiale interesser. (Berger & Luckmann 2000). Som vi husker fra innledningskapittelet, var Weber opphavsmannen til historisk konkretiserende sosiologi. Ved hjelp av historiske analyser ønsket han å avdekke faktorer som kunne forklare endringer i samfunnsformasjonen. Durkheim vektla tenkningens fundamentale sosiale karakter. Gjennom sin analyse av religionen i primitive samfunn, hevdet han at tenkningens kategorier og klassifikasjonssystem var av samfunnsmessig opprinnelse. (Rigné 1998).

Kunnskapens sosiale særegenhet i kontrast til kunnskapens entydighet vekket interesse blant tenkerne på slutten av 1800-tallet og på begynnelsen av 1900-tallet. Årsakene til dette engasjementet er flere, som også må sees i lys av bakgrunnen for selve kunnskapssosiologien: For det første skjedde det en forandring i selve produksjonen og organiseringen av kunnskap. Universitetene, som opprinnelig utdannet prester, endret seg nå til sekulariserte og statlig styrte institusjoner for høyere utdanning og forskning. (ibid.). Her foregikk systematisering og spesialisering av kunnskap (som for eksempel sosiologi, statsvitenskap og psykologi) i en tidligere helt ukjent skala. Samtidig oppstod det en kløft mellom natur-, human- og samfunnsvitenskapene som førte til nye diskusjoner om hva virkelig og sann kunnskap er, og hvordan man skulle komme frem til den. Her skal det også sies at den tyske historismen utgjorde en reaksjon mot disse vitenskapene (spesielt mot naturvitenskapens allmenngyldige

lover), som på sin side slo et slag for det historisk unike. Denne forståelsen passet godt til kunnskapssosiologien som var i emning. Kunnskapen fikk på denne tiden også en symbolverdi: Vitenskapen skulle bringe det moderne samfunnet videre. (Rigné 1998).

Man må heller ikke glemme den sosiale situasjonen i mellomkrigstidens Europa: Årene fra 1870 til 1914 var preget av ekspansjon både innenfor industri og økonomi, og der politikken så vel som samfunnet forøvrig var gjenstand for store forandringer. Hvordan samfunnet i sin helhet fungerte fikk etter hvert allment større oppmerksomhet. (ibid.).

Vi må til Tyskland for å finne oppstarten av den klassiske kunnskapssosiologien, og i den forbindelse spiller den sosiale situasjonen en viktig rolle: På 1920-tallet var Tyskland preget av sosial uro og politisk instabilitet, og blant samfunnstenkerne hersket det ulike teorier som alle forsøkte å forklare de sosiale forholdene. En av disse tenkerne var den tyske filosofen Max Scheler – mannen som navnga kunnskapssosiologien (*Wissenssoziologie*) i 1924. (ibid.). Scheler benyttet kunnskapssosiologien som et politisk redskap for å løse de store ideologiske konfliktene som fantes i det tyske samfunnet. Men Scheler var imidlertid på jakt etter den evige og sanne kunnskapen: Kunnskapssosiologiens relativisme skulle hjelpe han til å oppnå det absolutte – uavhengig av sosiale faktorer. Scheler hevdet at samfunnet bestemmer kunnskapens *former*, men ikke deres *innhold* eller natur. (jfr. hans tolkning av skillet mellom *idealfaktoren* og *realfaktoren*). Det andre tyngdepunktet i Scheler's filosofi er hans analyse av hvordan samfunnet organiserer menneskelig viten. Ifølge Scheler utvikler mennesker forskjellig kunnskap om verden uti fra posisjonen de har i samfunnet. Han mente at den styrende eliten (dvs. aristokratene) kunne nå fram til sikker kunnskap ved å innta et perspektiv som integrerte menneskenes ulike bilder av verden. På denne måten skulle man klare å fjerne etterkrigstidens sosiale uro og gjenopprette et godt integrert og stabilt samfunn. (ibid.).

Kunnskapssosiologien oppstod altså under en spesiell epoke i Tysklands intellektuelle og sosiale historie, og samtidig i en filosofisk kontekst. Men da selve hovedmannen innenfor kunnskapssosiologien gjorde sin entre, tyskeren Karl Mannheim (1893-1947), fikk denne vitenskapen etter hvert innpass under mer sosiologiske rammer. Mannheims bidrag til kunnskapssosiologien kom i form av hans samlede verker "*Ideology and Utopia*" som ble utgitt i 1929, der han blant annet videreførte ideologiteorien til Marx. (ibid.). I analysen av ideologibegrepet skilte Mannheim blant annet mellom *partikulær* og *total* ideologi: Den partikulære ideologi knyttes til individene og opererer på det psykologiske nivået, dvs. en ideologi som en person benytter seg av for å forsvare egne interesser. Den totale ideologi

refererer derimot til ideologien i en bestemt historisk epoke eller tankemønsteret til en sosial gruppe under en spesifikk periode. Den totale ideologien er med andre ord et bilde av verden som kobles til en spesiell historisk og sosial kontekst. (Rigné 1998). Ifølge Mannheim relaterte marxismen det partikulære ideologibegrepet til det totale, og ga dermed benevnelsen ideologi dets mening. Men for Mannheim var ideologiteorien et steg på veien til kunnskapssosiologi: *"genom framväxten av en generell formulering av det totala ideologibegreppet, varigenom den enkla ideologiteorin utvecklas till kunnskapssociologi"*. (ibid., s. 194).

Mannheim la også frem et løsningsforslag til relativismens paradoks: Han utnevnte de intellektuelle (dvs. forskerne) til en spesiell gruppe i samfunnet som gjennom sitt "ørne - perspektiv" kunne bedømme de ulike formene for viten: *" [det intellektuella siktet] underordnar i sig självt alla de inntressen vilka genomtränger det sociala livet"*. (ibid., s. 195). Troen på de intellektuelle, samt forståelsen om at det er mulig å skille mellom sann og falsk kunnskap, ble uttrykt som relasjonisme og skulle benyttes for å unngå problemet med relativismen. (ibid.).

Mannheims formuleringer har i ettertida fungert som referanseramme for kunnskapssosiologien, særlig i den engelsktalende delen av verden. Men Mannheim hadde også et kritisk synspunkt som kom i fokus noen år senere: Han hevdet at kunnskap som baserer seg på naturvitenskap ikke påvirkes av sosiale interesser, og kan følgelig unnlates fra en kunnskapssosiologisk analyse. Innenfor den moderne kunnskapssosiologien understrekes det derimot at heller ikke disse kunnskapsformene kan utelukkes fra kunnskapssosiologien. (ibid.).

Kunnskapssosiologien innretta seg nå gradvis mot en sosiologisk analyse av den *vitenskapelige* kunnskapen: På 1930-tallet utviklet det seg en spesiell retning innenfor kunnskapssosiologien som fikk betegnelsen *vitenskapssosiologi*. Den amerikanske sosiologen Robert K. Merton var selve pioneren på dette feltet, og for å forstå hans utgangspunkt er det nødvendig med et raskt tilbakeblikk på en sentral problemstilling som dreier seg om hvordan vitenskapens historie skulle skrives: Skulle man vektlegge en teoretisk og kumulativ utvikling basert på innsatsen til de forskjellige vitenskapsmennene, eller skulle man ta hensyn til sosiale omgivelser, dvs. relatere vitenskapsmennene til det samfunnet og den tida de levde i? (ibid). Førstnevnte standpunkt kan utvilsomt sies å være dypt forankret – mye takket være

vitenskapshistoriens "far" George Sarton som i likhet med positivistene hevdet at naturvitenskapen var den eneste sanne vitenskapen. I 1931 kom imidlertid den første reaksjonen mot denne virkelighetsoppfatningen: På en vitenskapshistorisk konferanse i London kom russeren Boris Hessen med følgende påstand: Årsakene til vitenskapens utvikling var å finne i samfunnet, dvs. i eksterne faktorer. (ibid.). Hessen og den russiske deligasjonen hevdet at grunnlaget for teoriene til for eksempel Newton var praktiske problemer i datidens samfunn. Om ikke Newton hadde lagt frem sine ideer, hadde noen andre gjort det. Selv om dette framstøtet ikke falt i god jord blant alle deltakerne, inspirerte det likevel flere unge vitenskapshistorikere til å innlede analyser som retta seg mot vitenskapens sosiologiske og historiske kontekst. (ibid.).

Merton fattet også interesse for denne nye forståelsen av vitenskapen, og i 1938 ga han ut en avhandling under tittelen "*Science, Technology and Society in Seventeenth-Century England*". (ibid., s. 199). Studien var en empirisk undersøkelse som avdekket hvordan puritanismen på 1600-tallet fikk legitimere den nye naturvitenskapen. En annen viktig side av Mertons forskning omhandlet reglene som forskerne må følge for at institusjonen vitenskap skal fungere, dvs. vitenskapens normative struktur. Dessuten var Merton opptatt av lønningssystemet i den sosiale institusjonen vitenskap. Generelt kan man si at vitenskapssosiologien er sterkt preget av arbeidene til Merton, der han også har vært til inspirasjonskilde for flere studier på 1950- og 1960-tallet. (ibid.).

Før jeg tar for meg noen av bidragene innenfor moderne vitenskapssosiologi, er det på sin plass å synliggjøre litt av 1900-tallets allmenne tenkning omkring vitenskapelig kunnskap: De ulike vitenskapsteoriene inntar noen felles problemstillinger: Hva er vitenskapelig kunnskap, og hvordan skiller den seg fra annen tenkning? Finnes det objektive kriterier på vitenskapelig kunnskap, og hvilke er i så fall disse? Svarene på spørsmålene har stort sett stammet fra empiristiske vitenskapsteorier, dvs. tradisjonell vitenskapsteori. Disse teoriene deles gjerne inn i *logisk positivisme* og *kritisk rasjonalisme*.

For å starte med den logiske positivismen, så fikk denne tenkningen sin klassiske utforming under dannelsen av *Wienerkretsen* i 1925. Kretsen, som bestod av både filosofer og vitenskapsteoretikere, oppfattet metafysikken (dvs. ikke-vitenskap) som et hinder for utvikling av riktig og sann viten. Selve vitenskapsidealet til de logiske positivistene baserte seg på den klassiske fysikken og naturvitenskapen. Kunnskapen måtte være objektiv for å

kunne kalles vitenskapelig: Objektiv kunnskap ble ansett for å være det som kunne verifiseres (stadfestes) empirisk gjennom sanseerfaringer/observasjoner. (Rigné 1998, Smith 1998). Empirisk objektivitet henviser til naturvitenskapens objektivitet, og kan bekreftes på bakgrunn av gjennomførte eksperimenter. I denne forbindelse er det interessant å påvise likhetstrekk mellom kunnskapsretningen til positivistene og treningsregimet ved Attføringssenteret: Som vi senere skal se, la også regimet ved senteret fokus på naturvitenskapelige ideal der objektivitet og tester var viktige elementer.

De logiske positivistene benyttet dessuten verifiseringsprinsippet som en demarkasjonslinje mellom ekte vitenskap og pseudo vitenskap: Kunnskap eller utsagn som kan testes empirisk er sann kunnskap – alt annet er usant og meningsløst. Positivistene søkte også etter enhetsvitenskap, og mente at samfunnsvitenskapene måtte underkastes naturvitenskapens krav om de ville resultere i gyldig kunnskap. Det er viktig å påpeke at den logiske positivismen var sterkt forankra i det språklige, og utviklet en vitenskapsteori med utgangspunkt i språk og logikk. (ibid.).

Kritisk rasjonalisme med Karl Popper (1902-1992) i spissen utfordret demarkasjonslinja og verifiseringsprinsippet til de logiske positivistene: Popper hevdet at om et utsagn skal være vitenskapelig, må det i prinsippet kunne *falsifiseres* (mulig å forkaste). Kriteriet for vitenskap er altså ikke verifisering, men derimot falsifisering. Ifølge Popper beror skillet mellom vitenskap og ikke-vitenskap på om utsagnet kan testes eller ikke – *ikke* om det er sant eller falskt. (ibid.). Men det var ikke bare gjennom falsifisering at man kunne skille ut det vitenskapelige: Popper understrekte viktigheten av å holde seg innenfor en nøye definert metode slik at man unngikk bruk av hjelpehypoteser. Samtidig måtte falsifiserende instanser angis på forhånd, der man også skulle spesifisere vilkårene for å forkaste teoriene. Utsagn som "overlevde" flest falsifiseringsforsøk ved hjelp av observasjoner og eksperimenter var de mest vitenskapelige. (ibid.).

Både logisk positivism og kritisk rasjonalisme kan sies å være eksempler på *normative* vitenskapsteorier: De beskriver hvordan vitenskapen *bør* fungere og på hvilken måte vitenskapelig kunnskap skiller seg fra annen kunnskap. Teoriene er også eksempler på en forståelse av at kunnskapen vokser kumulativt, dvs. at den får et stadig høyere sannhetsnivå. I 1962 kom imidlertid det første bidraget til en ikke-normativ vitenskapsteori i form av paradigmatteorien til fysikeren og vitenskapshistorikeren Thomas Kuhn. Denne teorien

lanserte Kuhn i boka "*The Structure of Scientific Revolutions*" som tok for seg empiriske undersøkelser av hvordan naturvitenskapelige disipliner utvikles. (Rigné 1998, Smith 1998).

Begrepet *paradigme* kan defineres som et stabilt mønster for vitenskapelig aktivitet innenfor en disiplin i løpet av en gitt periode. Forskningspraksisen innenfor paradigmet ble omtalt som *normal science*, og selve arbeidet fikk navnet *puzzle-solving*. Imidlertid kan det dukke opp problemstillinger (*anomalier*) som paradigmet ikke lenger klarer å håndtere, noe som igjen medfører til en krise. Etter en revolusjonær fase vil omsider et nytt paradigme utkonkurrere det gamle fordi det løser problemene som førte det forrige paradigmet ut i krisen. (ibid.). Denne prosessen kalte Kuhn for et *paradigmeskifte*. Ved innføring av et nytt paradigme ser imidlertid den vitenskapelige virkeligheten annerledes ut. I denne forbindelse anvendte Kuhn benevnelsen *incommensurable* (uforenlig) for å beskrive paradigmene: Ideene til et paradigme kan ikke bedømme sannhetsverdien til kunnskapen i et annet paradigme. (ibid.).

Paradigmeteorien kan med andre ord sies å gå uti fra synet om at vitenskapelig kunnskap er noe som forandrer seg, dvs. historisk bestemt. Dette er i tråd med mitt utgangspunkt i denne studien, som også baserer seg på at forståelser varierer. Ifølge Kuhn finnes det altså ingen universell sannhet i vitenskapen – bare foreløpige. Utviklingen skjer også gjennom brudd og ikke linjert som de tradisjonelle vitenskapsteoriene hevdet. Boken til Kuhn resulterte for øvrig i mange diskusjoner og kritiske røster, men samtidig inspirerte den også til flere studier av sosiologien som disiplin – vel og merke uti fra et paradigmatisk perspektiv. (Rigné 1998).

2.2.1 Moderne kunnskapssosiologi

I det følgende vil jeg kort beskrive noen retninger innenfor kunnskapssosiologien som vokste fram på 1970- og 1980-tallet. Grenene utgjør alternativer til den etablerte forståelsen av kunnskaps- og vitenskapssosiologi:

På 1970-tallet utarbeidet en rekke forskere "*Det sterke programmet*" ved Science Studies Unit i Edinburgh. Forskningsprogrammet fikk sin endelige form i 1976 da en av forskerne, David Bloor, ga ut boka "*Knowledge and Social Imagery*". (ibid., s. 209). Her blir vitenskapen ansett for å være en særegen kulturform som kan analyseres empirisk og kunnskapssosiologisk. Programmet bærer dessuten preg av en naturalistisk oppfatning av kunnskap og ideer, dvs. at viten skal forklares på nøyaktig samme måte som man forklarer

andre naturlige fenomen. (Rigné 1998). Forskerne innenfor denne retningen aksepterer ikke demarkasjonskriteriene til de tradisjonelle vitenskapsteoriene, og postulerer derfor sine egne forklaringer av vitenskapelig kunnskap: For det første skal vitenskapelig kunnskap være årsaksbestemt, dvs. innrette seg etter de forholdene (sosiale, økonomiske osv.) som utgjør opprinnelsen til forestillingene. For det andre skal kunnskapen være upartisk. Alle ideer krever sin forklaring – enten de nå er sanne eller falske, rasjonelle eller irrasjonelle. Det tredje kriteriet er at forklaringsmodellen skal være symmetrisk, dvs. sann og falsk viten skal begrunnes uti fra de samme årsakene. Og endelig skal forklaringsmønsteret også kunne benyttes på sosiologien. (ibid.).

"Det sterke programmet" henter inspirasjon fra blant andre Durkheim og Mannheim, dvs. den eldre kunnskapssosiologien. Da er det kanskje ikke så rart at forskerne omtaler programmet sitt for *"vitenskapens kunnskapssosiologi"*. (ibid., s. 210).

Forskningsprogrammet kan sies å arbeide etter to retninger. Den første fokuserer på en videreutvikling av den sosiale kunnskapsteorien til Durkheim, og her har sosialantropologen Mary Douglas gjennomført flere studier. Douglas er en av flere som har befattet seg med hvordan sosial orden opprettholdes. Den andre grenen innenfor dette programmet har en mer filosofisk innretning som kan relateres til kritikken av tradisjonell vitenskapsfilosofi. Også de vitenskapsteoretiske arbeidene til Mary Hesse kan inkluderes her. (ibid.).

Etnometodologisk vitenskapssosiologi er et annet bidrag innenfor moderne vitenskapssosiologi. Etnometodologi er en gren av sosiologien som stammer fra fenomenologien til filosofen og sosiologen Alfred Schütz (1899-1959). En av grunntesene hans var at menneskene fortolker virkeligheten ved å ta i bruk viten som er sosialt konstruert. (Berger & Luckmann 2000). To verk på 1960-tallet la grunnlaget for selve etableringen av etnometodologien i form av bøkene *"Method and Measurement in Sociology"* av A.V. Cicourel (1964) og *"Studies in Ethnomethodology"* av Harold Garfinkel (1967). (ibid., s. 214). Både Cicourel og Garfinkel vektlegger betydningen av hverdagsspråket og "vanlige" mennesker: Cicourel tar blant annet for seg hvordan hverdagsspråket undertrykkes og usynliggjøres av det "sosiologiske språket" (dvs. sosiologiske data som uttrykkes i kvantitative former). Garfinkel på sin side mener at etnometodologi skal dreie seg om metodene som menneskene benytter for å skape en forståelig virkelighet. (ibid.).

Den etnometodologiske vitenskapssosiologien tar derimot utgangspunkt i konstruksjonen av vitenskapelig kunnskap i et laboratorium. I 1979 kom den klassiske studien innenfor denne retningen i form av *"Laboratory life"* av Steve Woolgar og Bruno Latour. (Rigne 1998, s. 215). Dette var en detaljert undersøkelse der man anvendte deltakende observasjon for å avdekke den daglige virksomheten innenfor et laboratorium. Her påpekte de blant annet at *"vitenskapelig aktivitet handler ikke om naturen, men det er en hard kamp for å konstruere virkeligheten"*. (ibid.; min oversetting til norsk). Generelt kan man si at mens det sterke programmet opererer med studier på *makronivå*, så konsentrerer den etnometodologiske vitenskapssosiologien seg om undersøkelser på *mikronivå*.

Fram til nå har vi sett at den *vitenskapelige* kunnskapen har dominert kunnskapssosiologien. Men her er det viktig å påpeke at kunnskapssosiologien ble gjenstand for en omdreining i 1966 takket være boka *"Den samfunnsskapte virkelighet"* (*The Social Construction of Reality*) av Peter Berger & Thomas Luckmann. Boka fikk status som en nyere klassiker innenfor samfunnsvitenskapen og ble ansett for å være et viktig gjennombrudd i kunnskapssosiologien. Berger & Luckmann fjerner seg fra den vitenskapelige kunnskapen og tar heller utgangspunkt i *hverdagskunnskapen*. Noen av problemstillingene de fokuserer på, dreier seg om hvorfor vi mennesker oppfatter verden som vi gjør, og hvorfor de fleste av oss tar samfunnslivet for gitt. (Berger & Luckmann 2000).

Som jeg nevnte innledningsvis, mener Berger & Luckmann (2000) at kunnskapssosiologien må engasjere seg med alt som er viten i samfunnet – uavhengig av dens gyldig- eller ugyldighet. Dessuten påpeker de at erkjennelsesteoretiske spørsmål som kunnskapssosiologien lenge har befattet seg med, hører mer hjemme i filosofiens verden. Forskningsfeltet skal derimot utgjøre teorier som er retta mot den empiriske sosiologien. "Fornuftig" kunnskap istedenfor "ideer" skal med andre ord være det sentrale for kunnskapssosiologien. (ibid.). *"Den samfunnsskapte virkelighet"* var mye inspirert av tankene til Alfred Schütz – mannen som vi husker også la grunnlaget for etnometodologien. Schütz utformet ikke sin egen kunnskapssosiologi, men var tydelig på hvilket fokus fagområdet måtte ha: *"Kunnskap er sosialt fordelt, og mekanismen bak denne fordelingen kan gjøres til et hovedtema for en sosiologisk disiplin"*. (ibid., s. 37).

Hvordan ser så kunnskapssosiologifeltet ut i dag? Ifølge Rigné (1998) har entusiasmen som preget det nyetablerte forskningsområdet avtatt, og der selve bildet over feltet fremstår som

svært varierende. Han påpeker også at kunnskapssosiologien har vært gjenstand for en omfattende institusjonalisering, som for eksempel oppbygging av forskningssentre og etablering av internasjonale forskningsmiljøer. Rigné (1998) hevder sågar at man kan snakke om en fragmentisering av feltet, og stiller dermed et spørsmålstegn ved dets legitimitet. Ellers er det interessant å se at den etnometodologiske vitenskapssosiologien nå også inkluderer studier som tar for seg ulike former for vitenskapelig kommunikasjon. Her har retorikken vært sentral: Man opphever skillet mellom et objektivt vitenskapelig språk og et subjektivt basert litterært språk. Vitenskap kan med andre ord da leses likt – uavhengig av tekstformen. (ibid.). For å fremme feltets posisjon innenfor den moderne samfunnsteorien, foreslår Rigné at man blant annet konsentrerer seg om hvordan makt og kontroll utøves i forbindelse med utvikling og anvending av kunnskap.

2.3 Kunnskap om kroppen

Menneskets kropp har utvilsomt fått mange karakteristikk og tolkninger opp gjennom årene – ikke minst i forbindelse med kropp og sjel dualismen som vi kommer inn på i kapittel 5. Som vi snart skal se, har også begrepsparet natur/kultur vært gjenstand for oppmerksomhet med henblikk på hvordan kroppen oppfattes. Kunnskap om kroppen kan være alt fra å vite hvordan den skal brukes i padleteknikk på ski til teoretiske utredninger som omhandler relasjonen mellom bevegelsesmønster og kroppens indre prosesser. Vi kan med andre ord ha både praktisk og teoretisk viten om kroppen.

Skillet mellom kropp og sjel har sin opprinnelse i en naturvitenskapelig måte å betrakte kroppen på – en tilnærming som er sentral i arbeidet mitt: Kroppen som kommer til syne i treningsregimet er preget av naturvitenskapelige ideal. Et naturvitenskapelig kroppsperspektiv gir studiet av den fysiologiske og anatomiske kroppen ontologisk forrang, dvs. denne oppfattes som viktigere og ”sannere” enn kroppen slik den leves og erfares. (Engelsrud 1985). Kroppens subjektive sider kan ikke forenes med en naturvitenskapelig oppfatning, og tilhører dermed bevisstheten eller sjela. Da naturvitenskapen gjorde sitt inntog, ble kroppen ansett som ren materie eller ting, dvs. som et stykke natur. Kontroll over og utnyttelse av naturen kom i forgrunnen, noe som også gjaldt kroppen. (Råheim 1997). Enkeltaspekter ved den naturvitenskapelige kroppen kan også være gjenstand for isolert vurdering, som for eksempel testing av muskelstyrke i rygg eller skulderledd. Senere i oppgaven skal vi se at også

Attføringssenteret anvendte slike fysiologiske tester. Medisinen er et godt eksempel på et område hvor man orienterer seg mot en naturvitenskapelig forståelse av kroppen – en oppfatning som er skapt av fysikk og biokjemiske basalfag. (Måseide 1997).

Kroppen som en motstilling mellom natur og kultur har tidligere vært en dominerende tenkning i så vel innenfor sosiologiforskningen som i samfunnet for øvrig. Her anses kroppen som et tidløst objekt med allmenne ønsker og behov, og hvor den samtidig påvirkes av samfunnet og kulturen. Og nettopp denne forståelsen er opphavet til en grunnholdning som var gjeldende langt inn på 1980-tallet: Drømmen om den autentiske kroppen. (Nielsen 1997). Tankemodellen tar utgangspunkt i at kroppen er slavebundet av fornuften eller sivilisasjonen, hvor målet er å ”gjenerobre” den opprinnelige og ekte kroppen. En slik kroppsidealistisk forestilling kan sågar dukke opp i nåtida, og da spesielt innenfor idrettslærer- og terapeutkretser: Ved hjelp av ulike teknikker kan man få fram det som kroppen virkelig rommer – innerst inne. Kroppen skal med andre ord bringes til full blomstring og åpenbaring. (ibid.).

Dyrkelsen av den naturlige kroppen skyldes ifølge Nielsen (1997) at man her i Vesten har vektlagt generelle og universelle faktorer fremfor det unike og individuelle. Den individuelt utformede kroppen har komt i skyggen av elementer som fellesmenneskelige naturrettigheter, frihets- og likhetsidealer. Idretten kan også utgjøre et eksempel hvor individets enkelte kropp tilsidesettes: Her underlegges den sterke krefter som for eksempel medisin, teknologi og medier. Kroppens særegenhet har imidlertid fått ”innpass” i tilknytning til bevisførselen i kriminalsaker som for eksempel fingeravtrykk og DNA-tester. Dette medfører at det individuelle ofte assosieres med noe mistenkelig og potensielt farlig. (ibid.).

”Frontdannelsen” mellom natur og kultur smeltet omsider da sosiologiforskerne fikk øynene opp for kroppen som medprodusert kulturstørrelse. Et mer nyansert perspektiv avløste med andre ord biologiske og antropologiske kroppsoppfatninger. I denne forbindelse er det interessant å se at kvinne- og kjønnsforskningen bidro til en fornyet oppmerksomhet på kroppens samfunnsmessige og personlige betydning: Antropologen Margaret Mead var tidlig ute å lansere ideen om kroppen som sosial konstruksjon – en oppfatning som også var et angrep på den tradisjonelle forståelsen av kjønn som biologisk bestemt. (ibid.). Med inspirasjon fra Michel Foucault fikk tanken om samfunnets makt over kroppen stor gjennomslagskraft på 1970-tallet. Men tenkningen møtte også motbør da enkelte hevdet at

kroppens betydning for kjønnsidentiteten ble neglisjert. Senere kom for øvrig kjønnsforskningen med en nyrevidert oppfatning der de understreker at det alltid er *levende* kropper som konstrueres. (Nielsen 1997).

Konstruksjonstanken spredte seg også til helsevesenet, noe dette sitatet fra amerikansk medisinsk sosiologi anno 1991 illustrerer: *"Ligesom en kunstner kan forme en klump ler til et objekt, således kan sociale grupper og den kultur, de deler, forme en menneskekrop"*. (ibid., s. 16-17). I 1980-årene så man dessuten tendensen til å vektlegge psykiske og bevissthetsmessige forklaringer på sykdom, spesielt forekomsten av kreft. Ifølge Nielsen (1997) hersker fortsatt antagelsen om at sykdom er mer et tankemessig snarere enn et kroppslig-organisk problem: *"hvor det tidligere var kroppen, som udgjorde et problem for bevidstheden, er i dag snarere bevidstheden som er et problem for kroppen, hvor kroppen er i fare for at blive reduceret til vedhæng"*. (s.17).

Når vi beveger oss inn i 1990-årene, dukker det opp en ny erkjennelse: Egenkroppen er i fokus – ikke i form av den ekte og naturlige kroppen – men heller erfaringen av å ha en kropp og være utlevert til den. I motsetning til på 1970- og 1980-tallet har vi nå tatt avstand fra slankehysteriet og kroppen som rent utstyrstykke, og fokuserer heller på den livshistoriske erfaring av kroppslighet. (ibid.). Opptattheten av erfaringskroppen gjenspeiler seg også innenfor dagens sosiologiforskning. Her kan Bryan Turner være et godt eksempel, en teoretiker som også er sentral i min oppgave. Forfatterskapet til Turner er med på å vise hvordan oppfattelsen av kroppen har endret seg: Det hele startet med en filosofisk motstilling mellom natur og kultur i boka *"The Body and the Society"* fra 1984 – en forståelse som i 1992 hadde forandret seg til en oppmerksomhet på relasjonen mellom kropp og samfunn. I boka *"Regulating Bodies"* tar Turner til ordet for en kroppsfenomenologi, der han påpeker at hvert menneske alltid har en viss fornemmelse av kroppslighet – uansett hvor konstruert og samfunnsskapt kroppen enn måtte være. (ibid.). Turner understreker at kroppen både er subjektiv og levende, og ikke bare et objektivt redskap. Istedenfor å opprettholde kroppen som en ren biologisk- eller konstruksjonsstørrelse, må man heller innrette seg mot feltet midt imellom. Ifølge Turner skal fokuspunktet med andre ord være knytta til kroppen som prosess, dvs. en kropp som stadig er underveis og i endring. (ibid.).

Kroppskulturforskningen på 1990-tallet har vært preget av samspillet mellom erfart kroppslighet og kroppslig konstruksjon. Nielsen (1997) understreker viktigheten av å ta

hensyn til skjæringsfeltet mellom kropp som levd erfaring og kropp som samfunnsmessig og kulturell konstruksjon. Ifølge Nielsen (1997) må motstillingen natur/kultur erstattes av studier som omhandler skjæringsfeltet til den sosiale kroppen, dvs. møtet mellom den individuelle, levende egenkroppen og samfunnets ulike normer for kroppslighet. Her forenes subjektive og objektive krav på en slik måte at mennesket fremstår som både en bærer og skaper av kulturen.

2.4 Treningsregime i et kunnskapssosiologisk perspektiv

I analysen av treningsregimet benytter jeg kunnskapssosiologien som et viktig redskap.

Kunnskapssosiologien skal med andre ord være et hjelpemiddel når jeg tar fatt på problemstillingene i oppgaven. Med utgangspunkt i mitt konstruktivistiske grep ønsker jeg å vise at kunnskapens gyldighet er betinga av tid og rom. I undersøkelsen vil jeg synliggjøre at det i årenes løp hersker ulike forståelser og tenkning omkring både treningsregimet ved Attføringssenteret og rehabiliteringsfeltet. Imidlertid vil jeg ikke ta stilling til kunnskapens sannhetsverdi, dvs. om den er sann eller falsk.

Sentralt i studien min er hvilken betydning og funksjon viten får for treningsregimet, eller sagt på en annen måte: Kunnskapens skapende og omskapende rolle i et rehabiliteringsregime. Jeg vil også si noe om hva kunnskap gjør – hvordan den former og oppbærer regimet ved senteret. Vi vil dessuten oppdage at senteret i de første årene baserte seg mye på den naturvitenskapelige kunnskapen, og denne vil derfor være i fokus. I undersøkelsen vil jeg se på praksiser som understøttes av bestemte begreper og oppfatninger av menneske og kropp (som for eksempel fysiologiske tester og medisinsk treningsterapi). Jeg vil også se på hvordan rollene, dvs. de ulike faggruppene på senteret, knyttes opp til og uttrykker forståelsen av både kropp og menneske.

3 Hvordan innhente data om treningsregimet

3.1 Valg av metode

Hvordan skal jeg gå fram for å skaffe til veie informasjon som kan hjelpe meg til å svare på problemstillingene i denne oppgaven? Her må jeg først og fremst finne ut hvordan treningsregimet ved AiR utartet seg i de første årene. For å innhente disse opplysningene, har jeg valgt å benytte meg av dokumenter og intervju personer som kan gi meg gode beskrivelser av det tidlige regimet.

Dokumentanalyse og kvalitative intervju er altså oppgavens *metode*, som kan forstås å være ”læren om de verktøy som kan benyttes for å samle inn informasjon”. (Halvorsen 1993, s.15). Mine fremgangsmåter er med andre ord en *kvalitativ* tilnærming metode – et naturlig valg siden undersøkelsen baserer seg på å få innsikt i en historie og særpreg i et bestemt miljø. Dette er i tråd med Repstad (1998) som sier at kvalitative studier ofte omhandler avgrensede enkeltmiljøer, med det mål for øyet å gi en helhetlig beskrivelse av spesielle trekk og prosesser ved nettopp dette miljøet. Han mener også at det er naturlig å bruke kvalitative tilnærming metoder i studier der en skal beskrive *det som finnes* og ikke *hvor ofte det finnes*.

Når man skal ”grave” litt i fortida, kan det være ønskelig å benytte seg av lokalkjente personer. Selv om jeg klarte å oppdrive noen tekstlige kilder fra senterets første år, så man fort behovet for å bruke kvalitative intervju. Dessuten antok man at intervju ville gi mer detaljert og utfyllende informasjon. Men i likhet med dokumenter fra tidligere årgang, har også kvalitative intervju sine feilkilder (se neste side).

Kvalitative metoder settes gjerne opp i kontrast med *kvantitative* metoder: ” *Kvalitativ metode brukes til å fastslå forskjellen mellom epler og pærer, mens kvantitative metoder går ut på å telle hvor mange det er av hver. Stort sett vil disse to tilnærmingene forutsette hverandre*”. (ibid., s. 24). Dette er i utgangspunktet en noe enkel og ”firkantet” beskrivelse, men allikevel ganske treffende. Kvalitative metoder handler nettopp om å karakterisere. Selve begrepet *kvalitativ* henspiller mot kvalitetene, dvs. egenskapene eller karaktertrekkene ved forskjellige

fenomener. Mens kvalitative metoder konsentrerer seg om dybde, nærhet og fleksibilitet, kjennetegnes de kvantitative metodene for bredde, distanse og nøyaktig. (Repstad 1998).

3.2 Det kvalitative intervju

En god og barsk karakteristikk av kvalitative intervjuer kan være følgende: "*Et skamløst detektivarbeid bak taktfullhetens maske*". (ibid., s. 73). Det kvalitative intervju omtales gjerne også som ustrukturert eller ustandardisert grunnet få standardiserte prosedyrer for hvordan disse intervjuene utformes. Imidlertid finnes det noen veivisere: Kvale (1997) deler for eksempel intervjuundersøkelsen inn i syv stadier: tematisering (problemformulering), planlegging, intervjuing, transkribering (overføring fra muntlig tale til skriftlig tekst), analysering, verifisering og rapportering.

Man skiller gjerne mellom *informant-* og *respondentintervju*. I min undersøkelse er det benyttet informantintervju, dvs. lokalkjente personer som gir informasjon om treningsregimet ved AiR. Respondentintervju henviser mer til svarpersoners egne følelser, opplevelser og oppfatninger. I praksis kan selvsagt en og samme samtale både være informant- og respondentintervju. Samtidig kan intervju enten være *utforskende* eller *hypotesetestende*: Et utforskende – noe studien min kan sies å være – er åpent og har minimalt med struktur. Intervjuer som derimot tester hypoteser er oftest mer strukturerte. (ibid.). Hensikten med et intervju kan også være *empirisk* eller *teoretisk*. Denne oppgaven skal innhente empirisk informasjon om rehabiliteringsopplegget ved Attføringssenteret. Enkelte forskningsprosjekt tester følgene av en teori eller utvikler en empirisk fundert teori basert på intervjuer og observasjoner. (ibid.).

Siden problemstillingene mine hovedsakelig berører perioden 1986-1992, må intervjukandidatene se tilbake på fortida. Ved slike *retrospektive intervjuer* kan det forekomme enkelte feilkilder og metodiske problem. For det første stilles hukommelsen på prøve: Noen mennesker har en lei tendens til å glemme både hendelser, følelser og meninger fra tidligere tider. Men hovedproblemet er i følge Repstad (1998) at "*folk lett gjenkaller fortida gjennom et filter av begreper og tenkemåter de har tilegnet seg langt senere*". (s. 79). Her kan kontrollspørsmål være en god mulighet for å "rydde opp". Vi skal snart se at slike problemer med fortida også gjelder for dokumentdata. Imidlertid husker folk ofte konkrete

hendelser bedre enn hva de tenkte og følte. I denne oppgaven var man i utgangspunktet ikke på jakt etter følelser og tanker, men heller kandidatenes beskrivelser av faktiske forhold og aktuelle hendelser.

Selve intervjumetoden har også sine kritikere: Enkelte hevder at framgangsmåten er idealistisk og individualiserende, der man fokuserer for mye på enkeltmenneskers meninger. (Kvale 1997). Dette fører blant annet til at aspekter som sosiale og materielle strukturer og rammevilkår lett glemmes – et moment man forøvrig bør ha i bakhodet når analyser og tolkninger av materialet står for døren.

3.2.1 Utvalg

Et vanlig spørsmål som dukker opp her, er hvor mange intervjupersoner man trenger. Kvale (1997) har et greit svar på det: *"Intervju så mange personer som er nødvendig for å finne ut det du trenger å vite"*. (s. 58). Ifølge Repstad (1998) kan det være på sin plass å gi seg når du ikke lærer noe nytt av intervjuene, dvs. når det blir mer av det samme. Disse rådene ble også fulgt i min undersøkelse. I utgangspunktet inneholdt listen over aktuelle intervjukandidater 8 personer, men man "landet" til slutt på fem kandidater. Fem kandidater er ikke mange, men her skal det sies at jeg også hadde tilleggsinformasjon i form av dokumenter. To av de aktuelle på kandidatslista hadde dessuten mest kunnskap om dagens opplegg, og ble av den grunn ikke med i utvalget. Flere av de som jobbet ved senteret i perioden 1986-1992 er sluttet, og der valgte jeg å spore opp fire av disse. Det er ikke alltid like lett å vite når man føler seg "mett" på informasjon, men et sted må man jo stoppe.

Selve hovedkriteriet for å bli med i utvalget, er at intervjupersonene har relevant informasjon for problemstillingene i oppgaven. Problemstillingene avgjør med andre ord hvem som kan være aktuelle kandidater. I denne undersøkelsen var det derfor viktig å snakke med personer som hadde kunnskap og erfaringer om treningsregimet spesielt fra de første årene ved senteret. Utvalget besto for øvrig av én idrettspedagog (som også var hovedinformant), én fysioterapeut, én lege og to sykepleiere.

Informasjon om undersøkelsen ble sendt i brevform til fire tidligere ansatte ved senteret. Deretter tok jeg kontakt pr. telefon, og alle takket ja til å være intervjukandidater. Med en av disse kandidatene ble det i første omgang avtalt et telefonintervju. Imidlertid husket denne

kandidaten veldig lite fra de første årene, og vart derfor ikke med i utvalget. To nåværende ansatte ble henholdsvis kontaktet ansikt til ansikt og pr. telefon. Dette falt naturlig inn siden begge to kjente til undersøkelsen. De var også positive til å delta.

En tradisjonell kritikk av intervjustudier er at funnene ikke er generaliserbare siden den innbefatter for få personer. Kvale (1997) deler ikke dette synet ved å vise til psykologiens historie som paradoksalt nok har følgende mening: Dersom målet med studiet er å innhente generell kunnskap, skal man nettopp fokusere på få, intensive kasus-studier. I denne undersøkelsen er det ikke snakk om kasus-studier. Funnene her kan heller ikke generaliseres til å gjelde for alle lignende rehabiliteringsinstitusjoner i Norge. Selv om andre kan kjenne seg igjen i enkelte beskrivelser og treningsmetoder, vil enhver institusjon alltid ha sin egen, unike historie. Det blir derfor vanskelig å snakke om generaliserbarhet i disse funnene.

3.2.2 Intervjuguiden

Intervjuguiden skal inneholde emnene som tas opp i intervjuet, samt ønskelig rekkefølge på disse. Ifølge Repstad (1998) bør guiden være relativ stikkordsmessig uten detaljformulerte spørsmål. På den måten blir intervjueren nødt til å formulere konkrete utsagn muntlig i situasjonen, slik at det hele får preg av å være en naturlig samtale. Under selve intervjuene i denne undersøkelsen startet man på toppen av intervjuguiden, og deretter ble rekkefølgen tilfeldig ettersom hva intervjukandidatene hadde å si. Det kan være litt "skummelt" å avbryte for å få ting i riktig rekkefølge. Da forsvinner ofte den naturlige samtalen, som det faktisk er ment for å være!

Når man skal finne ut hvilke temaer som er ønskelige å ta opp, krever det en grundig gjennomtenkning på forhånd. For å finne svar på problemstillingene i denne oppgaven, var det nødvendig å få beskrivelser av treningsregimet i de første årene samt litt om hvordan dette fortoner seg i dag. Av den grunn ble guiden delt inn i to deler, der den første konsentrerte seg om hovedperioden fra 1986-1992 og den andre med fokus på dagens opplegg. Med henblikk på de første årene hadde jeg i forkant gjort meg kjent med hovedtrekk i regimet ved hjelp av samtaler med ansatte og enkelte skriftlige kilder. Takket være egenerfaring var dagens opplegg kjent stoff.

Det konkrete treningsopplegget, filosofien og treningsideal utgjør selve hovedtemaene i guiden. Siden *treningsopplegget* er oppgavens sentreringspunkt, var det naturlig å belyse dette først. For å få en best mulig beskrivelse av selve opplegget, valgte man å gå nokså detaljert til verks. Her ble alle aktivitetene og andre særpreg inkludert. Noen av problemstillingene i denne oppgaven henspiller mot senterets grunnleggende filosofi, som blant annet synet på mennesket og kroppen. *Filosofien* ble derfor trukket inn som det andre hovedtemaet i guiden. For å få en forståelse av det teoretiske grunnlaget bak selve treningsopplegget, ble *treningsideal* benyttet som det siste temaet. Med utgangspunkt i disse tre hovedtemaene kan man si at det ønskelige ”jaktutbytte” var å få gode beskrivelser av regimet ved senteret.

Det siste punktet i guiden berører faktorer som omdannet treningsregimet. Her valgte man å trekke inn hvorvidt ”omskapelsen” kan forklares ut ifra ytre og indre påvirkninger (som for eksempel kurs, nye ansatte og erfaringer). *Brukernes* påvirkninger ble også inkludert grunnet en antakelse om at de spiller en viktig rolle med tanke på tilbakemeldinger som gis på treningsopplegget.

Siden det ligger i metodens fleksibilitet, kan det ofte være på sin plass å justere selve guiden, ikke minst med tanke på hvem man intervjuer. Det ble også gjort her. Etter å ha snakket med den første intervjukandidaten, så man behovet for å gjøre noen små endringer i guiden. Det ble også gjort enkelte tilføyelser som dukket opp underveis. Med enkelte unntak fikk alle kandidatene stort sett de samme spørsmålene. Naturlig nok var treningsopplegget det sentrale temaet i samtalen med idrettspedagog og fysioterapeut, mens filosofien var mest fremtredende hos sykepleierne.

Det skal også sies at det er nødvendig å gjennomføre noen intervjuer før man kan vite om guiden fungerer godt. Ifølge Repstad (1998) bør den uansett ikke hogges i stein! Da stiller det seg noe annerledes når en bruker et strukturert spørreskjema, der statusen er atskillig mer ”hellig” og definitiv.

3.2.3 Gjennomføring

I alt ble det gjennomført syv intervju i perioden fra oktober til desember 2003, som stort sett foregikk på arbeidsplassen til kandidatene. Grunnet mye informasjon ble hovedinformanten intervjuet tre ganger. Hvert intervju hadde en varighet på ca. en time, som hovedsakelig var

samtalepreget. Alle kandidatene var veltalende og kunnskapsrike. Siden ingen var "allergiske" mot båndopptaker og mikrofon, ble dette benyttet under samtlige intervju. I denne forbindelse ble det anbefalt å sende inn et meldeskjema til personvernombudet i Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste. Årsaken til dette var at man ved bruk av lydbånd ikke kunne utelukke at det kom frem personlige meninger og oppfatninger under selve intervjuene. Her skal det nevnes at ingen av intervjukandidatene hadde behov for å være anonyme. Kandidatene er nummererte fra 1-5, der navnene til hver enkelt av dem fremkommer som vedlegg til oppgaven.

Når man intervjuer kjente og nærmest forsker på "hjemmebane", hevder mange at en bl.a. mister den akademiske distansen og får personlige interesser i det som skjer i feltet. Sosialantropologene kaller dette for "*to go native*", dvs. "å bli en av de innfødte". (Repstad 1998). I denne undersøkelsen har imidlertid personlig kjennskap og interesse til miljøet vært en kilde til motivasjon og utholdenhet. Personlig interesse er utvilsomt med på å holde pågangsmotet oppe i en til tider så frustrerende hovedfagsperiode! Å ha førstekjennskap til miljøet gjør en dessuten i stand til å forstå bedre det som skjer. Som om dette ikke er nok, mener Repstad at intervju med kjente ofte viser seg å være mer spontane og rikere på informasjon enn når man intervjuer fremmede.

3.2.4 Analyse og tolkning

Analyse av data vil si å ordne innsamlet materiale slik at det får struktur og på den måten blir lettere tilgjengelig for tolkning. Med *tolkning* mener man en begrunnet vurdering av materialet i forhold til henholdsvis problemstillingene og teoriene som belyser funnene i en større sammenheng. (ibid.). Det finnes ikke så mange "oppskrifter" på hvordan en relativ fersk forsker bør forholde seg til det materialet som er samlet inn. I denne forbindelse hadde det vært fristende med "*et slags magisk redskap som man kan bruke til å avdekke de skjulte meningsskattene som befinner seg gjemt i de mange sider ugjennomskuelige intervjutranskripsjoner*". (Kvale 1997, s. 121). Men selv Kvale kan ikke trylle frem et slikt magisk redskap. Imidlertid beskriver han fem ulike analyseteknikker som kan hjelpe forskeren på vei: fortetting (dra ut det sentrale), kategorisering, narrativ strukturering (en tidsmessig og sosial organisering av teksten for å få fram meningen med den), tolkning og ad hoc. Sistnevnte metode, *ad hoc*, er den mest brukte formen for intervjuanalyse. (ibid.).

Metoden innebærer et fritt samspill mellom ulike teknikker, og ble benyttet i denne undersøkelsen.

Når intervjuene skulle skrives ut, foretok man en viss tematisk opprydding i materialet. Intervjuguiden var et godt utgangspunkt som hjelp for dette arbeidet, der jeg fulgte guidens rekkefølge av temaer. På denne måten ble det en kombinert nedtegning og redigering. Til tross for at dette var en tidkrevende prosess, ble det imidlertid en god start på analysefasen. Etter den første bearbeidingen av intervjuene, las to av intervjukandidatene igjennom teksten for å kontrollere om den gav gjenkjennelse – noe begge kunne bekrefte. Neste trinn var en mer systematisk gjennomgang av funnene, der de mest sentrale beskrivelser og sitater ble knyttet opp mot relevante teorier. Målet var med andre ord å få en ”runddans” mellom empiri og teori som best kunne belyse problemstillingene.

3.3 Kvaliteten på datamaterialet

3.3.1 Kvalitative data og reliabilitet

Reliabilitet har med hvor pålitelige funnene er. Innenfor kvantitativ forskning er reliabilitet et spørsmål om innsamlingsmetodens nøyaktighet, dvs. om man ved gjentatte forsøk vil få de samme resultatene som første gang. Her skal *metoden* gi resultatene og *forskeren* skal være metodens redskap. I kvalitativ forskning er det imidlertid *samspeillet* mellom forskeren og metoden som gir resultatene. Her skal man ikke måle kvantiteten av en viss kvalitet, men heller oppdage en eller flere kvaliteter.

Innenfor kvalitativ metode er det ofte ønskelig med en *lav* reliabilitet, dvs. at man avslører nye data ved gjentatte undersøkelser: *”Om en forskare utifrån en viss datainnsamling upptäcker helt andra kvaliteter hos en och samma foreteelse, an vad en annan forskare gör med samma metod, ja då ar det ju snarast en fordel. Det tvingar fram en utveckling och ett berikande av det slutliga begreppet”*. (Eneroth 1984, s. 60).

Innenfor intervjuforskning blir reliabilitet ofte en diskusjon om forskeren stiller *ledende* spørsmål, og på den måten får svar som er ønskelige for undersøkelsen. Kvale (1997) mener

imidlertid at dette kan være en fordel for oppgaven, så lenge intervjueren er seg bevisst om at det stilles ledende spørsmål. Slike spørsmål kan dessuten være velegnet for å kontrollere intervjupersonens pålitelighet. Samtidig påpeker Kvale (1997) at det avgjørende er om spørsmålene leder i viktige retninger som kan gi nye og betydelige kunnskaper.

Transkripsjonens reliabilitet er også et tema innenfor intervjuforskning. (ibid.). Mange vurderinger og beslutninger skal gjøres når man skal oversette intervju fra muntlig til skriftlig form. Man kan selvsagt la to personer hver for seg skrive ned opptakene, for deretter å sjekke ulikhetene. Men arbeidet med å oppnå fullstendig enighet kan imidlertid utvikle seg til å bli et forskningsprosjekt i seg selv...

Begrepet *metode* kan også være knyttet til å innhente *intersubjektivt* pålitelige resultater, dvs. hvordan ulike lesere kan komme frem til samme mening når de analyserer et intervju. (ibid.). Men i kvalitativ forskning finnes det som kjent like mange tolkninger som forskere...

3.3.2 Kvalitative data og validitet

Validitet blir i vanlige ordbøker definert som hvor sann og riktig en uttalelse er. Om man i forskningens verden følger en positivistisk tilnærming, blir validitet et spørsmål om du måler det du tror du måler. Ut ifra denne definisjonen er kvalitativ forskning ugyldig, ettersom den ikke resulterer i tall. I en bredere definisjon derimot, blir validitet knyttet opp til hvilken grad en metode undersøker det den er ment til å undersøke, dvs. "*i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomenene eller variablene som vi ønsker å vite noe om*". (ibid., s. 165). Innenfor denne vide oppfatningen kan den kvalitative forskningen i prinsippet gi gyldig vitenskapelig kunnskap. En teoretisk "ballast" om temaet som undersøkes er for øvrig ingen ulempe når metodens validitet skal avgjøres.

Ifølge Kvale er ikke validitet et spørsmål om å kontrollere sluttproduktet, men heller en "*kvalitetskontroll gjennom alle stadiene av kunnskapsproduksjonen*". (ibid., s. 164). Denne kvalitetskontrollen omfatter alle syv stadiene i intervjuundersøkelsen, der blant annet tematisering, intervjuing (intervjupersonens troverdighet og kvalitet på intervjuingen) og transkribering er gjenstand for validering. (ibid.).

3.4 Dokumentanalyse

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet, er det ved siden av kvalitative intervju også blitt benyttet *dokumentanalyse* for å samle inn nødvendig data. I enhver hovedfagsoppgave er det naturlig å anvende teorier som er skriftlig nedtegnet når man skal tolke funn. Dessuten kan skriftlige kilder ofte være et nødvendig bakteppe for oppgaven, noe kapittel 4 i denne studien kan sies å være. I vid forstand kan dette kalles dokumentanalyse. En mer snever definisjon av dokumentanalyse er imidlertid *"en metode der man gir visse tekster status av kilder eller data for selve undersøkelsen, på samme måte som feltnotater, intervjuutskrifter og liknende er data"*. (Repstad 1998, s. 86).

Jeg oppdaget fort at AiR ikke hadde noen omfattende samling av skriftlige kilder som kunne belyse problemstillingene mine. Men selv om jeg ikke "druknet" i dokumenter, fant jeg likevel enkelte kilder som støttet opp under beskrivelser fra intervjuene. På denne måten fikk intervjufunnene større troverdighet og mer "kjøtt på beinet", noe som er ønskelig når man tar fatt på tolkninger. Det var med andre ord naturlig å anvende materialet som kunne være aktuelt for oppgaven. Dessuten forekommer det ikke sjelden at tekstlige kilder inneholder bedre formuleringer enn hva man av og til kan få ut av informanter!

Hvilke kilder ble så funnet? For det første fant jeg et dokument som omhandlet de tidlige planene for både senteret og treningsopplegget generelt. Senterets dokumentasjon som utgis hvert år, dvs. årsmeldinger, dukket også opp. I disse meldingene vises det blant annet til statistikk på bakgrunn av skjema som brukerne sender inn 3 måneder etter oppholdet. Årsmeldinger av nyere dato inneholder også senterets filosofi og målsettingene på de ulike avdelingene. I tillegg fant jeg en publisert artikkel som omhandlet effektundersøkelser ved senteret det første året, samt noen interne og upubliserte studier. Jeg kom også over et internt dokument som dreier seg om bakgrunnen for den nye filosofien. Det skal sies at senteret også hadde noe faglitteratur som omhandlet teorier bak ulike treningsregimer (som for eksempel medisinsk treningsterapi og psykomotorisk fysioterapi).

Imidlertid var det flere kilder som *ikke* ble funnet, for eksempel dokumenter som tok for seg senterets filosofi og hvordan treningen foregikk i de første årene. Alt dette måtte man få svar på fra informanter! Det finnes heller ikke mange skriftlige kilder som redegjør for nåtidas

opplegg ved senteret. Kildene til dagens filosofi stammer dessuten fra 1997. Nye formuleringer og en aldri så liten oppfriskning hadde ikke vært så dumt her...

En sentral utfordring for en forsker som skal gjøre seg nytte av skriftlige dokumenter, er å bestemme kildenes troverdighet og presisjon. Spesielt tekster fra fortida kan by på mange uforutsette komplikasjoner. Slike kilder kan lett fortolkes ut fra tenkemåter og begrepsforståelser som egentlig er blitt til *etter* at teksten ble skrevet. Et godt råd fra Repstad (1998) er å tenke nøye igjennom tekstens intensjon og funksjon i sin samtid. De virkelige store kildeproblemene kan oppstå hvis utgangspunktet er en muntlig tradisjon som har endret seg over tid, men som først flere år senere er blitt skriftlig nedfelt. Da blir det ikke lett å komme frem til hva som i sin tid faktisk skjedde. (ibid.).

Overfor en kilde kan man foreta flere kategoriseringer. Kildene kan for eksempel enten ha et *vurderende* (normativt) eller et *beskrivende* (kognitivt) siktemål. Til oppgaven min var det naturlig å lete etter kognitive kilder, da nettopp beskrivelsene skulle være i høysetet. Men selv i slike kilder kan det snike seg inn normativt stoff... Skriftlige kilder kan også være *konfidensielle* (forvaltningsnotater, dagbøker og lignende), *offentlige* (som for eksempel Stortingsreferater og avisreportasjer), eller *institusjonelle* (som blant annet årsmeldinger). (ibid.). Uansett hvilke typer kilder man velger, kan det være naturlig å spørre hva som ligger bak teksten og hvilket formål den har. Det kan være lett å la seg rive med i både svartmalende overdrivelser og rosenrøde idylliseringer!

Et viktig skille som er verdt å legge merke til går mellom *førstehånds-* og *annenhånds kilder*. En førstehåndskilde kan for eksempel være et originaldokument eller et videoopptak av en hendelse. Beretninger som baserer seg på hva andre har sett og hørt, har lavere kildeverdi enn beretninger skrevet av deltakere eller direkte observatører. Kildeverdien blir med andre ord vanligvis lavere jo flere ledd informasjonen passerer gjennom. (ibid.). Historikerne opererer gjerne også med et skille mellom *førstehåndskilder* og *primærkilder*. Med primærkilde menes den første kjente versjonen av en kilde som forskeren har tilgang til. Sekundærkilder blir da eventuelle avskrifter eller referater av denne primærkilden. (ibid.).

Å bestemme troverdigheten til alle kildene er ikke alltid enkelt. Repstad (1998) anbefaler å finne innbyrdes uavhengige dokumenter om samme emner og kryssjekke informasjonen. Man kan også sammenlikne ulike beskrivelser av den samme situasjonen. Men hvis det kun finnes

et dokument eller en beskrivelse å forholde seg til, kan det kanskje være lurt å snakke med noen gode informanter!

*

Jeg har altså valgt å kombinere kvalitative intervju og dokumentanalyse i jakten på gode beskrivelser av treningsregimet ved AiR. Med utgangspunkt i disse metodene mener jeg at de utgjør et godt grunnlag for å hente inn data som kan belyse regimet på en best mulig måte. Jeg mener også at metodene utfyller hverandre og gir et bra utgangspunkt for å kunne analysere treningsopplegget ved Attføringscenteret i årene 1986-1992.

4 Kampen om rehabiliteringsbegrepet

4.1 Innledning

Som overskriften på kapitlet antyder, skal vi nå begi oss inn på historien til rehabiliteringsbegrepet – i alle fall deler av den. For dette er ingen enkel historie, siden både begrepet og feltet har vært definert og redefinert mange ganger. I dette kapitlet vil jeg også ta gamle praksisregimer innenfor rehabilitering nærmere i øyesyn. Grunnen til at jeg vil kaste et historisk lys over henholdsvis begrepet og praksisene, er ønsket om å oppdage hvordan etablerte forståelser har endret karakter og innhold opp gjennom årene. Samtidig viser historiene at fortida leverer begreper og praksiser som brukes som ressurser til nåtida. Kapitlet skal også være med på å gi mer viten om rehabiliteringsfeltet.

Senere i kapitlet vil vi se at noen av ”de historiske” praksisene var forløperne til selve rehabiliteringsfeltet, og dermed også til begrepene. Her kan man tydelig oppdage *koplingen* mellom praksisene og begrepene: Praksisene utgjorde et viktig grunnlag for å definere det nye virksomhetsområdet. Begreper kan på sin side oppfattes å være analytiske rammer som hjelper oss til å strukturere og forenkle verden. Samtidig viser begrepene til et bestemt innhold, og synliggjør hvilke felles kjennetegn de ulike fenomenene som går inn under begrepet har. (Augestad 2003). Imidlertid kan begrepene også fortone seg som ”skylapper” og være utgangspunkt for ensidig fortolkning. (ibid.). Her kan man for eksempel vise til at benevnelsen rehabilitering lenge har vært forbundet med reparasjon og opptrening etter en fysisk skade eller etter en operasjon – noe som kan forstås å være en ensartet oppfatning av begrepet. Som vi snart skal se, er denne definisjonen nå blitt betraktelig utvidet.

4.2 Bakgrunn for opprettelsen av Attføringssenteret

Før vi tar fatt på selve begrephistorien, kan det være naturlig å si litt om bakgrunnen for etableringen av Attføringssenteret og senterets plass i forhold til den øvrige helsetjenesten. Senteret åpnet 18. juni 1986, men visjonen om et attføringssenter ble ”født” mange år i forveien på *Beitostølen Helsesportssenter*. Dette senteret ble oppretta allerede i 1970 og er

verdens første helsesportssenter. Takket være Beitostølen ivrige forkjempere med Erling Stordal og helsedirektør Karl Evang i spissen, ble helsesport/tilpasset fysisk aktivitet nå godkjent og akseptert som et sentralt virkemiddel i fysikalsk medisin og rehabilitering. (Wigers og Sigurdson 2004). Ideene og erfaringene herfra har dannet grunnlaget for opprettelsen og driften av mange senter, deriblant Valnesfjord Helsesportssenter (etablert i 1982) og AiR.

Helt siden oppstarten har Beitostølen gitt tilbud til grupper med ulike typer funksjonshemninger som blant annet ryggmargsskade, hjertesykdommer, synshemninger, senskader etter polio, ryggglidelser og muskeldystrofi. Helsesportsbegrepet – tilpasset fysisk aktivitet for å bedre funksjonshemmedes helse – har hele tiden vært det sentrale i virksomheten. (ibid.). Aktivitetene som senteret tilbyr er mangfoldige og allsidige:

- *Idrettsaktiviteter* som omfatter både gymnastikk, ballspill, basseng, riding, sykling, friidrett, roing/padling, klatring, bueskyting, hundekjøring, ski og pigging.
- *Behandlingsaktiviteter* som for eksempel medisinsk treningsterapi, fysioterapi og avspenningsterapi.
- *Klinisk fysiologisk testing*
- *Fritids- og miljøaktiviteter*

(www.bhss.no/aktiviteter.html).

Siden Beitostølen i en lengre periode var eneste institusjon i sitt slag, ble også arbeidstakere med helseproblemer sendt opp dit. Her kan intervju kandidat nr.4 fortelle at senteret i utgangspunktet verken var oppretta eller hadde plass for brukere av den art. Ifølge kandidaten vokste nå ønsket om et "Beitostølen for arbeidslivet" – noe bedriftsoverlegen ved Norsk Hydro, Eyvind Thiis-Evensen – var en ivrig talsmann for. Sammen med en interessegruppe bestående av personer innen attførings- og bedriftshelsetjenesten, la Thiis-Evensen planer om å opprette et attføringssenter. En arbeidsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet fikk i oppgave å vurdere disse planene, og de så i høy grad mot Beitostølen når stedsvalget falt på Rauland: *"Terrenget minner meget om det som finnes omkring Beitostølen og som har vist seg hensiktsmessig. (...). Arbeidsgruppen ser det som vesentlig at den planlagte institusjon legges til høyfjellsterreng. De gode erfaringene fra Beitostølen når det gjelder plassering av*

attføringsinstitusjon i slikt terreng, mener arbeidsgruppen bør ha en stor betydning for lokalisering av det foreslåtte attføringssenter i Telemark". (Arbeidsgruppe 1980, s.27). Her skal det legges til at Vinje kommune kunne friste med gratis tomt i Rauland, noe som ikke akkurat var en ulempe!

AiR er en av de fire spesielle institusjonene i norsk helsevesen. Helsesportssentrene ved henholdsvis Beitostølen og Valnesfjord utgjør to av disse, der hovedvirkemiddelet er tilpasset fysisk aktivitet (TFA). Hernes institutt er den fjerde institusjonen, som fokuserer på fysisk trening, behandling og arbeidsteknikk. (St meld nr.21, 1998-99). Institusjonene er spesielle i den forstand at de har hjemmel i sykehusloven, og finansieres med direkte tilskudd over trygdebudsjettet. Tilbudet i "de fire spesielle" er beslektet med *opptreningsinstitusjoner*, som tidligere gikk under benevnelsen *kurbad og rekonvalesenthjem*. I dag finnes det 36 godkjente opptreningsinstitusjoner i Norge med hjemmel under spesialisthelsetjenesten som tilbyr "*medisinsk, fysikalsk og annen relevant behandling og opptrening*". (Wigers og Sigurdson 2004, s. 225).

4.3 Rehabiliteringsbegrepet

Felles for institusjonene som nevnes ovenfor, er at de har *rehabilitering* som en hovedmålsetting. Og her i Norge begynner historien til nettopp dette begrepet rett etter andre verdenskrig. På denne tiden var reparasjon og oppbygging av både folk og land i høysetet. I et sentralt norsk etterkrigsdokument kunne man lese følgende:

"Krigen har vært en sterk spore til utbygging av hjem for rekonvalesenter, hvor folk etter langvarige sykdommer eller med varige skader kan gjøres skikket for arbeidslivet på ny. De resultater som er oppnådd i de britiske "Rehabiliteringscenters" for skadede flygere, gruvearbeidere m.fl. er ytterst oppmuntrende, og bør studeres nøye av norske leger. Etter krigen vil det også være en oppgave for våre myndigheter å sørge for at en omskolering finner sted av sjømenn og andre som er blitt skadet under krigen". (Feiring 2004, s.16-17).

**Høgskolen i Telemark
Biblioteket - Bø**

Omskoling skulle altså bli det første ordet man anvendte på rehabiliteringsfeltet, et begrep som opprinnelig ”stammet” fra det noe eldre engelske uttrykket *re-education*. [3] . Som teksten påpeker, var dette en tjeneste primært mynta på krigsskadde norske sjømenn eller mer presist ” *sysselsetting av krigsskadde og annen overflødig arbeidskraft*”. (Feiring 2004, s. 17). Etter hvert omfattet slike omskoleringskurs også ”delvis arbeidsføre” nordmenn. Selve omskolingen besto av tiltak som registrering, diagnostisering, yrkesopplæring og arbeidsplassering. Det er verdt å merke seg at Norge ikke var først ute med en slik tjeneste: Allerede under den første verdenskrig hadde flere land etablert såkalte *re-education* eller *rehabilitation services*. (ibid.).

I sitatet fra etterkrigsdokumentet fremkommer det også tydelig hvilken *yrkesgruppe* som skulle ta seg av omskoleringen: *legene*. Legene, med helsedirektør Karl Evang i spissen, utgjorde tidlig et flertall. Men psykologer og yrkesskolelærere var også andre aktuelle faggrupper fra starten av. Forholdet mellom yrkesgruppene var imidlertid preget av en kamp om hvem som skulle få æren av å definere det nye feltet. (ibid.). Det er interessant å se at legene ikke var særlig begeistret for omskolingsbegrepet – en betegnelse som i stor grad var forbundet med pedagogisk snarere enn medisinsk arbeid. Ordet *attføring* ble derfor lansert som et nytt begrep, til tross for at man internasjonalt benyttet seg av benevnelsen *rehabilitering*. På denne tiden i Norge var det vanlig å anvende rehabilitering i forhold til landssvikere, dvs. oppreisning av personer som hadde vært nazister under andre verdenskrig. Det var utenkelig å bruke samme betegnelse for en virksomhet som i hovedsak var retta mot skadde krigshelter. (ibid.).

Begrepet *attføring* ble formelt tatt i bruk i 1955 – en benevnelse som skulle bli rådende i mange år fremover. På slutten av 1950-tallet spesialiseres *attføringsoppgavene* i følgende tre grener: medisinsk, yrkesretta og sosial *attføring*. Medisinsk *attføring* ble her definert som behandling og skulle ”*stanse sykdom eller bedre funksjoner*”. (ibid., s. 18). Målet med yrkesretta *attføring* var ”*å plassere klienten på arbeidsmarkedet*” mens sosial *attføring* fokuserte på ”*at klienten skal klare seg selv i dagliglivet*”. (ibid.). Her er det tydelig å se at målet med tiltakene ikke lenger bare var tilbakeføring til arbeidslivet. Brukergruppene innenfor *attføringsfeltet* ble dessuten stadig mer utvidet: Etter hvert ble også eldre, barn og

3) Man anvendte både omskoling og omskolering som begrep, der omskoling var navnet på selve oppgavefeltet og dermed den overordnede benevnelsen.

husmødre inkludert. (Feiring 2004).

På slutten av 1960-tallet benyttet man for første gang *funksjonshemmet* som et samlebegrep for personer som kom inn under virksomheten. Her omfatter funksjonshemmede alle, uavhengig av alder og yrkesmessig tilknytning. (ibid.). På denne tiden var det vanlig å knytte en *medisinsk årsaksforklaring* til funksjonshemningen, som for eksempel senskade etter polio, ryggmargsskade, følger av hodeskade osv. Funksjonshemningen blir her oppfattet som en følge av *sykdom, skade* eller *lyte* (medfødt tilstand), der forhold *ved* eller *i* personen er årsaken til funksjonstapet. Dette synet omtales ofte som en medisinsk forståelsesmodell på funksjonshemming. (Conradi & Rand-Hendriksen 2004).

På 1970-tallet dukket det opp et nytt begrep på feltet i form av ordet *habilitering*. I offentlige dokumenter ble denne benevnelsen lansert i forhold til barn og utviklingshemmede. (Feiring 2004). Habilitering kan defineres som "*stimulering, opptrening og erverving av ferdigheter som ikke tidligere har vært til stede, overfor barn med medfødte og tidlig ervervede sykdommer/skader*". (Conradi & Rand-Hendriksen 2004, s. 30). 1970-årene ga også bud om en større vektlegging av fysioterapeuter og ergoterapeuter på attføringsfeltet. (Feiring 2004).

Når vi så er fremme ved slutten av 1980-tallet, kommer ønsket om å bruke begrepet *rehabilitering* på de medisinske og sosiale oppgavene. Landssvikene var nå for lengst rehabilitert, og man kunne dermed ta i bruk denne benevnelsen. I *Attføringsmeldinga* anno 1991-92 (St meld nr. 39) lanseres en begrepsendring fra medisinsk attføring til rehabilitering. Når vi kikker nærmere i meldinga, kan vi se at medisinsk rehabilitering ble forstått som "*medisinsk behandling og trening av generelle ferdigheter for å bedre individets funksjonsevne*". (s. 45). Yrkesretta attføring omfattet "*arbeidstrening, opplæring, tilrettelegging til arbeidslivet*", mens sosial rehabilitering skulle dreie seg om "*trening i mestring av dagliglivet, tilrettelegging av bolig og sosialt miljø der dette er nødvendig*". (ibid.). Helsetjenesten fikk ansvar for medisinsk og sosial rehabilitering, mens Arbeidsdirektoratet skulle ta seg av yrkesretta attføring.

I 1998-99 kom den så kalla *rehabiliteringsmeldinga* (St meld nr. 21). Her ble rehabiliteringsbegrepet formelt lansert som et overordna begrep for alle andre tidligere benevnelser innenfor feltet. Målet for denne meldinga var å fokusere mot en mer helhetlig rehabiliteringspolitikk, basert på brukers premisser. I meldinga er forståelsen av rehabilitering

flytta fra et *funksjonsperspektiv* til et *deltakerperspektiv*. Funksjonsforbedringstanken har i stor grad basert seg på en tradisjonell medisinsk sykdomsforståelse med det mål for øyet å trene opp ulike funksjoner til størst mulig grad av "normalitet". Dette har hovedsakelig vært helsevesenet sitt ansvar. I et deltakerperspektiv derimot, rettes fokus i større grad mot brukers ønsker og behov om full deltakelse på alle livsarenaer. (Normann et al 2003). I denne meldinga ble det også foreslått å etablere et Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (heretter benevnt SKUR). Senteret ble oppretta i 2000 som et femårig prosjekt, med det formål å være pådriver og koordinator i forhold til kunnskapsproduksjon, kunnskapsformidling og utdanningsspørsmål på feltet. (St meld nr. 21, 1998-99, Normann & Sandvin 2001).

I meldinga kan vi lese at Departementet definerer rehabilitering som:

"tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet".
(St meld nr. 21, 1998-99, s. 10).

Ved høytlesning kan denne definisjonen fortone seg som en god pusteøvelse, men man vil fort oppdage at forståelsen av rehabilitering har endret seg mye siden 1950-tallet. Formålet med rehabilitering er ikke lenger "å gjøre frisk", men *"å hjelpe den det gjeld til å mestre funksjonsproblema sine med tanke på aktivitet og deltaking"*. (ibid.). Det er tydelig å se at både rehabiliteringsprosessen og målene er langt mer bredere definert enn tidligere, der også *omgivelsene* spiller en avgjørende betydning. Nettopp omgivelsene er sentrale i den nye forståelsesmodellen for funksjonshemming: Årsaken til funksjonshemmingen forklares nå som *"misforholdet mellom personens nedsatte funksjonsevne og miljøets eller samfunnets krav"*. (Normann et al 2003, s. 21). Fokuset rettes både mot individet, mot samfunnet og relasjonene de to imellom – et perspektiv man kan kalle for den *bio-psyko-sosiale modell*. (Conradi & Rand-Hendriksen 2004).

Det er interessant å se at SKUR i dag definerer rehabiliteringsfeltet som et *kunnskapsområde*, der viktige erfaringer og kunnskapselementer søkes integrert på tvers av fagområder og aktører. De mener videre at rehabilitering *ikke* er et fagområde, med den begrunnelsen at ingen spesielle yrkesgrupper har monopol på kunnskap om rehabilitering. (Normann et al 2003). Man kan hevde at dette også er en ny forståelse, når vi vet at det medisinske

fagområdet med legene i spissen dominerte i starten. Enkelte påpeker dessuten at rehabiliteringsfeltet lenge var tufta på det medisinske kunnskapsregimet. (Kjeken 2003).

Min undersøkelse fokuserer som nevnt på tidsperioden fra 1986 til 1992. Her kan man legge merke til at det skjedde en begrepsendring på feltet i løpet av disse årene: Attføring var på denne tiden den gjeldende benevnelsen, men på slutten av perioden snek rehabiliteringsbegrepet seg inn da attføringsmeldinga gjorde sitt inntog. Her skal det sies at Attføringssenteret i mange år har operert med begrepene medisinsk rehabilitering og yrkesretta attføring for å beskrive sine virksomhetsområder.

Som en liten oppsummering på begrepshistorien, er det interessant å se at de ulike benevnelsene på rehabiliteringsfeltet har vært knytta til forskjellige politiske departement: Omskolning var dominert av utdanningspolitiske virkemidler og lå administrativt under Kirke- og undervisningsdepartementet. (Feiring 2004). Attføringstjenesten, som primært hadde fokus på sysselsetting, ”tilhørte” Kommunal- og arbeidsdepartementet. Dagens rehabiliteringsvirksomhet sorteres under Sosial- og helsedepartementet, da den kan sies å være dominert av helse- og sosialpolitikk. (ibid.). Rehabiliteringsfeltet har med andre ord vært preget av dem som har produsert tjenestene, dvs. aktører i det politiske landskapet. Siden man nå fokuserer på deltakerperspektivet med *brukerne* i sentrum, blir det spennende å se om de vil få større innflytelse også når det gjelder utformingen av selve virksomheten framover.

Denne mangfoldige og til tider komplekse historien fra omskoling til rehabilitering viser at kunnskap omdanner seg i årenes løp. Dette gjelder i høyeste grad også den neste historien som blir presentert: Her vil jeg ta et lite blick på praksisregimer av eldre årgang, dvs. hvordan rehabilitering faktisk foregikk før omskolingsbegrepet såg dagens lys. Her er det interessant å se *slektsskapet* til dagens moderne rehabilitering: *Metoden* er fortsatt den samme i form av ”bevegelse av legemet”. Også frisk luft, kosthold og hygiene er sentrale stikkord her. Som vi snart skal se, ble fysisk aktivitet en viktig del av regimene i så vel kurbad som i sanatorier. Men selv om disse metodene for lengst er gått ut på dato og betraktelig videreutviklet i dag, skal man ikke glemme at de utgjør utgangspunktet for nåtidas moderne rehabiliteringsopplegg.

4.4 Glimt inn i gamle praksisregimer

Omsorgen for kropp og helse er i dag vesentlig en *offentlig* oppgave. Blir du syk, kan du kontakte lege og om nødvendig legges inn på et sykehus. Slik har det imidlertid ikke alltid vært. Går vi tilbake til antikken og middelalderen, var omtanken for kroppen et *privat* anliggende. Da måtte menneskene etter beste evne klare seg selv og prøve å leve så fornuftig som mulig for å holde kroppen frisk. (Johannisson 1990). På denne tiden støttet mange seg til de såkalte *hippokratiske skriftene*, som formidlet omfattende og detaljerte helseråd. De gamle grekerne hadde nok ikke behov for et attføringscenter siden "jobben" deres bestod i å bevare kroppen gjennom passelige doser av søvn, bad, kroppsøvelser og et sunt kosthold. (ibid.). Platon (ca. 427-347 f.Kr.) hadde også stor tiltro til et rasjonelt helseprogram. I hans idealstat var det ikke behov for noen sykehus: Gjennom god livsførsel skulle de friske forbli friske, mens de uhelbredelige syke skulle overlates til seg selv og dø. (ibid.).

Som vi kan lese i rehabiliteringsmeldinga anno 1998-99, er selve utgangspunktet for rehabiliteringsarbeidet å yte *hjelp til selvhjelp*. Dette prinsippet har på ulike måter utviklet seg i helse- og sosialarbeidet her til lands: På slutten av 1800-tallet ble det oppretta spesielle hjelpetiltak for synsskadde, blinde og vanføre, med det mål for øyet å gjøre dem mest mulig selvhjulpne og uavhengige gjennom utdanning og arbeid. (Gogstad 1985). Her kan man legge til at allerede fra 1820 årene fikk døve barn tilbud om egne skoler, noe som etter hvert også ble oppretta for blinde og åndssvake. Skolene, som senere fikk betegnelsen "abnormskoler" kan sies å være forløperne til habiliteringsfeltet. (Feiring 2004). Den første skolen for vanføre, Sophies Minde, så dagens lys rundt 1890. Skolen utviklet seg raskt til en "Centralanstalt for vanføre", der tilbudene omfattet både allmennfag, yrkesfag og ortopedisk behandling. (ibid.). Ortopedi er for øvrig et viktig opphav til selve rehabiliteringsarbeidet: I England kaller man den første ortopediske kirurgen for rehabiliteringstjenestens far. I kjølevannet av de kvinnelige assistentene som bisto kirurgene i behandlingen av de krigsskadde under første verdenskrig, vokste fagfeltene fysioterapi og ergoterapi fram. (ibid.).

Ifølge Feiring (2004) kan omsorgen for de vanføre forstås å utgjøre en viktig bakgrunn for etableringen av selve virksomheten rehabilitering. Vanføreforsorgen ble tidlig definert som legens område der man fremhevet ulike medisinske forklaringer på vanførhet. Størst oppmerksomhet fikk de tuberkuløse og poliorammede. Og nettopp de første årene av 1900-tallet handlet mye om kampen mot den store folkesykdommen *tuberkulose*. Denne

infeksjonen som var forårsaket av den såkalte tuberkelbasillen, nådde et ”klimaks” i 1900 med nærmere 7000 dødsfall her i Norge. (Schiøtz 2003). Imidlertid fortsatte dødligheten å stige i mange fylker langt inn på 1900-tallet. Sykdommen rammet ofte unge mennesker, og medførte umenneskelige lidelser, store økonomiske- og helsepolitiske konsekvenser. Behovet for hjelpetiltak var stort, og man kan sågar hevde at tuberkulosen ble den fremste institusjonsbygger. (ibid.). De såkalte *sanatoriene* vokste frem, og hit kom pasientene for å bli styrket eller i beste fall kurert. *Tuberkulosehjemmene* ble nærmest sett på som ”dødens venteværelser” der alt håp var ute. Det er verdt å merke seg at forfatteren Dag Skogheim karakteriserer sanatoriebevegelsen som det største sosiale og medisinske eksperiment noen sinne. Han hevder at tuberkulosen snarere ble en kropps- og sjelstilstand enn en sykdom som følge av et strengt regime i disse institusjonene. Hverdagen var preget av kontroll, disiplin, overvåking og mangel på privatliv. (ibid.).

Det første sanatoriet i Norge kom allerede i 1873, nærmere bestemt i Oppdal. Distriktslegen Hans Michael Arentz var initiativtakeren som åpnet en kuranstalt ”...*paa sin eiendom Stene beliggende 2200 m.o.h. ... Sanatoriet var i beskeden stil. Behandlingen (medicinsk-klimatologisk ”fjeldluftkur”) besto i varme og kolde bad, furunaalsbad og elektrisk behandling i forbindelse med diæt, afpasset motion og friluftsliv*”. (ibid., s. 216). Sanatoriet ble for øvrig nedlagt i 1878 da Arentz flyttet fra bygda.

Her i landet ble det bygget sanatorier både for ”alminnelige” folk og for de mer velstående. Selve *behandlingsregimene* i tuberkulosearbeidet ved disse sanatoriene blir gjerne delt inn i tre ulike epoker, som til en viss grad glir over i hverandre. (ibid.). Den såkalte *kurmessig-dietetiske behandlingsmetode* utgjør det første regimet og ble innført i annen halvdel av 1800-tallet. Sentrale stikkord i behandlingen var hvile, bevegelse, frisk luft, ernæring, herding og hygiene. Her startet man med en streng hvilekur, først innendørs og deretter i kurhaller. (ibid.). Pasientene gjennomførte også liggekurer i friskluft, der vinterhalvåret med snø og kulde ikke var noen hindring. For å holde varmen benyttet de kurposer av saueskinn. Som et alternativ til utendørskurene kunne man åpne opp alle vinduene på soverommet. (Augestad 2003). Hvilekuren ble gradvis avløst av nøye doserte mengder med mosjon som omfattet spaserturer og ”arbeidskurer”. Et viktig moment her var at pasientene skulle stoppe opp hvert 15. min. og ta noen dype åndedrag. Fet og næringsrik kost hørte også med, siden det var viktig at pasientene skulle legge på seg. Beretninger fra Reknes sanatorium (etablert i 1897) forteller at det ikke var uvanlig å legge på seg opptil 15-16 kilo i løpet av behandlingskuren,

som gjennomsnittelig varte i tre måneder. (Schiøtz 2003). Herding av kroppen var et annet viktig behandlingstiltak: *"Dette skjer best ved kalde avrivninger av bryst og rygg eller kald dusj for å styrke huden og venne blodkarene til å reagere hurtig like overfor temperaturforandringer. Man kan på denne måten beskytte sig mot forkjølelser, som ellers vil kunne sette en tilbake"*. (Augestad 2003, s. 226-227). Bruk av direkte sollys var også en del av kuren, da det viste seg at dette kunne bidra til å drepe tuberkelbasillen. (ibid.).

Dette første behandlingsregimet hadde sin glanstid frem til ca. 1910, da *kollapsterapiens æra* gradvis tok over. Kirurgisk behandling (som omfattet blant annet *blåsebehandling* og *storoperasjon*) ble den vanligste behandlingsformen helt frem til etterkrigstiden. På 1950-tallet gjorde et tredje regime sitt inntog i form av den *medikamentelle fasen*. Antibiotika og kjemoterapi ble etter hvert den enerådende terapiformen. (Schiøtz 2003).

Den såkalte *Brehmer-Dettweilske kur* var bakgrunnen for det første behandlingsregimet i norske sanatorier. Kuren stammer fra Tyskland, der selve sanatoriebevegelsen ble "født" på midten av 1800-tallet. Legen Hermann Brehmer var overbevist om at tuberkulosen lot seg helbrede: Han hadde observert at jo lengre opp i høyden man kom, jo sjeldnere ble sykdommen. Brehmer var av den oppfatning at fjellets lys og luft ikke bare hindret tuberkulosen i å spre seg, men kunne også bidra til å helbrede mennesker som allerede hadde fått sykdommen. (ibid.). Derfor bygget han sin første lukkede kuranstalt *Göbersdorf* høyt oppe i naturskjønne omgivelser, som for øvrig lignet på et slott. Brehmer kunne berette at kuranstalter for "tæringssyke" *"bør ligge i høyden, for bare et forminsknet lufttrykk får virkning for hjerte og lunger idet det øker frekvensen av hjertekontraksjoner, øker pulsfrekvens og blodtrykk og dermed næringsopptaket som vi kan nytte under behandling hos tæringssyke"*. (ibid., s. 213-214). Etter hvert utviklet Brehmer den *dietetisk-hygieniske behandlingsmetode* som ble modell for senere sanatorier i mange land, deriblant Tyskland og Norge. Mannen bak hvilekuren var for øvrig en av Brehmer's tidligere pasienter, legen Peter Dettweiler. (ibid.).

Imidlertid var det ikke bare tuberkulose som fikk et behandlingstilbud her i landet. Man fokuserte også på revmatikere og andre med kroniske sykdommer og funksjonshemninger. For disse var *kurbadene* sentrale. Selve opprinnelsen til kurbadenes behandlingstradisjon fant sted tidligere enn 2000 år f.Kr. i de østlige middelhavsland. Først på 1600- og 1700 tallet kom disse metodene til Nord-Europa, og nådde Norge i 1837 med vårt første kurbad, Sandefjord

bad. (Wigers og Sigurdson 2004). Metodene bestod blant annet av ulike former for karbad, dusj, gytjebad og pakninger – som for øvrig også kunne innbefatte gruing med brennmaneter! Ved flere kursteder skulle man i tillegg drikke mineralholdig kildevann etter individuell dosering. Spesielle dietter som for eksempel vegetarisk kost hørte også med. I institusjonens parkanlegg skulle man dessuten promenere i frisk luft. (ibid.). *Rekreasjon* ble med andre ord ansett for å være en viktig faktor. Etter hvert kunne kurbadene også tilby massasje, linjegymnastikk og systematisk trening. Disse praksisene ble gradvis videreutviklet, og er selve opprinnelsen til nåtidens fysikalske behandlingsmetoder. (ibid.).

Fra overgangen til det 19. århundre ble *rekonvalesenthjem* etablert i Norge. Her hadde de ingen tilbud om aktiv behandling da man vektla den rekreasjonsmessige siden av et opphold. Verdien av trening og aktiv behandling ble imidlertid stadig bedre dokumentert, og man begynte å tvile på rekreasjon alene. Gradvis fokuserte også disse hjemmene på en viss faglig bemanning av for eksempel fysioterapeuter. (ibid.).

Vi har sett at fysisk aktivitet var en viktig praksis i de ulike regimene i både sanatorier og kurbad. Men også ernæring og diettkontroll kan sies å ha vært en dominerende komponent. Her er det interessant å se at selve *dietten* har sin egen historie – en historie som er et godt eksempel på hvordan et regime kan dannes og forvandles til et annet. Dette temaet er også et aspekt i min undersøkelse av treningsregimet ved Attføringscenteret. Samtidig berører denne tematikken hvordan kunnskap egentlig skapes og på hvilken måte den kan endres til en annen form:

Ikke uventet må vi gå tilbake til det gamle Hellas for å finne selve opphavet til dietter, noe som var en viktig del av de greske legekurene. Den medisinske behandlingen på denne tida bestod stort sett av dietter som skulle regulere livet. Men dietter var også et fast element i ethvert religiøst liv innenfor kristendommen: Religiøse fellesskap som for eksempel kloster krevde asketiske rutiner med vekt på mosjon og kontroll av matinntak. (Featherstone 1994). Det er interessant å se at tidlige diettforeskrifter hovedsakelig rettet seg mot overklassen, dvs. godseiere, kjøpmenn og konger. For dem var trusselfaktorene mange, blant annet forspising, sterk fedme og alkoholforgiftning. På 1700-tallet var engelskmannen George Cheyne en ivrig diettforkjemper, der målgruppene omfattet uvirksomme rike i byene preget av et stillesittende liv, sterk drikke og eksotisk mat...: "*Da menneskeheden var simpel, jevn, ærlig og beskeden, var der få eller ingen sykdomme. Måtehold, motion, jagt, arbejde og flid holdt Væskerne*

enkelpersoner (og da spesielt leger) var medvirkende til opprettelsen av flere sanatorier. Vi kan også slå fast at man i stor grad fokuserte på den medisinske kunnskapen som en følge av legenes sentrale posisjon. Innenfor dørene til institusjonene kunne det dessuten herske ulike oppfatninger: Sanatoriene la fokus på behandlingsaspektet og et strengt regime, mens kurbadene på sin side konsentrerte seg mye om rekreasjon i starten.

I vår historiske reise gjennom rehabiliteringsfeltet oppdager vi også at kunnskap kan flytte på seg: Kunnskapen som tilhørte den medisinske institusjonen vandret over til sanatoriene. Samtidig så vi at forståelser og tenkemåter som de første sanatoriene i Tyskland hadde ervervet seg, ble overført til institusjoner her i Norge. Kunnskap er med andre ord bevegelig og forblir dermed ikke i en enkelt institusjon.

5 Fysisk funksjonsforbedring AiR 1986-1992

5.1 Innledning

Vi skal i dette kapitlet konsentrere oss om hvordan treningsregimet ved AiR artet seg i årene 1986-1992. Fokus er utseendet til selve treningsopplegget og dets bakenforliggende forståelser. Samtidig vil jeg ta for meg hvilken kropp som kommer til syne i dette regimet. Også senterets oppfatninger av menneske, helse og sykdom vil poengteres. Empirien presenteres del for del med påfølgende analyser, der man også vil få innblikk i dagens opplegg. Takket være "bilder av" det nye regimet vil man lettere kunne identifisere det spesielle ved senterets første år, og her vil jeg dessuten synliggjøre sentrale elementer som forvandlet det gamle regimet.

Men før vi tar fatt på treningsopplegget, skal det sies at menneskene som kom til senteret i de første årene fikk benevnelsen *klienter*. For å unngå sykehuspreg ble betegnelsen *pasienter* ikke brukt, og personalet hadde for øvrig heller ikke hvite frakker. Det har de fremdeles ikke, men nå er imidlertid klientene blitt til *brukere* – en beskrivelse som "trådte i kraft" da regjeringen la frem rehabiliteringsmeldinga i 1998-99 (St meld nr. 21). Staten hadde bestemt at betegnelsen *bruker* skulle benyttes om personer i en rehabiliteringsprosess.

5.2 Treningsopplegget

Intervjukandidat nr. 1 kan fortelle at en vanlig dag på senteret besto av fem økter med trening, der hver økt hadde en varighet på ca. 45-60 min. En treningsuke omfattet mange varierte aktiviteter:

- *Gymnastikk* hver dag som var ledet av idrettsinstruktør. Timene fokuserte på mye bruk av apparater, som for eksempel rokkeringer, gummiringer, erteposer og flere ulike balltyper. Det var viktig å få fram variasjon ved hjelp av "små-apparater". Styrke- og koordinasjonssirkel hørte også med. Noen timer ble dessuten avsluttet med

avspenning. Her kan intervjukandidat nr.3 berette at fysioterapeutene hadde ansvaret for denne sekvensen, der de benyttet seg av ferdig innspilte avspenningskassetter.

- *Ballspilltimer* 2-3 ganger i uka, der idrettsinstruktøren nok engang var ansvarlig sjef. Dette var timer der ballen var i fokus, og her spilte de blant annet volleyball og organiserte bordtennisturneringer. Intervjukandidat nr.1 forteller at bordtennis var en spesielt populær aktivitet blant klientene.
- *Bassengtimer* 3-4 ganger i uka. På timeplanen kalte man disse øktene for svømming, noe som også gjenspeilte selve innholdet i timene: Intervjukandidat nr.1 kan fortelle at svømming og svømmeinstruksjon var i høysetet – under ledelse av idrettsinstruktør. De var opptatt av at klientene skulle svømme med riktig teknikk og svømme langt nok med henblikk på å få ”uttelling” rent utholdenhetsmessig. Imidlertid legger kandidaten til at de også tilrettela individuelle øvelser for klienter som var ekstra nedsatt i funksjonen.
- *Turtimer* hver dag. Ski ble flittig brukt om vinteren (Rauland har et stort og variert løypenett!). For øvrig skulle man ikke gå i rusle tempo, men heller i et tempo som kunne løse svetten. Intervjukandidat nr.1 forteller at det fysiske utbytte av turene var sentralt. Både idrettsinstruktører, leger, sykepleiere og andre faggrupper var ofte med på turene. Hjerteklienter fikk dessuten fast følge på sine ”hjerterurer”.
- *Ergometersykling* 2-3 ganger i uka. Fortsatt har intervjukandidat nr.1 ordet, og beretter at hjerteklientene hadde en økt daglig på sykkelen. Her benyttet de også pulsklokker for å kontrollere at hjerterefrekvensen ikke lå for høyt. Syklingen foregikk som en aktivitet både i gruppe og individuelt der idrettsinstruktørene satte klientene ”i gang”. Selve målet med aktiviteten var å få bedre utholdenhet.
- *Treningsrom* hver dag med fysioterapeut. Her kan intervjukandidat nr.3 fortelle at ”verktøyene” til fysioterapeutene var øvelser som de skrev ned på treningskort til klientene. Øvelsene var spesifikke og konsentrert rundt styrke, bevegelighet og medisinsk treningsterapi (trening i bevegelseskontrollerte styrketreningsapparater). Det sentrale var å finne den rette øvelsen og det å trene riktig.

- *Padling* i kano 2 ganger i løpet av oppholdet i sommerhalvåret. De padlet ca. 1 time hver gang. Her fikk klientene også instruksjon i riktig padleteknikk av idrettsinstruktøren.
- *Riding* ca. 2 ganger i uka. Omtrent halvparten av klientene fikk tilbud om å ri. Ridetimen tok en rideinstruktør seg av.
- *Arbeidsteknikk* 3 ganger i uka ledet av fysioterapeut ble etter hvert obligatorisk for alle klientene. Intervjukandidat nr. 1 og 3 forteller at de utviklet mange modeller på arbeidsteknikk. En periode utarbeidet de sin egen ryggløype eller arbeidsteknikkløype. Tanken bak denne løypa var å trene på arbeidslignende situasjoner. Klientene ble fordelt i grupper og vandret fra stasjon til stasjon i ulike lokaler på senteret. Stasjonene inneholdt blant annet montering av dekk på "tenkte" biler, flytting av sand med spade, trillebår på rampe, løfting av kasser og bæring av koffert. Fokus var å lære klientene riktig bruk av kroppen og å avlære uvaner.
- I tillegg til disse aktivitetene var også *fysiologiske tester* en viktig del av treningsopplegget. Testene blir omtalt senere i kapittelet.

Det er tydelig å se at det *fysiske* utbytte av treningen var i høysetet, noe som intervjukandidat nr. 1 også understreker: " *Vi var opptatt av at klientene skulle ha fysisk framgang. Det handlet om kondisjonstrening, styrketrening og bevegelsestrening*". Kandidaten kan fortelle at de opplevelsesmessige, psykiske og sosiale aspektene ved treningen i mindre grad ble vektlagt: " *Det var ikke det vi var ute etter – vi var ikke så tydelige og klare på dette før*". Nå var imidlertid disse faktorene ikke helt fraværende i *målsettingen* for selve rehabiliteringsarbeidet: Intervjukandidat nr. 4 understreker at i dette arbeidet prøvde man å øke både den fysiske, psykiske og sosiale kapasiteten hos den enkelte. Det ønskelige "sluttproduktet" var å gi klientene et overskudd i forhold til krav som de møtte både i arbeidslivet og miljøet generelt. Nettopp tilbakeføring til arbeidslivet var det sentrale for senteret: Alle intervjukandidatene kunne meddele at treningen skulle bidra til å bedre klientenes funksjon slik at de etter endt opphold kunne klare å komme tilbake til jobb. Dette var i tråd med selve hovedmålsettingen til senteret:

"AIR skal ha til hovedoppgave å trene funksjonsevna til yrkesaktive personer med ulike typer og grader av yrkes- og funksjonshemninger, for å redusere sykefravær og uførepensjonering". (Vaa 1997, s. 1-2).

At man la vekt på det fysiske aspektet ble også slått fast i de tidlige planene for senteret: *"Det skal primært motta 'halvfriske' yrkesaktive for fysisk opptrening og motivering for å øke deres funksjonsdyktighet". (Arbeidsgruppe 1980, s. 9).* Her ble det dessuten poengtert at *"en positiv miljøpåvirkning, sammen med det å føle fremgang ved den fysiske treningen, vil for den enkelte klient ofte føre til økt arbeidsmotivasjon". (ibid., s. 5).* For øvrig henspiller dette mot det tradisjonelle synet på arbeidsevne som var gjeldende på denne tida – en forståelse vi snart kommer tilbake til. Som en forlengelse av den "offisielle" målsettingen, forteller intervjukandidat nr.4 at *"vi hadde et mål om å gjøre folk i stand til å mestre livet sitt bedre, dvs. å bli kjent med egne ressurser og utvikle de videre både i yrkesretta sammenheng og i livssituasjonen totalt".* Intervjukandidat nr. 2 understreker også et annet mål, dvs. ønsket om at klientene opprettholdt treningen når de kom hjem.

Intervjukandidat nr.1 kan berette at idrettsavdelingen ikke hadde noen tydelig eller avklart målsetting som var nedskrevet. Imidlertid forteller kandidaten at målene både på idretts- og fysioterapiavdelingen i stor grad ble "styrt" av forventningene på legeavdelingen: *"Det å kunne skrive i en rapport at folk hadde gjort framgang, dvs. blitt sterkere, fått mer utholdenhet og bedre funksjon i forhold til en skade – det skulle vi beskrive. Det var det legene som skrev epikrisene var ute etter".* Her er det tydelig å se at legene la mye av premissene for hvordan treningsopplegget skulle være, dvs. fokus på det fysiske aspektet. Kandidaten forteller videre: *"Vi var opptatt av å hjelpe til å bedre folks funksjon og var glad for all framgang vi kunne finne på det fysiske. Alt vi kunne påvise med tall var kjempebra, og ellers påvise gjennom observasjoner at vi syntes å se framgang eller eventuelt det som klientene ga oss tilbakemelding på. Det gikk på styrke, utholdenhet, bevegelighet osv." .* Vi kan med andre ord konstatere at de var ivrige etter å jakte på fysiske forbedringer hos klientene.

Fokuseringen på det fysiske kommer også klart frem i selve kommunikasjonen i treningen, som intervjukandidat nr.1 beskriver på følgende måte: *" Det skulle være et skikkelig innhold i treningen. Klientene skulle få opp pulsen og ha høy nok puls lenge nok. Og styrkeøvelsene skulle være harde nok. Vi formidlet at de måtte opp i et minimum for å få utbytte av treningen,*

både i forhold til lengde og innsats". I denne forbindelse forteller intervjukandidaten at de hadde en undervisningspakke bestående av obligatoriske og valgfrie emner, der blant annet treningslære 1 og 2 var obligatorisk for alle klientene. Som et supplement til disse undervisningstimene, hendte det ofte at idrettsinstruktørene kom med "drypp" i selve aktivitetene om sentrale treningsprinsipp. Her legger intervjukandidaten til at "i forhold til trening så følte vi at vi hadde et budskap som vi misjonerte. Vi var opptatt av å formidle kunnskap – vår kunnskap. Vi skulle rettlede og gi råd og fortelle hva de skulle gjøre". Denne "misjoneringen" omfattet også mye instruksjon av riktig teknikk i ulike aktiviteter for å få utbytte av treningen, der kandidaten påpeker at "vi var i det hele tatt mye mer resultatorienterte enn nå, helt klart".

Også intervjukandidat nr.5 understreker at de konsentrerte seg mye om å gi klientene mest mulig viten: Kandidaten forteller at de hadde mange undervisningstimer disse årene, der *helseopplysning* var i høysetet. Klientene kunne få velge imellom temaer som blant annet omhandlet bekkenbunnstrening, søvn, depresjon, muskelsmerter og stress. Emner av mer treningsrelatert art hadde de også, som for eksempel skismøring, føtter og skotøy, kart og kompass. I en kortere periode fikk dessuten klienter som ønsket å stumpe røyken tilbud om røykeavvenningskurs. Selve undervisningsformen var også preget av å skulle formidle mest mulig kunnskap: Intervjukandidat nr.1 beskriver denne som typisk "kateterundervisning".

Midt opp i all treningen var det ikke sjelden at det såkalte overtreningssyndromet kunne gjøre seg gjeldende hos noen av klientene, noe intervjukandidat nr.3 kan fortelle: *"Det var vanligere at klientene ble overtrente, møtte veggen da – spesielt etter to uker. De fikk i mindre grad beskjed om å kjenne etter på egen kropp. Det var mer snakk om å møte på timene. Det ble nærmest sett på som skulk hvis de ikke møtte opp".* Her aner vi en noe seriøs og moraliserende tone, som også intervjukandidat nr.1 kan bekrefte: *"Vi var tydeligere på at 'med det ryggproblemet, med det hjerteproblemet osv. var det viktig at de tok ting alvorlig' "*. Kandidaten påpeker dessuten at sammenliknet med i dag, ble klientene den gang mye raskere "plassert" på om de var i dårlig form eller i god form. Overfor klienter der formen var noe svak, understrekte man i større grad viktigheten av å forbedre denne.

Intervjukandidat nr.2 påpeker at treningsopplegget i de første årene også i stor grad var avdelt: ” *Fysioterapeutene drev med sitt og idrettsinstruktørene med sitt. Det var ingen spesiell dialog om en helhetlig tenkning omkring trening. Man tenkte innenfor hver yrkesgruppe at man skulle gjøre et bra faglig opplegg*”. Kandidaten legger til at dette også var gjeldende for de andre yrkesgruppene ved senteret: ”*vi drev litt på hver vår planet i starten føler jeg*”.

Intervjukandidat nr.1 kan fortelle at treningen ellers bar preg av å være mye styrt (instruktørledet). Klientene hadde lite egentrening og var stort sett omgitt av ivrige idrettsinstruktører og fysioterapeuter i alle aktivitetene. Ifølge kandidaten hadde de på denne tiden færre (og kortere) møter og mindre kontortid sammenliknet med i dag. Av den grunn fikk de i større grad anledning til å være med klientene på tur og andre aktiviteter. Dette poengterer også intervjukandidat nr. 4, som selv deltok på mange ski- og padleturer. Kandidaten beretter at de allerede den gang syntes det var for mange møter, og de stilte etter hvert krav om at møtene måtte ha en hensikt. Praktisk retta arbeid var det viktigste.

5.2.1 Fokus på fysisk funksjonsforbedring

Vi har nettopp sett at man konsentrerte seg mye om *fysisk* utbytte av treningen. Hva var så årsakene til dette fokuset omkring fysisk funksjonsforbedring? For det første må vi se på selve *målsettingen* for treningen: Som vi husker skulle den bidra til å få klientene ut i arbeidslivet igjen. Intervjukandidat nr. 4 kan fortelle at mange av klientene som kom til senteret jobbet i industribedrifter der arbeidet var fysisk krevende. Ifølge intervjukandidaten hadde derfor et stort flertall av dem behov for å bedre både muskelstyrke og utholdenhet. I den forbindelse dukker det opp en annen mulig årsak til fokuseringen på det fysiske: Det rådende synet på *arbeidsevne* var på denne tiden preget av en forståelse der hvert individs funksjonelle kapasitet var grunnlaget for selve arbeidsevnen, sett opp mot arbeidets krav. Man baserte seg her på ekspertvurderinger av et helsefagmiljø, der *objektive målinger* av for eksempel utholdenhet og muskelstyrke, ble benyttet som bakgrunn. (Nygård et al 1991). Som vi skal se senere, anvendte AiR også slike objektive målinger.

Det at senteret vektla fysisk funksjonsforbedring var også i tråd med det rådende perspektivet innenfor rehabilitering på denne tiden, dvs. i form av det såkalte *funksjonsforbedringsperspektivet*. Som vi husker fra kapittel 4, dreier denne

funksjonsforbedringstanken seg mye om å trene opp ulike funksjoner til størst mulig grad av "normalitet". Ikke alle har vært like begeistret for dette perspektivet, deriblant Michael Oliver, som er professor i Disability Studies ved universitetet i Greenwich. Han hevder at fokusering på opptrening av funksjoner baserer seg på en *normalitetsideologi*. Denne ideologien innebærer at alle som ikke tilfredstiller et funksjonelt og kroppslig ideal, blir definert som unormale og som objekter for endring. (Normann & Sandvin 2001).

Hvis vi "forfølger" denne normalitetsdebatten litt, vil vi fort oppdage at den omfatter mange ulike meninger. Hellesnes (2003) påpeker at distinksjonen mellom det normale og det unormale er et av nøkkelelementene i samtidens sykdoms- og helseideologi. Han hevder at den (eller de) som sier noe om hvor grensene for det normale skal gå, virker inn på forståelsen av hvilke avvik vi ikke kan tolerere – det være seg biologiske, kulturelle eller andre avvik. I denne forbindelse er det interessant å se at den amerikanske filosofen Christoffer Boorse definerer helse som en normal funksjon, dvs. "*når kroppens biologiske funksjoner er statistisk normale*". (Hoffmann 1999, s. 75). Det er imidlertid flere som har fattet interesse for selve normalitetsbegrepet, deriblant sosiologen Emile Durkheim og genetikeren og statistikeren Francis Galton. Førstnevnte definerer normalitet som en motsetning til det sykelige. Alt som avviker fra det normale blir av Durkheim med andre ord forstått som noe negativt det gjelder å finne råd mot. Galton derimot, setter likhetstegn mellom det abnorme og det eksepsjonelle, dvs. det som avviker fra det gjennomsnittelige. (Hellesnes 2003).

Men avvik kan som vi vet både være svakere og sterkere enn det normale. Enkelte avvik er slett ikke sykelige, men tvert imot eksepsjonelt gode! I denne sammenheng er det fristende å nevne Bjørn Dæhlie's maksimale oksygenopptak fra hans storhetstid i langrennssporet: Dette målte hele 96 ml/kg x min. Det normale oksygenopptaket for norske menn i hans aldersgruppe er ca. 40-45 ml/kg x min. De fleste objektive målingene om menneskekroppen tar nettopp utgangspunkt i såkalte normalverdier, enten det nå dreier seg om blodprosent, muskelstyrke, oksygenopptak, lungekapasitet eller kroppsvekt for å nevne noen. I slike målinger blir gjennomsnittsverdien definert som det normale. Ulike betegnelser for å benevne den som har en funksjonshemning – som for eksempel invalid, vanfør, ufør og blind – beskriver derimot et *avvik fra en norm* uti fra hvilke funksjoner og aktiviteter det er normalt å mestre. Men avviket er avhengig av tidsepoke og samfunn, og til dels også kjønn og alder. Her er det interessant å se at normene for funksjoner og aktiviteter i et fiske/kystmiljø ikke

nødvendigvis er de samme som i et jordbruks- eller i et storbymiljø. (Conradi & Rand-Hendriksen 2004).

5.2.1.1. Kroppen som objekt

Treningen ved AiR skulle som nevnt bidra til å føre klientene tilbake til en yrkesaktiv tilværelse. Hvis vi kikker nærmere på denne målsettingen, vil man oppdage at det gjemmer seg et *instrumentelt* forhold til kroppen: Kroppen betraktes som et instrument for å oppnå noe utenom selve kroppen, dvs. tilbakeføring til arbeidslivet. Denne forståelsen tillegger kroppen en *objektstatus*, noe som har vært en dominerende kroppssoppfatning i vår kultur: Kroppen er noe jeg har – et redskap som alltid står til min disposisjon, og som jeg enten kan mishandle eller ha omsorg for. Den kan trenes, pleies og vedlikeholdes til å mestre både idrett, arbeid, fritid osv. I denne forbindelse er det naturlig å trekke frem skillet mellom det å *ha* en kropp og det å *være* en kropp. [4] Disse to sidene av vår kroppslighet kan ifølge Nielsen (1997) betegnes som *kroppskonstruksjon* og *kroppserfaring*. [5] I det første tilfellet, *kroppskonstruksjon*, er oppmerksomheten rettet mot kroppens objektstatus, formbarhet og beherskelighet. *Kroppserfaring* derimot, henspiller mot den subjektive fornemmelsen av å være i en kropp og å være utlevert til den.

Den amerikanske fenomenologen Alphonso Lingis definerer disse to dimensjonene som kroppen i henholdsvis 3.person og 1.person. (ibid.). Disse personene henger normalt godt sammen. Men her kan det ifølge Nielsen (1997) oppstå en risiko: Hvis kroppen i 3.person tar overhånd, kan dette resultere i at kroppen formes til et objekt og blir en "kontrollinstans" uten å være relatert til kroppen i 1.person. Som et eksempel på dette, viser han til alvorlige spiseforstyrrelser: Her er ikke matinntaket bestemt av kroppslige fysiologiske behov, dvs.

4) Innenfor kroppssosiologien er det også vanlig å bruke betegnelsen å *skape* en kropp: Gjennom sosialiseringen i barndommen tillegger vi oss visse grunnleggende *kroppsteknikker* (som for eksempel å gå, å løpe, å grave, å sitte osv.) til å fremstille, vedlikeholde og reproducere kroppen i tid og rom. Kroppen anses her for å være et resultat av praksiser. Se Turner (1992).

5) Kroppssosiologien opererer ofte med ulike *kroppsbegrepspar*. Nielsen (1997) skiller blant annet også mellom *arbeidskroppen* (dvs. kroppen i arbeidssammenheng) og *fritidskroppen* (dvs. kroppen når den dyrker idrett, mosjon osv.). Her gjør han et nytt skille, nemlig mellom en kropp som er indirekte i fokus (arbeidskroppen) og en kropp som er direkte i fokus (fritidskroppen). Siden kroppen også må sove i fritiden, deler Nielsen fritidskroppen inn i *bevegelseskropp* og *ikke-bevegelseskropp*. Dette skillet er nært beslektet med det å ha en kropp og det å være en kropp.

erfaringskroppen, men heller av et objektivt forhold til mat og kropp, dvs. konstruksjonskroppen. Hvis vi overfører dette eksempelet til AiR, kan treningen her forstås som å ikke være bestemt av subjekt-kroppen (erfaringskroppen), men heller av objekt-kroppen (konstruksjonskroppen). Man tar med andre ord utgangspunkt i kroppen som objekt fordi denne har litt dårlig utholdenhet og muskulær styrke til å mestre arbeidet sitt. Synet på arbeidsevne er altså med på å legge et grunnlag for at objekt-kroppen kommer i forgrunnen. Men det kan jo tenkes at erfaringskroppen ønsker å få et ord med i laget! Denne trenger kanskje et annet fokus enn det å bli sterkere og mer utholdende for å komme tilbake til arbeidet igjen.

Nå er det ikke bare treningsregimet ved AiR som kan vise til en instrumentell kroppsforståelse. Også innenfor konkurranseidretten kan man spore opp dette perspektivet: Hvis man beskriver dagens idrett i lys av utviklingen av det moderne samfunn, kommer det til syne karakteristika som byråkratisering, spesialisering og rasjonalisering. På individplan henspiller dette mot et instrumentelt forhold til kroppen, der kroppen manipuleres av individet for å oppnå prestasjoner. (Steen-Johnsen & Engelsrud 2002). Kroppen blir følgelig et middel til eksterne mål som prestasjon. I mosjonssammenheng kan man også tolke kroppen som et redskap, da målet for mange er god helse. Samtidig kan fornemmelsen av å ha en kropp dukke opp når vi er syke og når vi skal tilegne oss kompliserte bevegelsesmønstre i ulike idrettsaktiviteter. I slike tilfeller kan man oppleve at kroppen ikke alltid lystrer våre befalinger, men derimot følger sine egne lover og regjerer slik den selv vil.

Man kan jo begynne å lure på i hvilke sammenhenger kroppen *ikke* oppleves eller anses for å være et objekt. Her kan *lek* være et godt eksempel: I lekens verden er aktiviteten et mål i seg selv der ingen av deltakerne har utenforliggende hensikter. Hovedfokuset består derimot av ingredienser som spenning, utfordringer, moro og samspill. I boka "*Homo ludens*" definerer Huizinga nettopp lek som ren egenverdi – uten noen form for skille mellom kroppen og jeget. Vi "er" med andre ord helhetlige opplevelser i leken. (Loland 2000 og 2002). Men vi kan også være "lekende subjekt" i aktiviteter forbundet med risiko og opplevelser, som for eksempel å forsere en bratt fjellside i elegante telemarkssvinger på puddersnø. Risikosport der følelsene involveres omtales gjerne i terminologier som "deep flow" og "dyp flyt". (Breivik 2002).

Det er interessant å se at kroppens todimensjonalitet fortsatt gjelder på en rekke språk, deriblant på tysk. Her skiller man mellom *körper* og *leib*: *Körper* viser til kroppen som en objektiv og instrumentell størrelse, mens *leib* retter seg mot den levende og erfarende kroppen. På dansk betegner *legeme* paradoksalt nok den objektive kroppen, og *kropp* viser til de mer subjektive dimensjonene. (Nielsen 1997, Turner 1992). Men når disse to motpolene stilles opp mot hverandre, gir det oss samtidig et inntrykk av at kroppen er vesensforskjellig fra bevisstheten ("meg"). Premissene for objektperspektivet og skillet mellom kroppen og jeget, stammer fra dualismen som ble utarbeidet av filosofen Descartes (1596-1650). Denne vil bli nærmere omtalt senere i kapittelet. Imidlertid opererer man ikke bare med kroppens tosidighet. Anthony Synnott er en av dem som hevder at det har gått inflasjon i antall kroppsligheter, vel og merke med en viss ironi: Han påpeker at først hadde vi en kropp, deretter fikk vi to, og da John O'Neil ga ut boka "The five bodies" kom vi plutselig opp i fem dimensjoner. (Nielsen 1997).

5.2.2 Rollesettet

Et annet sentralt kjennetegn ved de første årene ved senteret, er fokuset på formidling av mye kunnskap og en riktig/feil holdning i treningen. En årsak til dette kan formuleres slik som intervjukandidat nr.3 gjør det: "*Vi trodde at bare man brukte kroppen riktig, så skulle man slippe å ha plager, slippe å være sykmeldt*". Vektlegging av mye "belæring" gjenspeiler også selve rollesettet som var gjeldende ved senteret denne perioden: Intervjukandidatene karakteriserer personalet som *behandlere* og klientene som *mottakere*. For å starte med intervjukandidat nr. 1, så beskriver han disse rollene på følgende måte:

"Vi var en forlengelse av helsevesenet, vi var på en måte behandlere. Det var vi som fortalte klientene til enhver tid hva som var riktig og galt, hva de burde gjøre og ikke gjøre. Klientene var i sentrum, men i feil forstand; de stod på en måte litt ensomme i sentrum. Vi andre som skulle hjelpe de, var rundt de og fyrte løs med våre meninger der ikke alltid klientene fikk lov å komme med sine behov og innspill i så stor grad som nå".

Ut ifra denne beskrivelsen er det tydelig å se at intervjukandidaten oppfattet klientene i stor grad som mottakere av personalets kunnskap og meninger. Kandidaten beskriver dessuten legerollen som tradisjonell: "*Det var legen som hadde greie på alt, klientene var pasienter som i helsevesenet. De skulle ta imot, bli tilrådd og bli styrt*".

"Jeg tror vi var såkalte bedre vitere – vi var behandlere". Dette forteller intervjukandidat nr.2, som legger til at "tanken var at klienten skulle være en aktiv deltaker da også, men kanskje ikke så bevisst". Intervjukandidat nr.3 hadde også en forståelse av at personalet var behandlere på denne tiden: "Vi som behandlingspersonale visste hva som var best for klientene, hele greia var sånn". Kandidaten legger til at sammenliknet med i dag var det mindre dialog og mindre "rom" for å høre på hva klienten selv opplevde og selv ønsket.

Intervjukandidat nr.5 beskriver rolla til personalet som en *ekspertrolle*, mens klientene var mottakere: "Vi var ekspertene som skulle gi svar, enten klientene ville det eller ikke".

Kandidaten forteller at dette var i tråd med tida, der helseopplysning var i fokus. Ifølge kandidaten vart ekspertrollemodellen dyrket på denne tiden, spesielt blant legene og i særlig grad blant attføringskonsulentene.

Intervjukandidat nr. 4 påpeker at selv om personalet nok var mer behandlere de første årene, må man ikke glemme at mange av klientene faktisk hadde et *behov* for behandling.

Kandidaten understreker dessuten at det var en god tone mellom personalet og klientene, og at kommunikasjonen i sin helhet var lite autoritær.

Selv om ikke alle kandidatene oppfattet rollesettet på samme måte, kan man likevel konstantere at beskrivelsene samsvarer med det tidligere nevnte *funksjonsforbedringsperspektivet* som var gjeldende innenfor rehabilitering på denne tiden. Kunnskapen og kompetansen lå her hos helsepersonalet, mens klienten i mange tilfeller bar preg av å være en passiv mottaker. (Kjeken 2003).

*

Det er interessant å se at rollemønsteret er endret i dag: Nå definerer personalet ved senteret seg som *veiledere*. De anser seg ikke som spesialister på andres liv og sitter av den grunn ikke inne med ferdige løsninger. (Årsmelding 2003). Intervjukandidat nr.1 kan bekrefte dette, og beskriver personalet som *hjelpere* og *veiledere*. Klientene, som nå er blitt til *brukere*, har også fått en ny "rolle" i form av *deltakere*. Deltakerrollen henspiller mot senterets *aktørmodell*, dvs. ønsket om at brukeren skal sitte i "førersetet" i sin egen rehabiliteringsprosess. (ibid.). Selve inspirasjonen til denne modellen fikk personalet etter å ha deltatt på kurs. Disse nye

rollene er for øvrig i tråd med *deltakerperspektivet* som er rådende innenfor rehabilitering i dag, der brukerens behov og ønsker skal være i høysetet. (Normann et al 2003).

Med aktørmodellen i spissen for en ny filosofi, ble det i større grad nødvendig å tilpasse seg brukerne. Intervjukandidat nr.1 kan fortelle at man ikke lenger kunne stille krav om et visst nivå i treningen, men heller tilrettelegge aktiviteter som passet for alle og der brukerne kunne delta på sitt eget nivå. Fokuset på fysisk funksjonsforbedring er nå blitt erstattet med begreper som *trygghet, mestring og læring*. Det er selve *opplevelsene* brukerne får i treningen som er sentralt i dag, noe intervjukandidat nr.3 kan bekrefte: *"AiR jobber i dag etter en kognitiv modell, dvs. at det som skjer mentalt med bruker er viktigere enn selve resultatet av treningen. Vi er mer opptatt av opplevelser og mestringserfaringer enn av at man er blitt sterkere og mer utholdende"*. Her aner vi en forskjell i forhold til det gamle treningsopplegget: Trening blir ikke lenger bare ansett som et *middel* for å oppnå bedre funksjon, men også som et *mål i seg selv* der opplevelsen den enkelte bruker får er viktig.

Imidlertid er funksjonsforbedring fortsatt viktig, noe som kommer til syne i dagens målsetting på idrettsavdelingen:

"Funksjonsforbedring. Fysisk, psykisk og sosialt. Motivere til videre trening og ansvar for egen helse gjennom å

- gi positive opplevelser i ulike aktiviteter,*
- gi kunnskap og selvinnsikt,*
- innføre i et bredt spekter av treningsformer og aktivitetstyper". (Årsmelding 2001,s.33).*

Med utgangspunkt i denne målsettingen, kan intervjukandidat nr. 1 fortelle at man i dag har et større fokus på de psykiske og sosiale aspektene ved trening sammenliknet med de første årene. En årsak til dette er en økende erkjennelse om at brukerne har sammensatte problemer, noe kandidaten understreker: *"Det er forholdsvis få brukere som kommer med en helt "ren" problematikk, dvs. "bare" en rygg eller en skadet fot. Som oftest sliter de med andre ting også. Å gi brukerne et "løft" på den psykiske siden er også et viktig aspekt i treningen, ikke bare samtaler hos sykepleierne. Gode opplevelser i aktivitetene er en viktig bit for de med sammensatte problemer"*. Imidlertid forteller kandidaten at de fortsatt har et budskap som de til en viss grad misjonerer, men *"vi trer det ikke ned over hodet på brukerne. Vi er fortsatt*

opptatt av at brukerne gjør framgang, men det er ikke det vi snakker om hele tiden. Hvis brukerne uttrykker at de har hatt gode opplevelser og har fått inspirasjon til å trene videre, så synes vi det er flott”.

Også fysioterapiavdelingen har i dag en skriftlig nedtegnet målsetting, der det fremkommer at treningen skal ” *heve brukernes funksjonsevne og mestringsevne, slik at de skal bli i stand til å ta vare på egen helse og komme tilbake til en arbeidssituasjon*”. (Årsmelding 2001, s.32). Tilbakeføring til arbeidslivet er som vi skjønner fortsatt det overordnede målet.

Generelt kan man si at dagens trening i stor grad fokuserer på gledesbetonte aktiviteter, der bruk av *musikk* er blitt et viktig virkemiddel. Dessuten forteller intervjukandidat nr.1 at timene er preget av mindre instruksjon og belæring om hva som er riktig og galt sammenliknet med før. De sentrale aktivitetene som gymnastikk, basseng, utetimer og riding er fortsatt der. Men som vi kanskje forstår, er innholdet noe forandret: I bassenget svømmer man ikke så mye lenger (temperaturen i vannet er for øvrig blitt 2 grader høyere!), men derimot preges øktene av vanngymnastikk, lek, dans og vanntilvenning. I gymnastikktimene vektlegges bevegelsesglede til musikk, der blant annet dans og friskis & svettis- inspirert trening er naturlige innslag. Bruken av apparater i disse timene er mindre enn tidligere. Intervjukandidat nr.1 kan også fortelle at flere av dagens aktiviteter i både gymnastikk- og bassengtimer stammer fra lærdommen de fikk etter deltakelse på kurs med henholdsvis Halldor Skard og Thomas Moser. Her ble de introdusert inn i en verden full av lek, kreativitet og sansemotorikk.

Turtimene (som for øvrig heter *utetimer* i dag) har fått et nytt fokus i form av *opplevelsesaspektet*. Som vi husker var *fysisk* utbytte det sentrale før. Intervjukandidat nr. 1 mener at en vektlegging av *friluftsliv* i årene 1992-94 har hatt stor påvirkning på dagens nye ”tilnærming”: I denne perioden var det engasjementstillinger på idrettsavdelingen der instruktøren hadde friluftsliv som spesialfelt. De kjøpte inn nytt utstyr, som blant annet telt, soveposer, lavvo og flere kanoer. *Opplevelsen* ved å være ute i skog og mark ble satt i høysetet. Intervjukandidaten legger til at fokus på friluftsliv i særlig grad var retta mot klienter med psykiske diagnoser.

Bevegelsesgrupper basert på psykomotoriske prinsipper (se side 77-79) og *stavgang* (Nordic walking) er to nye aktiviteter som er dukket opp siden sist. Også øktene med *avspenning* er

preget av fornying der fysioterapeutene nå instruerer i progressiv avspenning ("hold-slipp") og autogen trening. Samtidig skal det nevnes at pulsklokker ikke lenger benyttes i treningen. Intervjukandidat nr.1 forteller at brukerne blir oppfordret til å kjenne etter selv. Man vektlegger med andre ord den *subjektive* følelsen av belastningen. Treningen er dessuten mindre styrt (instruktørledet) sammenliknet med før, mye takket være større møtevirksomhet og vektlegging av teamsamarbeid.

En vanlig dag på senteret er nå som oftest delt inn i 4 økter, hvor hver økt varer i ca.60-80 min. Imidlertid kan aktiviteter som foregår utendørs strekke seg over 3 timer (som for eksempel fjellturer, padling og bålkos). Noen dager "stjeler" dessuten *målsettingsarbeidet* plass på timeplanen. Dette er senterets nye kognitive gruppet metode, der brukeren skal fokusere på egne ressurser og muligheter. I løpet av 3 gruppesamlinger jobber brukerne med å formulere visjoner og mål for egne liv. Siktemålet er at dette skal føre til ansvarliggjøring og mestringsadferd både i forhold til egne plager og "systemet" (blant annet helsevesen, arbeidsgiver og trygdesystem). (Årsmelding 2002). Selve undervisningstilbudet er mindre enn tidligere, der både treningslære og de fleste valgfrie emnene er falt bort. Dagens temaer omhandler blant annet kosthold, atferd, egen helse og treningsoppstart/oppfølging. Intervjukandidat nr.1 kan i denne forbindelse fortelle at brukerne i større grad enn før blir oppmuntret til å komme med innspill og tilbakemeldinger underveis i undervisningstimene.

Etter å ha fått innblikk i hvordan det gamle og det nye treningsopplegget fortøner seg, gjør vi oss noen sentrale oppdagelser: For det første ser vi at dagens opplegg inneholder "gamle" aktiviteter som for eksempel gymnastikk, basseng og riding. Dessuten er fysisk funksjonsforbedring fremdeles viktig. For det andre kommer det til syne nyere praksiser som bevegelsesgrupper og stavgang. Samtidig preges treningen nå av elementer vi ikke kunne finne før i tiden, slik som for eksempel vektlegging av mestring og opplevelser. Disse funnene viser at kunnskap ikke er noe universelt eller allmenngyldig, men derimot noe som stadig kan forandre seg.

5.3 Beitostølen Helsesportssenter som forbilde

Da er det på tide å vandre tilbake til perioden 1986-1992. Som vi husker, fokuserte man også på typiske helsesportsaktiviteter – blant annet ballspill, padling og riding. Dette har sin

naturlige forklaring: Både intervjukandidat nr. 1, 2 og 4 forteller at oppstartsmodellen til senteret var inspirert av Beitostølen Helsesportssenter – senteret som vi husker var en viktig bakgrunn for selve opprettelsen av AiR. Intervjukandidat nr. 4 jobbet selv som lege i 1 år der oppe før han kom til Rauland. Her fikk kandidaten i oppgave å legge til rette selve oppstarten av Attføringssenteret, der treningsopplegget var en sentral bit. En del av forarbeidet til treningsprogrammet var imidlertid allerede påtenkt før 1980, nærmere bestemt i planene til AiR forkjemperne med den tidligere nevnte bedriftsoverlegen ved Norsk Hydro i spissen. I disse planene skulle treningsopplegget til hver enkelt klient settes opp på følgende grunnlag:

- legeundersøkelse
- fysisk funksjonsundersøkelse
- laboratorieundersøkelser
- fysiologisk testing
- eventuelt klientens egne ønsker om aktiviteter

(Arbeidsgruppe 1980, s. 5).

I disse planene kan man også lese at trening ble forstått som *"at den enkelte klient mest mulig skal gjennomføre 'lystbetonte' aktiviteter etter personlig tilpasning (gymnastikk, svømming, ski- og turgåing, roing, padling, sykling, ridning, tennis etc.) under sakkyndig veiledning"*. (ibid.). Her er det tydelig å se at de var inspirert av aktivitetene som man benyttet på Beitostølen. Intervjukandidat nr.4 kan fortelle at opplegget på Beitostølen Helsesportssenter hadde fokus på henholdsvis treningsaspektet (inkludert fysiologisk testing), undervisning, gruppedynamikk i form av diagnosegrupper og det sosiale miljøet generelt. Med utgangspunkt i disse praksisene, utarbeidet man en tilpasset modell ved Attføringssenteret. Intervjukandidaten beretter dessuten at det ble dannet et forum hvor personale fra de to sentrene samarbeidet på områder som fag, økonomi, organisering osv. Man utvekslet også personale mellom sentrene. Dette førte blant annet til at fire ansatte fra Beitostølen, dvs. tre idrettsinstruktører og en fysioterapeut, ble med til Rauland når senteret åpnet dørene i 1986. Intervjukandidaten legger til at det var naturlig å bruke Beitostølen som modell siden dette senteret hadde mest kunnskap, erfaring og data omkring rehabilitering på denne tiden.

Ut ifra erfaringer fra Beitostølen, som i stor grad var retta mot idrett for funksjonshemmede, forteller intervjukandidat nr. 1 og 4 at man kjøpte inn endel utstyr som blant annet kanoer, bordtennisutstyr, tandem sykler og materiell til gymsal. I denne forbindelse kan intervjukandidat nr. 1 fortelle at alle innkjøpene ble gjort før de ansatte kom, dvs. før selve oppstarten av senteret. Ansvarlige "handelsmenn" var for øvrig overlegen og ledende idrettsinstruktør som kom fra Beitostølen.

Personalet ved Attføringscenteret var også på visitt til Beitostølen: Intervjukandidat nr. 2 forteller at alle lederne på de ulike faggruppene (idrett, fysioterapi, sykepleier, lege og attføring) reiste opp til Helseportssenteret for å se og lære. Kandidaten kan fortelle at man kopierte veldig mye i forhold til den fysiske biten, dvs. treningsopplegget. Ifølge kandidaten dominerte den fysiske dimensjonen hele senteret i starten, mens det psykiske aspektet heller ble levnet små ressurser til å jobbe med.

Alt var ikke bare fryd og gammen selv om senteret hadde fått forsterkninger fra Beitostølen. Intervjukandidat nr. 1 kan berette at etter hvert som tiden gikk, ble det et tydelig motsetningsforhold mellom ledelsen ved AiR og idrettsinstruktørene fra Beitostølen i synet på både mål og midler. Ledelsen var ikke så interessert i at senteret skulle drive med idrett for funksjonshemmede, mens idrettsinstruktørene på sin side ikke engasjerte seg så mye i den attføringsmessige delen ved arbeidet. Som en følge av denne motsetningen, sluttet de tre idrettsinstruktørene etter et knapt år. Selv om senteret etter hvert la mindre vekt på helseport, finner vi fortsatt aktiviteter som padling og riding den dag i dag. De rene ballspilltimene er imidlertid borte.

I selve treningsopplegget fantes det også noen ulikheter mellom Beitostølen og Attføringscenteret: Intervjukandidat nr. 1 forteller at på Beitostølen var idrettsinstruktørene og fysioterapeutene sammen i både gymnastikk- og bassengtimer. Her vektla de i stor grad *gruppetrening*. Som vi kanskje husker, var fysioterapeutene ved AiR mer opptatt av å tilrettelegge individuell trening på treningsrommet. De var vanligvis ikke med instruktørene verken i gymsalen eller i bassenget. Slik er det fortsatt, men nå fokuserer fysioterapeutene på trening i grupper (bevegelsesgrupper). Bare ved spesielle behov gis det individuelt tilrettelagt øvelsesprogram i treningsrom. I denne forbindelse er det viktig å påpeke at i de første årene hadde Attføringscenteret klienter med relativt stor spredning i forhold til funksjonen sammenliknet med i dag. Intervjukandidat nr. 1 forteller at enkelte kunne ha lammelser,

spasmer eller ekstra dårlige rygger som krevde individuell tilrettelegging. Men kandidaten legger til at klientene ved Attføringssenteret hovedsakelig var mindre hemmet i funksjonen i forhold til klientene ved Beitostølen.

Helt i starten hadde AiR noen rullestolbrukere og også noen som var blinde. Intervjukandidat nr.1 kan fortelle at senteret ikke var tilrettelagt for disse: *"De blinde gikk seg ville og snublet over dørstokker, og rullestolbrukerne kom seg ikke frem"*. Grunnet negative tilbakemeldinger fra de blinde, ble det fort slutt med å ta inn denne klientgruppen. Senteret hadde for øvrig kjøpt inn tandemsykler nettopp med henblikk på de blinde. Kandidaten legger til at det kom rullestolbrukere frem til ca. 1989. Etter hvert ble det viktig for senteret å poengtere at klientene måtte være selvhjulpne i de dagligdagse ting. De hadde ikke personale til å hjelpe mennesker som trengte tett individuell oppfølging. I denne forbindelse påpeker intervjukandidat nr.4 at AiR i utgangspunktet ikke bare var tiltenkt "halvfriske yrkesaktive", men også mennesker med fysiske funksjonshemninger. Denne gruppen skulle utgjøre ca. 10 % av klientantallet. En annen målgruppe var ungdom, som av medisinske og sosiale årsaker hadde problemer med å komme inn i arbeidslivet. (jfr. Arbeidsgruppe 1980). Imidlertid ble de to sistnevnte gruppene i liten grad tatt inn.

*

Vi har nettopp sett at Beitostølen Helseportssenter var en viktig inspirasjonsfaktor til treningsopplegget ved Attføringssenteret. Mye av kunnskapen som Beitostølen hadde tilegnet seg, "smittet" altså over til Rauland. Dette er et godt eksempel på at viten som en institusjon er i besittelse av, kan overføres til andre institusjoner.

5.4 Diagnosegrupper

Noe som særpreget opplegget ved senteret de første årene, var at klientene ble delt inn i såkalte *diagnosegrupper*. Alle intervjukandidatene forteller at det relativt tidlig ble innført slike diagnosegrupper med skreddersydde opplegg til hver av dem. Det kom ca. 2-3 klienter hver dag, og de ble fordelt på følgende grupper: *hjerte*, *smerte* (smerter i muskel- og skjelettsystemet), *rygg* (kroniske ryggsmarter), *prosess* (mentale lidelser) og *diverse* (klienter som ikke passet inn i de andre gruppene). Gruppene ble fordelt på to behandlingsteam, der

hvert team bestod av én lege, to fysioterapeuter, to idrettsinstruktører, én psykiatrisk sykepleier og én utføringskonsulent. Grunnet utskifting av klienter hele tiden, forteller intervjukandidat nr.1 at det var vanskelig å ha en progresjon i treningen, dvs. en styrt utvikling. Hver gruppe hadde i hovedsak de samme sentrale aktivitetene som gymnastikk, svømming, treningsrom, ergometersykling og turer ute. Intervjukandidat nr.3 kan imidlertid berette at prosessgruppa skilte seg litt ut, da de hadde flere og lengre økter ute (også overnattinger i telt), og fikk dessuten tilbud om samtaler med psykiatrisk sykepleier både individuelt og i grupper. I motsetning til de andre gruppene, hadde ikke prosessgruppa individuell trening med fysioterapeut de første årene. Gruppene hadde også hver sine obligatoriske undervisningsemner, som for eksempel ryggskole 1 og 2 for rygggruppa og smerteundervisning for smertegruppa.

Intervjukandidat nr.1 forteller at det var viktig med full sikkerhet rundt hjerteklientene i treningen. Men også utenom treningen ble dette prioritert: Både intervjukandidat nr.2 og 5 forteller at sykepleierne på denne tiden hadde døgnvakt mye grunnet disse klientene. Intervjukandidat nr.1 forteller videre at idrettsinstruktørene fulgte nøye med hjerteklientene i alle aktivitetene. De ble testet med belastnings EKG ved ankomst og avreise, der resultatet av ankomsttesten ble utgangspunktet for den videre treningen under oppholdet. Som nevnt i starten, benyttet de seg av pulsklokker under aktivitet. Men også andre klienter brukte disse klokken, spesielt de man "mistenkte" for å holde en noe høy puls i treningen. Pulsklokkene ble her anvendt som en justering for å finne rett belastning. Man la med andre ord vekt på en kontrollert og målbar belastning, noe hjerteklientene må ta en del av æren for.

Fokus på diagnosegrupper var i tråd med behandlingsmodellen ved Beitostølen Helseportssenter. Vektlegging av slike grupper ble også nevnt i de første planene for senteret: *"Det vil kunne bli en viktig oppgave for senteret å trene opp klienter med spesielle sykdommer (jfr. de oppmuntrende resultater på dette felt ved Beitostølen Helseportssenter når det gjelder hjertelidelser)".* (Arbeidsgruppe 1980, s. 4). Intervjukandidat nr.4 kan fortelle at det å ha en diagnose var selve inngangsbilletten til senteret. Uten denne ville ikke folketrygden betale for oppholdet. Opptattheten av diagnoser henspiller også mot senterets forståelse av *sykdom* på denne tiden: Intervjukandidat nr.5 forteller at de tok utgangspunkt i en tradisjonell sykdomsmodell, der man konsentrerte seg om årsaken til sykdommen med det mål for øyet å gjøre individet friskt. (jfr. Vaa 1997). De fokuserte også mye på at det var *kroppslige* årsaker som førte til at folk ikke klarte jobben sin, som for eksempel mangel på

muskulær styrke og utholdenhet. Intervjukandidaten legger til at legene var fysikalsk medisinsk retta og var opptatt av *fysiske* problemstillinger. Intervjukandidat nr.2 deler denne oppfatningen, og forteller at de først og fremst tenkte på at symptomene måtte fjernes og at man i stor grad rettet blikket mot fysiske aspekter.

Fysioterapeutene var også på jakt etter kroppslige symptom. Intervjukandidat nr.3 forteller at fysioterapeutene undersøkte klientene når de kom til senteret, der de hadde 30 minutter til rådighet på hver klient. Kandidaten beskriver disse undersøkelsene som *"finne feilen undersøkelse, dvs. en fysikalsk medisinsk undersøkelse som var veldig lite helhetlig"*.

Selv om kandidatene understreker en vektlegging av den *fysiske* dimensjonen, er det viktig å påpeke at senteret tok utgangspunkt i en bred forståelsesmodell av funksjonshemning: Ifølge intervjukandidat nr.4 definerte man funksjonshemning *"når personens fysiske, psykiske og sosiale kapasitet er lavere enn kravene man møter i arbeidslivet og miljøet generelt"*. Med henblikk på beskrivelsene, kom imidlertid denne helhetlige oppfatningen lite til uttrykk i det praktiske arbeidet.

5.4.1 Biomedisinsk sykdomsforståelse

Hvordan skal man så tolke denne sykdomsmodellen som var gjeldende ved senteret de første årene? En måte å forstå den på, kan være å vise til det såkalte paradigmat om sykdommers spesifikke årsak. Dette perspektivet på sykdom og helse ble introdusert av blant andre Louis Pasteur (1822-1895), Robert Kock (1842-1910) og den eksperimentelle fysiologiens "far", Claude Bernard (1813-1878). (Engelsrud 1985 og Berg 2003). Paradigmat har senere fått stor oppslutning innenfor moderne vestlig medisin og naturvitenskapelig tenkemåte. Ifølge Engelsrud (1985) åpner perspektivet om sykdommers spesifikke årsak mulighetene for opptrening, reparasjon og utskifting av enkeltdele, som for eksempel transplantasjon av hjerte, nyre osv. Oppussing, justering, restaurering og fornyelse er også begreper som benyttes for å synliggjøre tilbudene medisinen kan gi. (ibid.). Som en forlengelse av dette perspektivet er det utviklet et klassifikasjonssystem, der man for hver sykdomstype forsøker å finne fram til en avgrensbar årsak. Når sykdommens årsak så er funnet, tilbyr medisinen kirurgiske inngrep, medikamenter og lignende for å reetablere helsen. Innenfor dette paradigmat har man også vært opptatt av å studere en stadig finere oppdeling av organismens deler, og konsentrert seg om enkeltfaktorenes innvirkning på kroppen. (ibid.).

Noen hevder sågar at denne oppdelingen henspiller mot et *reduksjonistisk* syn, der kroppen blir redusert til enkelt stående deler og fragmenter uten sammenheng og gjensidig påvirkning. (Thornquist og Bunkan 1995). Flere mener dessuten at paradigmet baserer seg på en dualistisk forståelse av kroppen, dvs. et skille mellom kropp og bevissthet. (Engelsrud 1985).

Det at senteret fokuserte mye på kroppslige årsaker til sykdom, kan også tolkes som en *biomedisinsk* sykdomsoppfatning. En slik modell tar utgangspunkt i en *anatomisk* forklaring på plagene. Selve behandlingen innenfor denne modellen vil innebære "*en fysisk intervensjon som kan kompensere for det som er for mye eller for lite eller som kan nøytralisere det som er patologisk*". (Haugli & Finset 2002, s.1124). Hvis legen ikke finner objektive tegn på sykdom, vil han ofte forklare symptomene som psykologiske. Ifølge Haugli & Finset blir de psykososiale aspektene ofte ikke tilstrekkelig grundig undersøkt innenfor denne tradisjonen.

Det er interessant å se at Michel Foucault har pekt på noe av bakgrunnen for en biomedisinsk sykdomsforståelse ved å vise til *det medisinske blikket*. Han hevder at da den kliniske undersøkelsen av pasienten ble en fast del av medisinsk praksis, fikk man samtidig en ny forståelse av kroppslige sykdommer. (Måseide 1997). Den nye forma for medisinsk persepsjon fjerna pasienten som gjenstand for legens oppmerksomhet. Istedenfor kom pasientens ulike kroppsdeler og organ i fokus, der sykdommen og ikke pasienten ble medisinenes tema. I følge Foucault var dette grunnlaget for den moderne sykdomsforståelsen og for moderne klinisk medisinsk praksis. (ibid.).

En anatomisk forklaring på sykdom kan også forstås å være utgangspunktet for modellen til Verdens Helseorganisasjon (WHO) fra 1980, dvs. *International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH)*. Dette var et omfattende klassifikasjonssystem for funksjonshemninger som beskrev konsekvenser av sykdom og skade, der hovedmålet var å medvirke til en felles forståelse omkring sykdom og helse. (Kjeken 2003). Metodene som Attføringscenteret benyttet for å vurdere ryggens funksjonsnevne (*functional restoration / work hardening* – se avsnitt 5.6.1) bygget nettopp på modellen til Verdens Helseorganisasjon: Her tok man utgangspunkt i sykdomsdiagnosen (som for eksempel kroniske korsryggsmerter) og systematiserte deretter konsekvensene av denne på tre ulike nivåer: *Impairment* (organsvikt) er det første nivået, og henviser til forstyrrelser på organnivå (som for eksempel smerter i korsryggen). Det andre nivået, som fikk betegnelsen *disability* (funksjonssvikt), avspeiler konsekvensene av organsvikt (som for eksempel nedsatt funksjonsevne ved kroniske

korsryggsmerter). *Handicap* er det siste nivået, og peker mot ulempene som erfares av individet på bakgrunn av organ- og funksjonssvikt. Her kan man legge til at før denne modellen kom, hadde Verdens Helseorganisasjon allerede utviklet en klassifisering av diagnoser som fikk betegnelsen ICD-10 (*International Classification of Diseases*). (Kjeken 2004).

Hvis vi kikker litt på *helsebegrepet*, kan intervjukandidat nr.4 berette at senteret ofte tok utgangspunkt i helsedefinisjonen til Peter Hjort: "*Helse er et overskudd i forhold til hverdagens krav*". (Harstad 1988/94, s.2). *Overskudd*, som her forstås å inkludere både fysiske, psykiske og sosiale faktorer, ble altså definert som helse. Et streiftog innom historien til helsebegrepet vil fort avsløre mange ulike tolkninger og definisjoner. Det er verdt å merke seg at begrepet verken i vitenskapen, filosofien eller dagliglivet generelt har hatt noen klar eller vidt akseptert definisjon. (Andrews 1997). Det finnes sågar de som hevder at helse ikke lar seg definere på grunn av at fenomenet utelukkende refererer til en individuell tilstand. (ibid.). En av disse er den tyske filosofen Friedrich Nietzsche (1844-1900), som mente at helse var en samfunnsmessig påtvunget illusjon: "*Det er vi selv som er malen for hva vi evner, hva vi tåler og hva som behager oss*". (Hoffmann 1999, s. 75).

Ordet helse stammer opprinnelig fra det norrøne adjektivet heill/hel i betydningen frisk, uskadd, fullstendig. Herfra er substantivet "heilsa" utledet, som peker mot fysisk og mental sunnhet og kraft. (Andrews 1997). Går vi tilbake til antikkens Hellas var helse knytta til måten å leve på. Da den vitenskapelige medisinen gjorde sitt inntog på 1800-tallet, ble imidlertid helse forbundet med det biomedisinske begrepet *fravær av sykdom*. Representanter for et slikt perspektiv har vært kritisert for å betrakte mennesker som gjenstander: De oppfatter sykdom som et avvik fra normal funksjon – en "svikt" i et maskineri konstruert for en bestemt funksjon. Dette synet omtales ofte som *apparatfeilmodellen*. (ibid.). Som et svar på reaksjonene mot denne biomedisinske tankegangen omkring helse, lanserte WHO (Verdens Helseorganisasjon) en ny og utvidet definisjon i 1947: "*Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom og svakhet*". (Johannisson 1990, s. 175; min oversetting til norsk). Denne definisjonen har heller ikke sluppet unna kritikk, da mange oppfatter den som en idealtilstand der helse smelter sammen med selve livsinnholdet. Helse kan her forstås som et privilegium for noen få, men aldri en realitet for det store flertallet. (ibid.).

Hvilke forståelser av helse og sykdom er gjeldende ved Attføringssenteret i dag? Senteret tar nå utgangspunkt i den nye modellen for helse og sykdom som ble lansert av Verdens Helseorganisasjon (WHO) i 2001 i form av en *bio-psykososial* modell, dvs. en biologisk-, psykologisk- og sosial tilnærming til funksjon. Denne har fått betegnelsen *ICF* (International Classification of Functioning, Disability and Health), som for øvrig er en ny og revidert utgave av den tidligere omtalte *ICIDH*. Som vi husker, tok den gamle modellen utgangspunkt i sykdomsdiagnosen. *ICF* fokuserer derimot på *funksjonen*, og synliggjør det komplekse samspillet og sammenhengene mellom individets helsetilstand, omgivelser og personlige faktorer. (K.Vik 2004). [6]. Tankemodellen er nært knytta til en biopsykososial forståelse av funksjonshemming som ble omtalt i kapittel 4.

Det er viktig å poengtere at en biopsykososial helse- og sykdomsforståelse også baserer seg på å få frem pasientens egen historie, samt sammenhengen mellom livshendelser og sykdomsdebut. Sagt med andre ord: Pasientens symptomer og historie skal anerkjennes som medisinsk gyldig kunnskap – på lik linje med biologisk forankrede ”parametre” (Haugli & Finset 2002). Ifølge Haugli & Finset synes dette å være en forutsetning for å kunne hjelpe mennesker med ubestemte plager. I denne forbindelse er det interessant å se endringen i fysioterapeutenes ”tilnærming” i det første møtet med brukeren på AiR: Fra å ta utgangspunkt i en halvtimes lang fysikalsk medisinsk undersøkelse, fokuserer nå fysioterapeutene på en timeslang samtale der de prøver å bli kjent med brukeren. Intervjukandidat nr.3 forteller at de under denne samtalen er opptatt av å finne ut ”hvor skoen trykker” og hvilken forståelse bruker selv har av egen situasjon. Generelt kan man si at senteret nå i større grad tar utgangspunkt i *funksjonen* til brukeren. Selv om diagnose fortsatt er en del av ”inngangsbilletten” til senteret, legges det i dag mer vekt på den attføringsmessige biten som for eksempel jobbplan, lokal samhandling osv.

6) I likhet med den forrige utgaven, er *ICF* et internasjonalt klassifikasjonssystem. Den nye utgaven skal klassifisere helse og helserelaterte forhold, og er et system som bygger på en *tankemodell*. I Norge er det først og fremst modellen som har vært benyttet innenfor rehabilitering. Her rettes fokus mot henholdsvis individuelle biologiske forhold, personens roller i sitt miljø og samfunnsbetingelsene. For en nærmere beskrivelse av denne modellen, se for eksempel K.Vik (2004) eller Kjekken (2003).

Attføringscenteret har kanskje latt seg inspirere av den greske filosofien Hippokrates, som en gang for 2000 år siden uttalte at han heller ville se hvilket menneske som har sykdommen, enn hvilken sykdom mennesket har. (Vaa 1997). "Den hippokratiske skole" la ikke vekt på klassifisering av sykdom, men brydde seg heller mer om tegn og prognose. Måling og veiing hadde ingen hensikt, men derimot var *observasjoner* av den syke, hva han fortalte og sunn fornuft det eneste rette. Således fikk man informasjon om både fortid (anamnese), nåtid (diagnose) og framtid (prognose). (Hoffmann 1999).

I dag er diagnosegruppene blitt erstattet med *gruppeinntak*, der 16-17 personer kommer samtidig og er sammen i 4 uker. Det er i alt 3 grupper (rød, blå og grønn) og hver gruppe har et veilederteam bestående av lege, attføringskonsulent, psykiatrisk sykepleier, fysioterapeut og idrettspedagog. I tillegg er en rideinstruktør innom hvert team. Gruppene er "miksa", dvs. at brukere med alt fra kroniske muskelsmerter til utbrenthet er samla i en og samme gruppe. Selve ideen om gruppeinntak ble lansert av en hospitant fra Valnesfjord Helsesportssenter allerede i 1989. Her kan intervjukandidat nr. 1 berette at ikke alle ansatte var begeistret for denne tanken. Imidlertid jobbet idretts- og fysioterapiavdelingen frem et forslag om gruppeinntak som til slutt ble en realitet fra 1996, noe som følge intervjukandidaten førte til mindre individuell tilnærming i treningen.

5.5 Medisinsk treningsterapi

Som vi kanskje husker, var *medisinsk treningsterapi* (trening i bevegelseskontrollerte styrketreningsapparater) et av fysioterapeutenes sentrale "redskap" i de første årene. Den "offisielle" definisjonen på medisinsk treningsterapi (heretter benevnt MTT) er følgende:

"Gjennom systematisk påvirkning med aktiv bistand av pasienten å bedre én eller flere funksjonskvaliteter ved hjelp av objektiv aktivitetsdosering". (Holten & Faugli (red.) 1994, s. 9).

Opprinnelig var *treningsterapi* den første benevnelsen, men etter hvert valgte man å føye til *medisinsk* for å knytte det nærmere fysioterapien. Selve grunnleggeren av MTT er fysioterapeut Oddvar Holten, som for øvrig også har vært landslagstrener innen skøyter og håndball. Holten lanserte konseptet i 1965, noe som blant annet kan sees i sammenheng med

utviklingen av manuell terapi (dens primære oppgave er å få ledd som har nedsatt funksjon til å bevege seg). (Holten & Faugli (red.)1994). Kravet til objektivitet er også en viktig bakgrunn for dannelsen av MTT: Hvis vi streifer litt bakover i historien til fysioterapien, vil man oppdage at den inntil 1965 var preget av subjektivitet både i forhold til behandlingsprognoser og resultater. Som en følge av dette, stilte fysioterapeutene svakt sammenliknet med andre behandlere. (ibid).

Det er nettopp *doseringsprinsippet* som utgjør det objektive elementet i treningsprogrammet til konseptet. Dette prinsippet ble utarbeidet allerede i 1948 av De Lorme og Watkins, og fikk benevnelsen *en repetisjonsmaksimum* (repetition maximal). Her benyttet man seg av følgende definisjon: "*Den maksimale motstanden en kan overvinne en gang i en bevegelsesfunksjon*". (ibid., s.80). 10 repetisjonsmaksimum ble for eksempel forstått som den motstanden en kunne overvinne med maksimalt 10 repetisjoner. Med utgangspunkt i dette prinsippet er det mulig å utarbeide en grafisk kurve, der den ene siden viser antall repetisjonsmaksimum og hvor den andre synliggjør hvilken prosentsats av maksimalmotstanden denne tilsvarer. (ibid.). Det skal sies at doseringsprinsippet også lenge har vært brukt innenfor idrettens verden.

MTT ble godkjent som egen behandlingsform av Rikstrygdeverket i 1967, der konseptet skulle ha følgende kriterium:

"Den gren av øvelsesterapien hvor pasienten – i spesialkonstruert apparatur – selv utfører øvelser uten manuell medvirkning av fysioterapeuten, men under kontinuerlig overvåking av denne. Apparaturen skal være konstruert således at den aktuelle funksjonskvalitet (nevromuskulær – artrogen – sirkulasjon – kardiopulmonær) påvirkes optimalt når pasienten fra en bestemt utgangsstilling utfører øvelser i en bestemt bevegelsesbane, eller del av denne, mot en dosert motstand". (ibid., s.10).

I tillegg forutsettes det minimum 1 time effektiv behandling, der øvelsesprogrammet er basert på henholdsvis muskeltest, spesifikk leddtest, funksjonstest og diagnose. Pasientens bevegelsesapparat blir også undersøkt, der målsettingen er å finne de funksjonskvalitetene som er årsaken til personens plager. Funksjonskvaliteter defineres her som "*de komponenter som gjør en aktiv bevegelsesfunksjon mulig og som har spesifikke påvirkningsstimuli for å fungere optimalt*". (ibid., s. 124). Når vi kikker nærmere på selve målet med undersøkelsen, taes det for gitt at bakgrunnen for plagene er å finne i den anatomiske kroppen. Dette kan

tolkes som en biomedisinsk sykdomsforståelse, en oppfatning vi også "avslørte" i forrige avsnitt. En slik forståelse gjemmer seg dessuten i selve beskrivelsen av den største målgruppa av MTT, som ifølge Holten & Faugli (red.) (1994) er pasienter "*hvor sykdomsårsaken skyldes for mye eller for lite fysisk belastning*". (s.13).

Et av hovedprinsippene i MTT er *funksjonell trening*, dvs. trening som tilfredsstiller pasientens funksjonelle behov i jobb og hverdagsliv generelt. Som vi skal se senere, gjelder dette prinsippet også for metodene som omhandler ryggens funksjonsevne (se avsnitt 5.6.1). Prinsippet om funksjonell trening henspeiler mot at det er personens funksjonelle kapasitet som avgjør hvorvidt man mestrer arbeid, fritid osv. eller ikke. Her ser man klare paralleller til det tradisjonelle synet på *arbeidsevne*, der individets fysiske funksjon utgjør en sentral faktor (se side 56). Bak prinsippet om funksjonell trening gjemmer det seg også en *instrumentell* kroppsforståelse: Her fokuseres det på å trene spesifikke deler av kroppen for å mestre ulike krav i jobb, fritid osv. *Målet* ligger med andre ord *utenfor* selve treningen. Kroppen kan her forstås som et redskap for å oppnå noe annet – en oppfatning som også ble avdekket i målsettingen for treningen ved senteret (se avsnitt 5.2.1.1).

Selve arbeidsmåten i konseptet tar utgangspunkt i at "*helheten er mer enn summen av enkelthetene*". (ibid.,s.14). Umiddelbart kan dette "helhetssynet" forstås som en holistisk tilnærming. Men en slik tilnærming inkluderer *alle* sider av mennesket, dvs. både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. Helhetssynet til MTT kan imidlertid tolkes som kun å gjelde den *fysiske* kroppen. Kroppen oppfattes her som "å henge sammen" i den forstand at en muskel ikke kan funksjonere isolert, men alltid være en del av en muskulær kjede. Dessuten er et av målene til MTT som vi husker fra definisjonen "*å bedre en eller flere funksjonskvaliteter*", noe som ikke henspeiler mot helheten, men snarere mot bestemte deler av kroppen. MTT tar med andre ord utgangspunkt i den *fysiske* kroppen, og skiller dermed mellom kropp og bevissthet. Vi aner her en *dualistisk* forståelse, en oppfatning som vil bli nærmere omtalt senere i kapittelet.

5.5.1 Objektiv måling av menneskekroppen

Som vi nettopp har sett, var kravet om *objektivitet* en sentral foranledning til selve utarbeidingen av MTT. Nå er det imidlertid ikke bare fysioterapien som har jaktet etter det objektive og målbare. Streben etter objektivitet lå også til grunn for utvikling av konsepter

med det mål for øyet å vurdere ryggens funksjonsevne (*functional restoration* og *work hardening* – se omtale senere). En mulig årsak til jakten på objektivitet, kan være det faktum at den *fysisk* og *objektivt målbare* kunnskapen om menneskekroppen (som blant annet, muskelstyrke, leddutslag, funn på blodprøver og blodtrykk) blir ansett for å være objektiv og gyldig. *Subjektiv* kunnskap derimot (for eksempel smerte og trøtthet) regnes for å være subjektiv og uten den samme gyldighet. (Råheim 1997). Denne oppfatningen har ifølge Råheim klare paralleller til den *eksperimentelle, matematiske naturvitenskapen*. Da kan det være på sin plass å spore opp bakgrunnen for denne forståelsen ved å ta naturvitenskapen nærmere i øyesyn:

Denne vitenskapen fikk sitt store gjennombrudd i renessansen og opplysningstida. Blant de fremste eksponentene var utvilsomt Galileo Galilei (1564-1642) og Isaac Newton (1642-1727) – også kalla den nye fysikkens ”fedre”. Fysikken blir nå forbildet som alle vitenskaper søker å etterligne: Virkeligheten kan bare forklares ved hjelp av matematikk og geometri. (Smith 1998). Galilei la også stor vekt på matematikk, og hans kvantifiseringspostulat har fortsatt stor gjennomslagskraft i vår tid: ”Mål det som kan måles. Gjør målbart det som lar seg gjøre målbart”. (Råheim 1997, s. 103). Dette ”slagordet” kan tolkes dit hen at det som *ikke* lar seg måle fysisk, heller ikke er gyldig eller virkelig kunnskap.

Med utgangspunkt i naturvitenskapens grunntanke om at naturen oppfører seg i tråd med uforanderlige og matematiske formulerbare lover, måtte en så prøve å skille ut de *primære* og *sekundære* egenskapene ved materien. (ibid.). Det store spørsmålet ble følgende: Hvordan skulle man ved hjelp av *kvantitative* begrep, forklare *kvaliteter* slik som for eksempel opplevelser av lukt, trøtthet eller smerte? Som en følge av dette problemet, ble det slått fast at de *primære* egenskapene var de man kunne måle fysisk og beskrive matematisk – også kalt *objektive*. Denne kunnskapen ble ansett for å være gyldig og sikker viten. Ikke uventet ble egenskaper relatert til subjektet, dvs. *subjektive* egenskaper som smak, lukt, følelser osv., regnet for å være de *sekundære* egenskapene. Man var av den oppfatning at en ikke kunne vite om disse egenskapene eksisterte utenfor det enkelte subjekt. Følgelig ble kunnskap om sekundære egenskaper ikke forstått som gyldig kunnskap. (ibid.).

En må heller ikke glemme selve statusen kroppen fikk under naturvitenskapens gjennombrudd, noe som i høyeste grad la premissene klare for at den faktisk kunne måles, veies og testes på alle tenkelige og utenkelige måter. Kroppen ble ansett for å være en rent fysisk størrelse, en *maskin* som kunne beskrives matematisk. Dette synet har for øvrig den franske filosofen René Descartes (1596-1650) noe av æren for, en mann vi møter igjen senere. Turner (1995) hevder at forestillingen om kroppen som en slags maskin fortsatt lever videre i den moderne medisinen, da sykdom blir oppfattet som funksjonsfeil på kroppens mange deler. Nettopp i medisinen verden tar man i bruk mange objektive målinger av menneskekroppen, der blodprøver, EKG-kurver og røntgenbilder utgjør noen av de sentrale målinger som legen jobber ut ifra. Disse målingene er dessuten viktige for å finne fram til en riktig diagnose.

Også idretten har tatt i bruk mottoet fra naturvitenskapen, og måler alt som lar seg måle i kampen om gullmedaljene: hjerterefrekvens, oksygenopptak, muskulær styrke, leddutslag, lungefunksjon osv. Som vi skal se senere, var også AiR opptatt av slike målinger. Objektive mål av kroppen har også relevans for hvilken idrett man kan hevde seg i. Her har faktorer som blant annet kroppshøyde, vekt, lengdeforhold mellom kroppen og lemmene en sentral betydning. Drømmer du for eksempel om å hevde deg i svømming, bør du foruten å være lang og slank, også ha store hender og føtter. [7]. Basketball er et annet eksempel på en idrett hvor kroppshøyden spiller en avgjørende rolle. Noen idretter opererer sågar med kvantifiserte og objektive krav: En kvinnelig elitelangrennsløper bør for eksempel ha et maksimalt oksygenopptak på minst 65 ml/kg x min. (Gjerset og Vilberg 1992).

*

Fra å fokusere på *objektive* doseringsprinsipper i medisinsk treningsterapi, konsentrerer nå fysioterapeutene ved AiR seg om en mer *subjektiv* og helhetlig tilnærming i form av *bevegelsesgrupper*. Disse gruppene baserer seg på *psykomotoriske prinsipper*, der sammenhengen mellom kropp og *følelser* er sentralt. Vi husker at slike subjektive egenskaper ble definert som sekundære og ”ugyldig” kunnskap, siden disse ikke lar seg måle fysisk. Her skal det sies at en ny fysioterapeut med psykomotorisk utdanning muliggjorde oppstarten av

7) Verdens mest berømte svømmer, australieren Ian Thorpe, er et godt eksempel på dette. Føttene hans er nemlig store som padleårer: Hvem kan skilte med føtter som måler 36 cm. og har behov for skonummer 53... Denne størrelsen er heldigvis ikke et krav for å delta i svømming!

disse gruppene ved senteret. Intervjukandidat nr.3 kan dessuten fortelle at ønsket om å gjøre noe nytt også var en medvirkende årsak: *"Mange av brukerne som kommer til Attføringscenteret har prøvd mye behandling. Det senteret hadde å tilby tidligere, var mye av det samme som fantes der "ute", blant annet spesifikke øvelser og medisinsk treningsterapi. Vi ønsket derfor å gjøre noe nytt ved å innføre bevegelsesgrupper, som var en ny erfaring og en ny opplevelse for de aller fleste"*.

Psykomotorisk fysioterapi ble utarbeidet allerede i slutten av 1940-årene, der grunnleggeren var psykiater Trygve Braatøy (1904-1953) i samarbeid med fysioterapeut Aadel Bulow-Hansen (f.1906). Faget er senere blitt videreutviklet av blant andre Gudrun Øvreberg og Berit Heir Bunkan, og ble dessuten en høyskoleutdanning fra 1997. (Bunkan 2001). Metoden tar utgangspunkt i et humanistisk grunnsyn – en forståelse hvor mennesket fremstår *"med sin egenverdi uavhengig av funksjonsdyktighet og vellykkethet"*. (Schjøth 2003, s. 1372). Selve kroppen anses som et sammenhengende hele: Der tradisjonell fysioterapi går inn og avhjelper for eksempel spenninger i skulder ved å behandle de lokalt, fokuserer psykomotorisk fysioterapi isteden på kroppen som helhet: Spenningene behandles ved å gjenopprette balansen i hele organismen. Bak disse forståelsene gjemmer det seg et *holistisk* syn på kroppen, som nettopp tar utgangspunkt i helheten fremfor delene. Her er det interessant å se likhetstrekk til det hippokratiske helhetsidealet: For å vurdere lidelse i et enkelt organ, skulle man her også ta hele legemet under behandling. (Andrews 1997).

Innenfor psykomotorisk fysioterapi undersøkes både kroppsholdning, respirasjon, bevegelser og muskelkonsistens. Ingrediensene i dette konseptet omfatter ulike kroppsbevegelser, massasje og noe samtale. Massasje blir ikke benyttet ved senteret (med unntak av ballmassasje!), man fokuserer heller på bevegelser fra *"topp til tå"*. Dessuten hjelper fysioterapeuten brukerne med å registrere egne kroppsreaksjoner og med å avlære uheldige måter å forholde seg til ubehag på. Det er viktig å poengtere at det kreves aktiv innsats av brukeren selv for å oppnå endring av spenningsmønster og for å finne frem til hensiktsmessige kroppsvaner. (Bunkan 2001).

Det overordnede målet til psykomotorisk fysioterapi er *"smertefrihet eller reduserte smerter i en stabil og fleksibel kropp hvor pusten har full tilpasningsevne både til fysisk aktivitet og følelser"*. (ibid., s. 2845). Behandlingen blir i særlig grad benyttet for personer med

henholdsvis økte spenninger eller smerter i muskel- og skjelettsystem samt lettere emosjonelle problemer. (Bunkan 2001).

5.6 Testmetodikk

Før vi går nærmere inn på testene som ble benyttet i treningsopplegget, kan det være på sin plass med en aldri så liten definisjon på hva en test egentlig er:

"En test er en standardisert og normert prøve brukt til måling av kroppslige eller psykiske egenskaper eller tilstander". (Gjerset og Vilberg 1992, s. 130).

Tester som anvendes i idrett blir grovt sett delt inn i to hovedkategorier i form av *generelle* tester (for eksempel måling av maksimalt oksygenopptak) og *idrettsspesifikke* tester (for eksempel måling av antall tak pr. min. i roing). Generelle tester blir ofte anvendt når man skal undersøke henholdsvis organiske, fysiske, psykiske og motoriske forutsetninger. (ibid.).

Innenfor denne terminologien kan testene ved AiR karakteriseres som generelle.

Intervjukandidat nr. 1 forteller at testene som senteret benyttet, var en submaksimal arbeidstest på ergometersykel (*Åstrands test*) og isokinetisk muskeltesting ved bruk av *cybex* apparater. For å starte med *Åstrands test*, så var dette en indirekte måling av maksimalt oksygenopptak, dvs. organismens maksimale evne til oksygenopptak pr. tidsenhet (ml/kg x min.). For øvrig har man tradisjonelt benyttet denne testen for å vurdere individets fysiske arbeidsevne. (Nygård et al 1991). Intervjukandidat nr. 1 forteller videre at det ble avsatt 15 minutter til hver klient på *Åstrands test*, som i hovedsak ble utført av idrettsinstruktør ved ankomst og avreise. Selve testen tok 6 minutter, der 50 watt var startbelastningen. Pulsen ble målt hvert minutt, samtidig som belastningen gradvis økte. Målet var å få klienten opp i "rett" treningspuls i løpet av de første 3 minuttene. Så skulle klienten sykle de siste 2-3 minuttene på den belastningen til pulskurven flatet ut. Deretter kunne man beregne det maksimale oksygenopptaket uti fra tabeller – et resultat som klientene fikk vite både ved ankomst- og avreisetesten. Her skal det nevnes at tredemølle, romaskiner og håndergometer også kan benyttes for å måle arbeidskapasitet.

Intervjukandidat nr. 4 kan berette at mange av klientene ofte hadde en forbausende lav kapasitet. Da var det viktig å forklare og prøve å gi et inntrykk av hva det ville si å ha et lavt oksygenopptak, blant annet det å få problemer med vanlige daglige gjøremål og at de i en arbeidssituasjon lett vil belastes opp mot sin maksimale yteevne. Intervjukandidaten forteller videre at gjennom denne testen fikk klientene inntrykk av sin egen kapasitet og for mange var et dårlig resultat en motivasjonsfaktor i seg selv.

Intervjukandidat nr.3 erfarte også at mange klienter "scoret" lavt på ankomsttesten. Avreisetesten viste imidlertid ikke alltid fremgang, til tross for at klientene selv følte at formen var blitt bedre. Kandidaten legger til at *"mange gruet seg og hadde unormal høy puls når de startet testen, og fikk et dårlig resultat av den grunn"*. I denne forbindelse påpeker intervjukandidat nr.1 at feilkilder ved Åstrands test ikke var til å unngå: *"Vi merket ofte at klienter som var deprimerede kom bra ut på grunn av en generell lav puls. De som var engstelige og stressa fikk derimot ofte en høy puls og kom av den grunn dårlig ut på testen"*.

Cybex apparater ble også benyttet som en viktig del av testopplegget ved senteret. Cybex testing er en objektiv funksjonsundersøkelse der man måler musklers funksjon over ett eller flere ledd. I maskinen skal personen prøve å yte maksimal innsats med aktuell musklatur, som for eksempel i skulderledd, kneledd eller rygg. Selve cybex - apparaturen bygger på det isokinetiske prinsipp, dvs. en måler muskelarbeid under konstant hastighet. De mest avanserte apparatene kan med litt ombygging og justering måle kraftprestasjonene over de fleste ledd i kroppen. Isokinetisk styrkemåling har også vært mye anvendt innen idrettsmedisin og etter kirurgiske inngrep. (Stanghelle 2004).

Intervjukandidat nr. 4 forteller at de benyttet en ekstremitets cybex som målte isokinetisk styrke i henholdsvis skulder- og kneledd. Ved å koble på en balansestol fungerte dette apparatet også som en hjemmelaget rygg cybex. Etter hvert kjøpte de en "ekte" rygg cybex, som både intervjukandidat nr. 1 og 3 beskriver som et "monster" av en maskin! Testene på dette "monsteret" ble i hovedsak utført av fysioterapeuter, som brukte mye av arbeidstida til å teste alle ryggklientene. Intervjukandidat nr.3 kan også fortelle at senteret hadde samarbeidsmøter med Kysthospitalet i Stavem, Norges Idrettshøgskole og sentralsykehuset i Buskerud, og var dessuten med i et større prosjekt om muskeltesting. AiR var for øvrig landets første senter som tok i bruk isokinetisk testing av styrke i ryggen for fleksjon og ekstensjon. (Harstad 1990).

I tillegg til disse arbeidsfysiologiske testene, anvendte senteret også en såkalt *ADI*-test som målte grad av angst, depresjon og irritabilitet. Denne var utarbeidet ved Institutt for klinisk psykologi og Institutt for hygiene og sosialmedisin ved Universitetet i Bergen. (Harstad et al 1989). I denne forbindelse forteller intervjukandidat nr. 2 at man generelt brukte klinisk intervju som grunnlag for å si noe om depresjonsdybde. Imidlertid legger kandidaten til at det etter hvert kom andre tester (for eksempel *Spifa* og *Maderstest*) som kunne måle både depresjonsdybde og ulike psykiske lidelser.

Det er interessant å se at testene som nettopp er blitt omtalt, også ble anvendt i enkelte undersøkelser. Innen utgangen av 1986 gjennomførte senteret tre pilotundersøkelser for å evaluere effekten av et opphold: *For det første* undersøkte man klientenes bakgrunn, som blant annet omfattet registrering av bostedskommune, innsøkende instans, diagnose, yrkesbransje, arbeidsbelastning og sykmeldingsforhold. *For det andre* målte man den psykiske effekten av et treningsopphold, og her ble *ADI*- testen brukt. Resultatet påviste en signifikant bedring når det gjaldt å redusere angst, depresjon og irritabilitet. *Den tredje* og siste undersøkelsen skulle måle effekten av trening vedrørende maksimal muskelstyrke i kneledd/skulderledd og maksimalt oksygenopptak. Studien viste en klar bedring av både oksygenopptak og muskelstyrke målt med henholdsvis åstrands test og cybex - maskin. (Harstad et al 1989). Det skal legges til at undersøkelsene ble foretatt uten kontrollgruppe.

Disse undersøkelsene konkluderte blant annet med at bruk av arbeidsfysiologiske tester kunne være en sentral motivasjonsfaktor med henblikk på videre trening etter et opphold. Måleverdiene som testene viste var også nyttige i en konkret utføringsplan: Det ble lettere å vurdere den enkeltes arbeidskapasitet i forhold til arbeidsbelastningen. (ibid.). Intervjukandidat nr. 1 påpeker i denne sammenheng at det var legene og utføringskonsulentene som i utgangspunktet gjerne ville ha testene: "*Testene var nemlig et av bevisene på at klientene hadde gjort framgang og dermed burde kunne klare å bli mer aktive og komme seg i jobb igjen. De ble brukt som en viktig støtte for å anbefale den videre gangen etter oppholdet*". Dette er i tråd med det tradisjonelle synet på arbeidsevne som var gjeldende på denne tiden, der objektive målinger var sentrale verktøy for å vurdere personens arbeidsevne (se for øvrig side 56). Imidlertid understreker intervjukandidat nr. 4 at testene også var med på å *evaluere* virksomheten ved senteret, der man fikk et inntrykk av om treningen faktisk hjalp. Kandidaten legger til at de også var pålagt å gi en funksjonsvurdering av alle klientene. Fokus her var om klientene hadde en kapasitet som var i relasjon til arbeidet eller ikke.

Som en liten "kuriøsitet" forteller intervjukandidat nr. 4 at på våren 1989 kom det norske damelandslaget i alpint til AiR for å teste muskelstyrke og oksygenopptak. Senteret hadde også et toppidrettsprosjekt for gravide kvinner som benyttet seg av testene. Ifølge intervjukandidaten var det flere verdensmestere innom, noe ikke minst klientene satte ekstra stor pris på! Her legger kandidaten til at det ikke er noe motstykke å kombinere toppidrett og rehabilitering, og viser til toppidrettssenteret i Oslo der også "vanlige" folk kommer innom for å trene.

Det er interessant å se at senteret ikke bare var ivrige på testfronten – de befattet seg også med ulike behandlingsprosjekt. Den såkalte traksjonsriggen er et godt eksempel på dette:

Intervjukandidat nr. 1 forteller at fra denne riggen, som forøvrig fløt i det varme bassenget, ble man hengt opp i en bryst-sele. Et loddbelte skulle da festes rundt hofta. Hvis klienten for eksempel hadde utstråling og smerter på venstre side, hengte man loddene her, slik at trange forhold i ryggen ble "åpnet". På denne måten skulle smertene forsvinne mens man hang der i vannet. Selve målet var å bli varig smertefri ved gjentakende behandling. Dette prosjektet ble for øvrig avsluttet etter ca. 6 mnd. grunnet et heller dårlig resultat. Riggen kom allikevel til nytte, da den ble et leketøy for klientene!

5.6.1 Det testbare mennesket

I eksemplet ovenfor fikk faktisk mange en opplevelse av å være smertefrie, men de gledesstundene var dessverre heller kortvarige. Da klientene steg i land, kom smertene tilbake... Men prosjektet fikk likevel sin visjon siden klientene kom til å benytte riggen som et leketøy! Eksempelet viser i alle fall at det ofte bare er fantasien som setter grenser for hva mennesket kan eksperimenteres med. Tanken bak slike forsøk er som regel god, men resultatene er ikke alltid like oppløftende – selv for en "Petter Smart"! I denne forbindelse skal det sies at selv om forrige avsnitt kunne avsløre mye bruk av fysiologiske tester, så var imidlertid ikke dette noe som bare særpreget AiR: Bruk av tester var i tråd med det tidligere nevnte *funksjonsforbedringsperspektivet* som var gjeldende innenfor rehabilitering på denne tida, der måling og registrering av opptreningsresultater inngikk som en naturlig del av opplegget. (Normann et al 2003).

Det er ikke bare i vår moderne tid at mennesket er gjenstand for ulike tester og eksperiment. Også i renessansen var dette et aktuelt tema: På denne tiden eksperimenterte universalgeniet

Leonardo da Vinci mye med menneskekroppen. Ved hjelp av teknikk og maskiner var han i særlig grad opptatt av kroppen og dens forlengelser. Noen hevder sågar at han foregriper senere tids flyving: Både hanggliding, paragliding og fallskjermhopp kan forstås å stamme fra Leonardos tanker og ideer. (Breivik 2000). Imidlertid er det ikke bare den fysiske kroppen som har vært utsatt for ulike tester – også det mentale har fått sitt: *Psykoteknikken* med sine tester av evner og ferdigheter er et godt eksempel på dette. Disse testene kom i kjølevannet av første verdenskrig, og ble tatt i bruk i Norge tidlig på 1920-tallet. (Feiring 2004). Testene, som etter andre verdenskrig ble omdøpt til *arbeidspsykologiske tester*, fikk raskt fotfeste både innenfor militæret og yrkesopplæringen. Etter 1945 benyttet også vanføreforsorgen seg av slike målinger. (ibid.).

Det er verdt å merke seg at arbeidsfysiologiske tester som senteret anvendte, bygger på *idrettsmedisinske prinsipper*, dvs. filosofien som måler menneskets yteevne med den hensikt å forbedre og/eller bygge opp igjen den idrettslige prestasjonsevne etter en skade. (Mayer og Gatchel 1988). I idrettens verden inngår med andre ord tester som en naturlig del av treningen, der målet er å bli sterkere, raskere og mer utholdende. Her benytter man seg av et innholdsrikt testbatteri i ulike faser av treningsopplegget, som omfatter både motoriske, fysiologiske, biomekaniske og psykologiske egenskaper/tilstander ved idrettsutøveren. Det er også interessant å se at mange av de ulike teknologier idretten benytter seg av, stammer fra *medisinens* verden. Flere forskere hevder sågar at det har skjedd en *medikalisering* av idretten, der man har avdekket tette forbindelser mellom trenere, idrettsutøvere og medisinsk personale. (Augestad 2002). I så måte blir tester uunnværlige redskaper for idretten.

Bruk av tester som et ledd for å komme tilbake til idretten etter en skade, har vist seg å både være effektivt og trygt. Dessuten entrer atletene raskere tilbake til idrettsarenaen. (Mayer og Gatchel 1988). Denne filosofien fra idretten har man så overført til den andre enden av ”skalaen”, dvs. til mennesker med en kronisk hemning i funksjonen. Målet for mange av disse er tilbakeføring til arbeidslivet. Dette målet er også gjeldende for metodene *functional restoration* og *work hardening* som nå vil bli omtalt. Disse metodene stammer ikke uventet fra USA, og baserer seg nettopp på idrettsmedisinske prinsipper. Metodene, som fokuserer på ryggens funksjonsevne, tok AiR etter hvert i bruk på de mange ryggklientene ved senteret:

Intervjukandidat nr. 4 kan fortelle at selve grunnleggeren av *functional restoration/work hardening* var den amerikanske nevrokirurgen Tom Mayer. Han utviklet disse metodene tidlig på 1980-tallet ved the Productive Rehabilitation Institute of Dallas for Ergonomics (PRIDE). (Mayer og Gatchel 1988). Bakgrunnen for selve metodene var den store forekomsten av *kroniske korsryggsmerter*. Ryggsmerter var et stort problem i USA og ellers i den vestlige delen av verden, en diagnose som forårsaket mange langtidssykemeldte. Intervjukandidaten forteller videre at Mayer hadde gjennomført mange operasjoner på dårlige rygger. Imidlertid ble han tvunget til å slutte med disse inngrepene grunnet et øyeproblem. Han hadde også erfart at kirurgi i seg selv ikke alltid var den rette løsningen på kroniske ryggsmerter. Mangelen på standardiserte og *objektive målinger* når det gjelder å vurdere ryggens funksjonsevne var også en viktig årsak til at metodene ble utviklet. (ibid.).

Intervjukandidaten forteller at Mayer ble godt kjent på midten av 1980-tallet da han fikk Volvo Award prisen i klinisk vitenskap for en stor undersøkelse på kroniske korsryggsmerter. Flere hundre pasienter deltok i undersøkelsen, der de gjennomsnittelig hadde vært sykmeldte i 11 mnd. Resultatene viste at omtrent 85% av de som gjennomgikk det Mayer kalte *work hardening*, kom tilbake til arbeid. Påfølgende undersøkelser viste at denne prosenten holdt seg. Av de som deltok i kontrollgruppa, kom ca. 40% tilbake til arbeidslivet.

Intervjukandidat nr. 4 kan berette at Mayer baserte *functional restoration* på grundige tester og trening. For å se om pasientene egnet seg for å gå inn i programmet, måtte de først igjennom "før - undersøkelser" som varte i 1-2 dager. Så ventet en tre ukers lang periode med intensiv trening. Her bodde pasientene på et sykehushotell som lå like i nærheten av der de trente. Metodene baserte seg på en omfattende testing av hva pasientene hadde behov for å gjøre noe med, dvs. målet var å trene opp det som hver enkelt pasient manglet yteevne på for å klare arbeidet sitt. Dette er for øvrig i tråd med det tradisjonelle synet på arbeidsevne som vi tidligere har omtalt. Her gjenkjenner vi dessuten prinsippet om *funksjonell trening* som også var sentralt i medisinsk treningsterapi.

Intervjukandidaten forteller videre at konseptet til Mayer inneholdt et mangfoldig "testbatteri" bestående av personlighetstester, psykososiale tester samt testing av styrke, bevegelighet og oksygenopptak. Effektiv måling var med andre ord nøkkelen til effektiv behandling, som et terapeutisk team hadde ansvar for. I tillegg fokuserte man på hvordan ryggen fungerte i arbeidsoperasjoner som løfting, bæring, skyving/trekking og bøyning, dvs. såkalte ryggløyper.

Som vi husker vektla også AiR slike arbeidsteknikkløyper der riktig bruk av ryggen var i høysetet.

Etter en grundig uttesting forteller kandidaten at man målretta kunne gå inn og se hvor ”skoen trykkes” for hver enkelt pasient. Aktuelle forbedringsfaktorer kunne henholdsvis være *fysiske* (som for eksempel styrke, utholdenhet, bevegelighet og koordinasjon), *psykiske og kognitive* (som for eksempel motivasjon og mentale barrierer) og *arbeidsrelatert trening* (evnen til å utføre spesifikke arbeidsfunksjonelle oppgaver). I tillegg fikk man også nødvendig informasjon og rådgivning. Etter å ha gjennomført tre uker med trening, ventet en ny undersøkelse og nødvendig oppfølging ved behov. Intervjukandidaten forteller at sentrale mål var å komme raskt tilbake til arbeidslivet igjen, samt å redusere bruken av medikamenter som mange av pasientene brukte. (jfr. Mayer og Gatchel 1988).

Intervjukandidaten kan berette at metodene til Mayer var banebrytende på denne tiden og førte til at mange, deriblant AiR, ønsket å se nærmere på opplegget. Den store andelen av ryggklienter var hovedårsaken til at senteret tok i bruk disse metodene. Ryggsmerte ble tidlig en hoveddiagnose, og intervjukandidaten kan fortelle at de gjennomførte en større ryggundersøkelse i 1989/90 basert på Mayers prinsipper. Dette var en kontrollert undersøkelse der man vurderte nytten av fysiske og psykologiske tester vedrørende trening av klienter med kroniske korsryggsmerte. Måleresultatene ble sammenholdt med opplysninger om yrkesstatus seks måneder etter endt opphold ved senteret. I etterkant av denne undersøkelsen konkluderte man blant annet at gruppen som fikk et systematisk testopplegg, så ut til å være i arbeid i større grad enn de som ikke hadde vært gjennom det samme testopplegget (67 % av klientene i testgruppa var i arbeid seks måneder etter avreise mot 52% i kontrollgruppa). Det skal legges til at gruppene ikke var like store; kontrollgruppa omfattet 71 klienter, mens testgruppa bare utgjorde 40 klienter. (Harstad et al 1991).

Mayer ble med sine metoder en populær mann ved AiR, noe som er et godt eksempel på hvor stor påvirkningskraft et menneske kan få. Våre venner fra naturvitenskapen fikk i høyeste grad også stor påvirkning, om ikke nødvendigvis på AiR! Det er nettopp takket være menn som blant andre Galileo Galilei og Isaac Newton at man har kunnet benytte seg av en eksperimentell tilnærming til mennesket og dets ulike funksjoner:

Naturvitenskapsmennene utviklet metoder for å utforske *kvantitative* og målbare størrelser (inkludert kroppen) som kunne gjøres til gjenstand for systematisk observasjon. Vitenskapsmannen skulle primært være tilskuer og objektiv, noe som tilsa at han ikke skulle ha innflytelse eller innvirkning på det som ble observert. (Engelsrud 1985 og Smith 1998). Fenomener ble dessuten sett på som forståelige gjennom *eksperiment*. Man var hele tiden på jakt etter regelmessigheter, der kausalsammenhenger (årsak - virkning) ble ansett for å være lover. Et annet kjennetegn var fokuset på å studere forholdet mellom *deler* av materien, som deretter kunne betraktes som *uavhengige* av den helheten de var en del av. Målet til eksperimentet ble deretter å finne frem til *avhengighetsforhold*, og årsaksforklaringer mellom fenomener. (Engelsrud 1985). I denne forbindelse kan trening og testing av kroppens spesifikke deler forstås å være et eksempel på metoder som baserer seg på en naturvitenskapelig tenkemåte. For øvrig har ikke naturvitenskapen vært så opptatt av å finne lovene for helheten i materien. (ibid.).

Det er interessant å se at det naturvitenskapelige kunnskapsidealet fikk uttrykk i *positivismen*. [8]. Som vi husker fra kapittel 2, var en av hovedparolene til denne filosofien kravet om *enhetsvitenskap*: Alle vitenskaper kan utformes ved hjelp av et felles sett med grunnbegreper, dvs. et felles språk (fysikk), uavhengig av studieområde. (Smith 1998). Sagt med andre ord: Natur, mennesker, politikk, dyr osv. skulle studeres på nøyaktig samme måte, dvs. på fysikkens premisser. Positivismen baserte seg dessuten på et grunnsyn om at all erkjennelse må bygge på *sanseerfaring*. Alt som handlet om følelser, etikk og livets mening var uvitenskapelig og meningsløst, siden dette verken kunne observeres eller måles objektivt. (ibid).

Skaset (2003) hevder at *medisinen* nettopp tar utgangspunkt i en positivistisk og naturvitenskapelig tenkemåte. Da var det kanskje naturlig at senteret fokuserte mye på tester, når man vet at rehabilitering på denne tiden var preget av en medisinsk tankegang. (Kjeken 2003). AiR benytter imidlertid ikke testene i dag, og da kan det være interessant å se på hovedårsakene til dette:

8) Franskmannen August Comte (1798-1857) regnes for å være grunnleggeren av den klassiske positivismen – en hovedretning som for øvrig markerer framveksten av samfunnsvitenskapene. Positivismen fokuserte på at vitenskapen er begrensa til den positivt gitte erfaring (faktiske kjensgjerninger, "facts"). Man deler gjerne positivismen inn i tre "generasjoner", dvs. klassisk, logisk og standard positivism. Se for øvrig Smith (1998).

Intervjukandidat nr. 1 mener at testingen etter hvert ikke passet inn i den nye filosofien deres. Kandidaten tror at tester fokuserer på begrensninger, og at de ikke er et godt redskap når man skal se på muligheter og ressurser, noe som ifølge kandidaten er sentralt i AiR sin filosofi nå. Kandidaten legger til at senteret har brukt mye penger på dyrt testutstyr som er blitt anvendt i forholdsvis korte perioder, der selve testingen ikke ga så veldig mye.

Kondisjonstesten på ergometersykkel (*Åstrands test*) ble avsluttet i 1994. Ifølge intervjukandidat nr.1 var det flere grunner til det: *For det første* fikk de mange rare resultater på avreisetestene. Noen klienter hadde en uforklarlig god fremgang, som for eksempel 100 % på fire uker... Andre fikk ikke fremgang i det hele tatt, selv om de følte at formen var blitt bedre. Spesielt ille var det når avreisetesten viste et dårligere resultat i forhold til ankomsttesten. Motivasjonen for videre trening var da ikke den beste... *For det andre* mener kandidaten at selve testresultatet fortalte dem heller lite vedrørende arbeidsevnen til klientene. *En tredje* årsak er at testene var tidkrevende, og tok en stor del av arbeidstiden til personalet.

Etter hvert ble det slutt på ryggtesten (cybex) også. Ifølge intervjukandidat nr.3 mistet de troen på at det er graden av styrke i ryggen som avgjør om folk kommer tilbake til arbeid eller ikke. Kandidaten mener videre at det å fokusere på trygghet, motivasjon og innstilling ble viktigere enn å vise på et skjema at "*se hvor sterk du er, du kan jo bare jobbe selv om du har så vondt at du ikke orker...*". Kandidaten forteller også at de manglet normalmateriale til ryggtesten som de kunne sammenlikne med. Imidlertid hadde senteret to "eksepsjonelle" materialer fra USA, som omfattet henholdsvis idrettsutøvere med formidable testresultater og pasienter med særdeles lave verdier. Etter hvert ble personalet ved AiR utgangspunktet for det "normale"... Med andre ord ikke helt vitenskapelig utført! Kandidaten legger til at de hadde mye moro med denne testen, siden resultatene kunne tilsi at "*du er like sterk som overlegen*"! Generelt mener intervjukandidat nr.3 at testingen var et "overformynderi" der de objektivt skulle dokumentere at klientene kunne mer enn de selv opplevde.

I denne forbindelse er det viktig å påpeke at de aller fleste rehabiliteringsinstitusjonene fortsatt benytter seg av fysiologiske tester. Intervjukandidat nr.4 kan fortelle at Kysthospitalet ved Stavern er en av dem, og her bruker man tester når de finner det nødvendig og når tiden strekker til. Kandidaten mener at tester hører med i en rehabiliteringsprosess, men da anvendt med fornuft slik at ikke alle ressursene brukes på testbatteri. Kandidaten understreker

dessuten at det å slutte med alle tester, kan få uheldige konsekvenser: *"Tilslutt er det ingen som kan åstrands test, vet hva oksygenopptak er, kan fysiologien bak det hele – da er man komt litt ut å kjøre"*.

5.6.2 Dualistisk kroppsforståelse

Vi har nettopp sett at senteret fokuserte mye på fysiologiske tester i de første årene. Men hvordan skal man så forstå selve *kroppen* i denne testkulturen? Når kroppen blir gjenstand for både testing, måling og veiing, kan den oppfattes som en *biologisk* størrelse. Men her dukker det opp flere tolkninger: Engelsrud (1990) hevder at i en slik målbar treningskultur antas det *psykiske* å ligge utenfor rekkevidde for påvirkning, fordi det blir ansett for å være grunnforskjellig fra det *fysiske*. Legger man så et teoretisk perspektiv på dette, vil det komme til syne en *dualistisk* kroppsforståelse: *"En slik treningskultur støttes på en ensidig forståelse, der den avhengighet som eksisterer mellom kroppslige nivåer uttrykkes i kausalitetsrelasjoner snarere enn intimt avhengige fenomener"*. (ibid., s. 39).

Sagt med andre ord: Enkeltfenomener eller enkeltdeler ved kroppen, som for eksempel ryggen, gjøres til gjenstand for *isolert* vurdering, og blir samtidig betraktet som uavhengig av helheten. Målet blir dermed å komme frem til *kausalitetsrelasjoner* (årsak – virkning), noe som vi kjenner igjen fra naturvitenskapens metoder.

Før vi gjør rede for hvordan en dualistisk teori beskriver kroppen, er det nødvendig med en nærmere avklaring av begrepet *dualisme*. Man kan si at dette er en fellesbetegnelse for teorier som forutsetter to grunnleggende eksistensformer eller faktorer, der *kropp/sjel* nok er den mest kjente. Samtidig representerer dualisme en tenkemåte som henviser til *motsetninger*, for eksempel godt/ondt, mann/kvinne og kropp/sjel. Disse motsetningene har i vestlig kulturutvikling vært underlagt en spesiell verdimeisig "hierarkisering" hvor den ene delen er blitt rangert høyere enn den andre. (Engelsrud 1985). Et godt eksempel på praktisk dualisme er skillet mellom *kroppsarbeider* og *åndsarbeider*, der man også kan hevde at "åndens arbeid" samfunnsmessig har blitt verdsatt høyere enn "håndens arbeid". Denne rangeringen har dessuten vært med på å fastlegge en bestemt verdiorden i det enkelte mennesket. (ibid.).

Vi må vandre langt tilbake i tida for å finne selve opprinnelsen til kropp/sjel dualismen. Ved et slikt historisk tilbakeblikk, vil man fort oppdage at både kropp og sjel har vært gjenstand for mange ulike forestillinger og tolkninger opp igjennom årene. I klassisk gresk tenkning er det interessant å se at enkelte fremhevet og dyrket den unge, atletiske og vakre kroppen (den såkalte *dionysiske livsanskuelse*). (Engelsrud 1985). Disse tenkerne betraktet kroppen som det egentlige, mens sjela bare var en blass skygge. Andre derimot hadde en sterk oppvurdering av sjela, der kroppen ble ansett for å være sjelens "fengsel" (den såkalte *orfiske livsanskuelse*). Her ble døden oppfattet som selve redningen for den gode sjela, siden den da kunne befris fra det onde legemet. (ibid). Filosofen Platon (ca. 427-347 f.Kr.) hadde heller ikke så mye til overs for kroppen, og fremhevet istedenfor den udødelige sjela. Samtidig mente han at kroppen var fundament for tanken, der sunn livsførsel og fysisk aktivitet var virkemidler for å oppnå kontroll over kroppen. (ibid.).

Den mannen som må ta "hovedæren" for det grunnleggende skillet mellom kropp og sjel, er utvilsomt den franske filosofen René Descartes (1596-1650). Tankegodset fra Descartes, det som er blitt kalla den *kartesianske dualisme*, har hatt stor innflytelse på tenkningen og kunnskapsutviklingen i vår del av verden. (Råheim 1997). Descartes tar på seg å begrunne den nye naturvitenskapen, og må dermed løse følgende dilemma: På den ene siden opplever mennesket kvaliteter (smak, duft, smerte osv.) og sjelelige fenomen (jeg, du osv.). Men på den annen side kan ikke slike subjektive egenskaper finnes dersom materialistiske og mekaniske begrep er de eneste rette og som forklarer alt. (Skirbekk og Gilje 1987).

Løsningsforslaget til Descartes gikk ut på å definere naturen under rent mekaniske og kvantitative begreper, mens derimot sjela kunne ikke underlegges disse. I 1641 lanserte han denne dualismen i det litterære verket som fikk tittelen "*Meditations on the first philosophy in which the existence of God and the real distinction between the soul and the body of man are demonstrated*". (Crossley 2001, s.8). Her gjorde Descartes rede for skillet mellom *res extensa* (den utstrakte substans) og *res cogitans* (den tenkende substans).

Naturen – som også inkluderte kroppen – tilhørte den utstrakte substans. Kroppen skulle med andre ord følge de samme årsak – virkning – lovene som naturen for øvrig. Sjela (jeget) var fullstendig uavhengig av naturen og tilhørte derfor den tenkende substans. (ibid.). For Descartes var den tenkende substans det virkelige: Den sanne og rene fornuft befant seg i sjela, noe som henspiller mot hans velkjente sitat "*cogito ergo sum*" – dvs. "jeg tenker, altså er jeg". (ibid.). Kroppen derimot, var bare et fysisk objekt i verden – en *maskin* styrt av

universelle fysiske lover som kunne beskrives matematisk. Sjela (bevisstheten) var ikke en materie, men en usynelig substans som måtte studeres på en helt annen måte enn kroppen. Følgelig var ikke sjela underlagt de samme lovene som materie og kunne derfor aldri bli en del av naturvitenskapens område. Utsagnet "*the ghost in the machine*" stadfester nettopp denne mystikken omkring sjela til Descartes. (Crossley 2001, s. 10).

Kroppen og sjela blir med andre ord oppfattet som to logiske motsetninger. Men når Descartes samtidig påstår at de påvirker hverandre gjensidig, dukker det opp et nytt dilemma: Han tar til ordet for en slags identitet eller et årsak - virkningsforhold mellom to faktorer som han har definert som logisk ulike. (Skirbekk og Gilje 1987). Descartes fikk for øvrig aldri løst dette problemet.

Læra til Descartes kan forstås som at en persons bevissthet og en persons kropp antas å være to helt grunnforskjellige substanser, der de eksisterer i et utvendig og atskilt forhold til hverandre. Det er med andre ord logisk mulig å tenke seg at den ene delen av forholdet er uavhengig av den andre. I følge en dualistisk teori, blir altså forholdet mellom kropp og bevissthet ansett for å være logisk ikke-nødvendig eller tilfeldig. (Engelsrud 1990). Engelsrud påpeker dessuten at kroppen innenfor dette perspektivet kan betraktes som "*en materiell og utvendig størrelse, forskjellig fra og atskilt fra personen som handlende subjekt og væren*". (ibid., s. 35).

La oss ta en *dualistisk kroppsforståelse* nærmere i øyesyn. En slik oppfatning beskriver kroppen som noe fysisk eller mekanisk, der den samtidig kategoriseres som *ikke-intensjonal og ikke-meningsbærende*. Det intensjonale og meningsbærende antas derimot å ligge "bak" kroppen, og kan komme til uttrykk gjennom kroppen. (ibid.). I en dualistisk tilnærming reduseres kroppslig liv og opplevelse enten til mekanisk arbeid, eller kroppen forstås å være styrt av "bakenforliggende" intensjoner. Kroppen betraktes dessuten som et instrument, mens det *psykiske* anses for å være en instans som kroppen er redskap for. (ibid.). Innenfor en dualistisk teori trekkes altså det kroppslige ut av forholdet mellom mennesker og i så måte ut av konteksten det kroppslige inngår i. (ibid.). Engelsrud (1990) poengterer at "*når dualismens kroppsbegrep eksternaliserer kroppen fra personens meningsproduksjon og fra forholdet mellom mennesker, legges et grunnlag for å behandle og observere kroppen som en ytre gjenstand*". (s. 38).

Når vi så overfører denne forståelsen til trening, kan det kroppslige reduseres til en fysisk størrelse som kan trenes og vedlikeholdes i tråd med eksterne krav om prestasjoner, ytelser eller fasong. (Engelsrud 1990). *Ytelser* i form av jobb er som kjent målet for treningen ved AiR. Vi har allerede sett at en dualistisk kroppssoppfatning kan komme til uttrykk i en mekanistisk treningskultur, dvs. ved bruk av arbeidsfysiologiske tester. Som kjent var slike tester sentrale ved senteret. Imidlertid understreker Engelsrud (1990) at en slik forståelse også kan få flere uttrykksformer, blant annet i en *instrumentell* kroppsfortolkning. Som vi husker avdekket vi denne oppfatningen i selve målsettingen for treningen ved senteret (tilbakeføring til arbeidslivet). Men dette perspektivet kan også sies å være gjeldende i senterets grunnleggende metoder, dvs. medisinsk treningsterapi og functional restoration/work hardening. Her var som nevnt prinsippet om funksjonell trening sentralt: Kroppen skulle trenes i samsvar med eksterne krav som personen møtte i jobb og fritid.

Nå skal imidlertid ikke bare Descartes og naturvitenskapen få "skylda for" at kroppen er blitt oppdelt og tingliggjort. Man må ikke glemme at også framveksten av *industrialiseringen* og *kapitalismen* bidro til å forsterke og videreutvikle ideen om kroppen som maskin: Kroppen ble ansett for å være et redskap for arbeidet, dvs. et instrument i industriens og arbeidets tjeneste. (Råheim 1997). Her kunne arbeideren "selge" atskilte kroppsfunksjoner etter samfunnets behov. Samtidig kom den kapitalistiske arbeidsdelingen til syne, der åndelige ferdigheter ble henvist til særlige deler av produksjonen og manuelle ferdigheter til andre. Skillet mellom åndsarbeider og kroppsarbeider slår rot, der arbeider etter hvert ble synonymt med kroppsarbeider. "Den arbeidendes kropp" ble forstått som en maskin uten ånd, en robot med atskilte funksjoner. (ibid.). Her skal det også nevnes at innstillingen til arbeiderne var kjennetegnet av en "slit og sleng" holdning: Det som var sykt eller utslitt ble regelrett kastet. 50 åringen og iblant sågar 40 åringen vart ansett som "oppbrukt". (Johannisson 1990).

Medisinen slipper heller ikke unna, da flere hevder at den også har bidratt til å fragmentere og tingliggjøre kroppen. (Råheim 1997 og Turner 1992). I følge Råheim (1997) har medisinen definert kroppen slik Descartes la grunnlaget for, dvs. først og fremst som en fysisk, kvantitativ og objektiv størrelse. Hun viser også til at det gjøres lite rede for sammenhengen mellom følelser og kropp, liv og kropp. Turner (1992) hevder at kroppen spesifikt er legevitenskapens egentlige "gjenstand", mens sjela tilhører humanvitenskapene eller åndsvitenskapen. Han viser blant annet til begrepet *psykosomatisk* sykdom, som er med på å fastholde todelingen mellom kropp (soma) og sjel (psyke). Turner mener videre at den

kartesianske oppdelingen innenfor de medisinske vitenskapene, tillot å behandle kroppen på en måte som innebar liten inklusjon av sosiale og psykiske aspekter.

Men det dualistiske paradigmet bringer også med seg positive og nyttige sider: Her kan vi for eksempel vise til de enorme fremskritt som har skjedd innenfor medisinen – med transplantasjonsteknologien som noe av det ypperste. Samtidig har en dualistisk forståelse også vært dominerende i framveksten av idrettsforskningen etter krigen: Treningslæren henter inn aspekter fra arbeidsfysiologien, mens ulike idretter benytter seg av biomekaniske grep i avanserte teknikkanalyser. (Loland 2000).

5.6.3 Dualistisk syn på mennesket

Nå kan det være interessant å se om dualismen også gjemmer seg i *senterets forståelse av mennesket* de første årene: Intervjukandidat nr.4 forteller at tenkningen rundt forholdet mellom kropp og bevissthet var et sentralt tema som ble konkretisert i undervisningen, der man blant annet fokuserte på sammenhengen mellom kropp, sinn og omgivelsene. Sykepleierne hadde dessuten samtaler med enkelte klienter både individuelt og i gruppe. Intervjukandidaten mener derfor at de baserte seg på en helhetlig tankegang.

Intervjukandidat nr.1 har derimot en forståelse av at de hadde et oppdelt syn på mennesket: *"Vi så ikke klienten som en helhet, som et helhetlig menneske i samme grad som nå. Vi var ikke så opptatt av å se sammenhengene. Vi så sammenhengene, og brukte de nok i en del tilfeller, men vi var ikke i den grad opptatt av det som vi er nå".* Intervjukandidaten mener de jobba etter et naturvitenskapelig grunnsyn: *"Vi var opptatt av funksjonsforbedring på de forskjellige områdene, gjerne hver for seg og ikke sett i sammenheng".*

Intervjukandidat nr.3 mener at det var et *skille* mellom det fysiske og det psykiske, der sykepleierne ivaretok den *psykiske* dimensjonen, mens fysioterapeuter, idrettsinstruktører og leger jobbet med den *fysiske* biten.

Intervjukandidat nr.2 forteller også at idrettsinstruktører, fysioterapeuter og leger var opptatt av det *fysiske* og tenkte først og fremst på at symptomene måtte fjernes. Sykepleierne konsentrerte seg om det *psykiske*, og hadde samtaler med klienter som hadde behov for det. Intervjukandidaten forteller at senteret i stor grad var preget av den fysiske dimensjonen,

mens den psykiske biten heller var beskjeden. Kandidaten forteller: *"Jeg tror, ubeskjeden, at vi som sykepleiere er oppøvd i å tenke helhet, fra utdanningen vår. Vi tenker at det er kropp, sjel, legeme, og alt dette henger sammen skal man komme på beina igjen. Vi begynte å si noe om dette allerede i starten, men vi var veldig alene om å tenke det. Det var på en måte en slags biting at mennesker hang sammen. Selv om det ble sagt at de tenkte helhet, så var det ikke sånn altså, fordi det hadde ikke noen konsekvenser i forhold til hvordan vi jobba".* Som en forlengelse av dette, forteller kandidaten også at *"først var dette med psykiske ting og det med helhet og sånn, det var rusk i suppa. Det var sånn altså. Det var en kamp på en måte å stå for det, for det var noe som helst ikke burde være der... det passa liksom ikke inn".*

Også intervjukandidat nr.5 mener at sykepleierne hadde helhetstanken fra starten av, men at *"denne kom ikke fram i behandlingsmodellen som vi kjørte etter".* Kandidaten legger til at de var fysisk "passive" og at selve arbeidsfilosofien til senteret var lite helhetlig. Samtidig påpeker intervjukandidaten at senteret var preget av ulik forståelse i synet på mennesket, der sykepleierne var i opposisjon mot verdisettinga av tester og funksjonsmålinger som et grunnlag for et bedre liv: *"Kan ein ikkje måle det som er viktig, tillegg ein viktighet til det som kan målast".*

Uti fra disse beskrivelsene kommer det tydelig frem at det var et *skille* mellom det fysiske og det psykiske, og at det fysiske fikk størst plass. Som intervjukandidat nr.4 påpeker, lå det en helhetlig tanke bak, men ifølge skildringene til personalet kom den lite til uttrykk i selve arbeidet. Vi kan med andre slå fast at dualismen også kommer til syne i selve behandlingsmodellen til Attføringssenteret i årene 1986-1992.

*

Hvordan er så senterets oppfatning av mennesket i dag? I årsmeldingen anno 2003 kan vi lese at man nå fokuserer på en filosofi som tar utgangspunkt i at hvert enkelt menneske har ansvar for eget liv og for egne valg. Filosofien baserer seg på et helhetlig syn på mennesket, der alle sider er viktige: fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. Tanken bak dette helhetlige perspektivet er at mennesket er flerdimensjonalt, fra en forståelse om at i menneskelivet henger alt sammen og er dynamisk og prosessuelt. (Årsmelding 2003). Avdelingslederne på henholdsvis sykepleier- og fysioterapiavdelingen stod for utarbeidingen av denne helhetlige

filosofien, der *målsettingsarbeidet* (se side 64) utgjorde en sentral bit. Her kan intervjukandidat nr.5 fortelle at selve utgangspunktet for en ny filosofi var ønsket om å tone ned ekspertrollemodellen. Kandidaten benytter sågar begrepet *paradigmeskifte* (se side 20) for å beskrive senterets endring av grunnlagsfilosofien.

Det er interessant å se at bak senterets nye filosofi, gjemmer det seg en tenkning som henspeiler både mot *autonomi* og *holisme*. Begrepet autonomi kan defineres som det å ha ansvar for eget liv og for egne valg. (Vaa 1997). Ikke alle ”omfavner” denne forståelsen: Ifølge Gulbrandsen (2003) bærer autonomibegrepet i seg kimen til et vrengebilde av mennesket som et selvtilstrekkelig vesen, uavhengig av andres ivaretagelse. Han hevder at selv om begrepet minner oss om at vi har frihet og ansvar for våre liv, er virkeligheten grunnleggende paradoksal: *Like sant som at vi har frihet, er det at vi er prisgitt våre livsvilkår, og i særlig grad andre mennesker*. (ibid., s.147). Benevnelsen *holisme* stammer opprinnelig fra greske *holos*, som betyr hel. Når vi kikker i en fremmedordbok, blir dette begrepet definert som en lære der man studerer helheten fremfor delene, og der helheten utgjør mer enn summen av sine enkelte deler. Holisme innbefatter også alle aspektene ved mennesket som helhet, dvs. fysiske så vel som psykiske og sosiale dimensjoner.

Den nye filosofien gjenspeiler seg også i selve treningsopplegget: Vi husker kanskje at psykomotorisk fysioterapi er utgangspunktet for bevegelsesgruppene – et konsept som bygger på et holistisk og humanistisk grunnsyn. Ifølge intervjukandidat nr.1 baserer også treningen som idrettsavdelingen tilrettelegger seg på en slik oppfatning. I denne forbindelse trekker kandidaten frem *sykepleierne* som sentrale pådrivere, og mener de har mye av æren for at det holistiske menneskesynet fikk ”innpass” på idrettsavdelingen.

Senterets helhetlige perspektiv på mennesket er i tråd med rehabiliteringsmeldinga fra 1998-99, der det blant annet understrekes at *”eit heilskapleg menneskesyn basert på mennesket som kropp, sjel og ånd må liggje til grunn”*. (St meld nr. 21, s.6). Nå var imidlertid verken AiR eller Helse- og Sosialdepartementet ”først ute” med sitt helhetlige syn. Hvis vi går langt tilbake i tiden, dukker dette perspektivet opp i den eldste antikken (fra ca.600-300 f.Kr.) og i den jødisk-kristne skapelsestenkningen. Her fokuserte man på et godt og harmonisk kroppssyn, der mennesket ble sett på som en helhet. (Råheim 1997).

En helhetlig tilnærming kommer også til syne i selve vurderingen av funksjonen til brukerne: I dag er *observasjoner* i ulike aktiviteter selve grunnlaget for å gi et inntrykk av brukers fysiske, psykiske og sosiale funksjon. Funksjonen blir deretter satt i sammenheng opp mot de arbeidsoppgaver som er mulige gjennom kontakt med lokal arbeidsgiver, trygdekantor eller aetat. Brukers egenmotivasjon spiller for øvrig også en sentral rolle. (Årsmelding 2002). Dette er i tråd med det nye synet på *arbeidsevne*: Her konsentrerer man seg nå mot en mer helhetlig og multifaktoriell tilnærming, der arbeidstakeren er i sentrum. (Sjögren-Rönkä et al 2002). Den subjektivt vurderte arbeidsevnen har med andre ord fått økt betydning. Nok en gang kan vi altså slå fast at senteret har ”forlatt” det målbare og objektive, og konsentrerer seg istedenfor om en mer subjektiv tilnærming.

Man kan kanskje si at slike helhetlige modeller er et svar på utilfredsheten med dualismen. Men dualismen lever fortsatt i beste velgående: Loland (2000) hevder at det dualistiske paradigmet gjennomsyrrer vår forståelse av verden, og dukker blant annet opp i *språket* vårt: Her skiller vi fortsatt mellom praksis og teori, kroppsarbeid og åndsarbeid, fysisk aktivitet og intellektuell aktivitet. Loland viser også til informasjonsmateriell om idrett og mosjon, og mener at mye av denne informasjonen styrker forestillingen om kroppen som en del av naturens klare lovmessigheter : Forskere fremhever at hvis du er fysisk inaktiv har du en dobbelt så høy risiko for å dø av hjerte- og karsykdom sammenlignet med å være fysisk aktiv, og at en halv time med lett mosjon hver dag har en optimal helseeffekt. I følge Loland opererer man her med en slags kroppens og sunnhetens ”kostnad-nytte-kalkyle” som kommer ut i favør av regelmessig mosjon.

5.7 Oppsummering

I årene fra 1986 til 1992 hentet treningsregimet ved AiR de fleste av sine praksiser fra den medisinske institusjonen. Tester og fysikalske undersøkelser var viktige elementer i opplegget, som ellers bar preg av å skulle øke klientenes fysiske kapasitet med tanke på mestring av arbeidslivet. Treningsopplegget var i stor grad inspirert av Beitostølen Helsesportssenter, og fokuserte på aktiviteter som ballspill, padling, medisinsk treningsterapi og svømming. Også innlæring av riktige arbeidsteknikker stod på programmet. Generelt var man opptatt av å formidle mye kunnskap i så vel treningstimer som i undervisningstimer, noe

selve rollesettet kunne indikere på: Personalet karakteriserte seg som behandlere, mens klientene fremsto mer eller mindre som mottakere.

Klientene som kom til senteret ble delt inn i ulike diagnosegrupper, der ryggglidelser utgjorde en stor majoritet. For disse benyttet man etter hvert det amerikanske konseptet *functional restoration/work hardening* som baserte seg på trening og testing av ryggens funksjonsevne. Hjerteklienter utgjorde også en gruppe, og her var man opptatt av full sikkerhet i treningsaktivitetene. Selve treningen foregikk henholdsvis i grupper sammen med idrettsinstruktørene og individuelt med fysioterapeutene på treningsrommet.

Treningsregimet var dominert av et instrumentelt perspektiv på kroppen, og der man i stor grad hadde et dualistisk bilde av mennesket. I forhold til sykdom rettet personalet seg ofte mot fysiologiske forklaringsmodeller. Vi har også sett at dagens regime bærer bud om en mer kognitiv tankegang hvor faktorer som opplevelser og trygghet er kommet inn. Forståelser av trening, kropp og menneske knyttes nå opp mot mer helhetlige perspektiver.

6 Kropp, kunnskap og trening

I dette arbeidet har jeg undersøkt sentrale karakteristika ved treningsregimet som var rådende ved Attføringssenteret i årene 1986 til 1992. Foruten selve treningsopplegget, har viktige stikkord her vært tolkninger av henholdsvis kropp, menneske, helse og sykdom. Jeg har også gjort rede for hvordan regimet fortoner seg i dag. Videre har jeg belyst noe av forhistorien til det gamle treningsopplegget og på hvilken måte dette ble omdannet til et annet. Siden Attføringssenteret er en rehabiliteringsinstitusjon, ble også sentrale momenter av historien til virksomheten rehabilitering trukket inn. I lys av disse temaene, ønsket jeg både å konkretisere kunnskapssosiologiske poenger og samtidig bidra med en økt forståelse av et treningsregime i en rehabiliteringsinstitusjon.

Vi har sett at senteret la opp til mange ulike treningsaktiviteter i de første årene. Hverdagen til klientene var blant annet preget av gymnastikk, treningsrom, svømming, arbeidsteknikk, turer og riding. Intervjukandidatene kunne fortelle at treningen var *målretta* og tok sikte på en bedring av den fysiske funksjonen slik at klientene skulle klare å komme tilbake til jobbene sine. God utholdenhet og muskulær styrke ble med andre ord ansett for å være "nøkkelen" til arbeidslivet. Opptattheten omkring fysiologiske aspekter kom også tydelig fram i så vel undervisningstimer som i undersøkelser med lege og fysioterapeut. Skulle man få utbytte av treningen, måtte aktivitetene være harde nok og utføres på riktig måte. Personalet, som oppfattet seg selv som behandlere, instruerte klientene i korrekt teknikk i både ryggløyper, svømming og padling. På treningsrommet fokuserte man også på å finne de rette øvelsene til hver enkelt klient. Samtidig var det viktig å møte opp på timene. *Målrasjonell* og *vitenskapeliggjort* kan altså være andre sentrale stikkord ved treningsopplegget.

Treningsregimet var også preget av den *målbare* og *objektive* kunnskapen. For det første anvendte senteret fysiologiske tester for å vurdere funksjonsevnen til klientene, dvs. arbeidskapasiteten deres. Tester inngikk også i functional restoration/work hardening – et konsept som ble tatt i bruk på ryggklientene. Her var man opptatt av å forbedre ryggens funksjonsevne. For det andre konsentrerte fysioterapeutene seg mye om medisinsk

treningsterapi, en metode som inneholdt objektive doseringsprinsipp. Og for det tredje tok man ofte i bruk pulsklokker – spesielt med henblikk på hjerteklienter. Aktivitetene skulle med andre ord foregå med utgangspunkt i objektive og fysiske mål slik at man kunne sjekke intensiteten. Uti fra disse praksisene kan vi slå fast at det teoretiske grunnlaget for treningsopplegget i stor grad baserte seg på det målbare og objektive – en kunnskap naturvitenskapen erklærte som den primære og gyldige.

Det er verdt å merke seg at tester og andre teknikker fra medisins verden (som for eksempel legeundersøkelser og fysisk funksjonsundersøkelser) skulle utgjøre basisen for treningsprogrammet til hver enkelt klient (se side 65). Når vi samtidig vet at en lege fikk i oppdrag å tilrettelegge oppstarten, kan man derfor si at det medisinske kunnskapsregimet var med på å skape selve treningsopplegget ved Attføringscenteret. For å behandle de ulike menneskene, hentet centeret altså teknikker og tenkemåter fra den medisinske institusjonen. Dette viser at kunnskap ikke nødvendigvis stenges inne i en enkelt institusjon, men kan spre seg til andre institusjoner i samfunnet.

Hvis vi tar et tilbakeblikk på kapittel 4, er det interessant å se at kunnskap relatert til fagfeltet medisin også var med på å konstruere virksomheten rehabilitering og flere av praksisene. Legene utgjorde en sentral yrkesgruppe helt fra starten av, og var dessuten viktige drivkrefter for hvordan feltet og dermed begrepene skulle defineres. Legene var også "opphavsmenn" til etableringen av ulike sanatorier og behandlingsopplegg for tuberkuloserammede mennesker. Man kan jo spørre seg hvorfor legene og den medisinske kunnskapen fikk så stor dominans på feltet. I "*Klinikkens fødsel*" har Michel Foucault en generell forklaring på legenes høye status. Han skriver blant annet at da synet på sykdom gikk fra å være et privat ansvar til et statens anliggende på slutten av 1700-tallet, var det nettopp legene som fikk æren av å fjerne sykdom. (Johannisson 1990). Legene oppnådde prestisje og økende kunnskap gjennom samfunnets behov for å gjøre sykdom kontrollerbar. Nå ble legen etter hvert både doktor, vitenskapsmann og statstjener. (ibid.).

En "*tilpasset Beitostølen modell*" er også et særtrekk ved treningsregimet de første årene ved centeret. Mange praksiser og forståelser ble kopiert fra Beitostølen Helsesportssenter, deriblant ballspill, padling, fysiologiske tester og diagnosegrupper. I så måte kan vi slå fast at "oppskrifter" fra Beitostølen også var med på å danne treningsopplegget. Ideen om å etablere et senter på Rauland ble dessuten "unnfanget" nettopp på Beitostølen.

Treningen hadde altså som mål å bringe klientene tilbake til yrkeslivet. Denne instrumentelle forståelsen tillegger kroppen et *objektperspektiv*, dvs. en ting man kan trene og pleie til ulike formål. Dette synet har sine røtter fra naturvitenskapen og Descartes, der kroppen ble ansett for å være en fysisk størrelse styrt av naturens lover. Vi har sett at prinsippet om funksjonell trening som var sentralt i senterets metoder (medisinsk treningsterapi og functional restoration/work hardening) også kunne tolkes å inneha dette kroppsperspektivet. Å oppfatte kroppen som et redskap innebærer samtidig en *dualistisk* forståelse hvor man tar for gitt at kroppen er forskjellig fra bevisstheten. Vi kunne konstatere at dette synet også kan gjemme seg i en mekanistisk treningskultur basert på fysiologiske tester av kroppen.

Det "berømte" skillet mellom kropp og bevissthet leder oss inn på den forståelsen av mennesket som var gjeldende ved senteret de første årene: Denne oppfatningen ble konkludert med at man i stor grad skilte mellom det fysiske og det psykiske. Her la legene, fysioterapeutene og idrettsinstruktørene mye vekt på det kroppslige, mens sykepleierne på sin side var mer opptatt av den mentale biten. Dualismen var med andre ord rådende i forhold til både kropp og menneske, og delvis innbakt i rollefordelingene.

Men også i senterets sykdomsoppfatning kunne vi spore dualismen: Den anatomiske kroppen var i sentrum når klientene skulle undersøkes hos leger og fysioterapeuter. Intervjukandidatene beskrev undersøkelsene som lite helhetlige, der kroppslige symptom ofte ble ansett for å være årsaken til plagene. Denne tenkningen, som bunner ut i biomedisinsk sykdomsforståelse, kunne også oppfattes å ligge til grunn for metodene som omhandlet ryggen (functional restoration/work hardening). I disse årene la man også mye vekt på diagnoser, noe som for øvrig klientene måtte ha for å få et opphold ved senteret. Klientene ble fordelt i ulike diagnosegrupper som omfattet både hjerte, smerte, rygg og mentale lidelser.

Selv om det praktiske arbeidet ga uttrykk for en lite helhetlig tilnærming til både menneske og sykdom, var likevel tanken at man også skulle rette seg mot psykiske og sosiale aspekter. Et helhetlig perspektiv kom imidlertid bedre fram i senterets forståelse av helse: Dette begrepet ble definert som det å ha overskudd (dvs. fysisk, psykisk og sosialt) i forhold til hverdagens krav. Men til tross for dette, er det tydelig å se at synet på henholdsvis kunnskap, kropp og menneske bunner ut i en *naturvitenskapelig tenkemåte*. Sentrale stikkord her er objektivitet, målbarhet og dualisme. Siden senteret var preget av den medisinske kunnskapen, er disse

funnene kanskje en naturlig konsekvens. Her kan man legge til at idrett og trening generelt er sterkt preget og formet av komponenter fra den medisinske institusjonen.

Når vi så beveger oss inn i nåtida, kommer det til syne et annerledes regime ved Attføringscenteret. Testene er borte, og treningsopplegget beskrives uti fra begreper som trygghet, mestring og læring. Samtidig har vi sett at senteret i dag retter blikket mot mer helhetlige aspekter i forhold til både kropp, menneske og sykdom. Også rehabiliteringsfeltet har fornyet seg: I kapittel 4 registrerte vi at nye forståelser har tatt over, der funksjonsperspektivet er avløst av mål om deltakelse på alle livets arenaer. Arbeidet mitt viser med andre ord at kunnskap verken er nøytral eller evig, men kan veksle fra en tidsepoke til en annen.

Men hva var det som førte til at treningsopplegget endret seg til et annet? Den fremste omskapesfaktoren kan sies å være innføring av nye kunnskapsbiter. Her så vi blant annet at både fysioterapi- og idrettsavdelingen fikk nye impulser takket være personer som kom utenfra: En ny fysioterapeut med psykomotorisk utdanning bidro mye til igangsetting av bevegelsesgruppene. Idrettsavdelingen fikk friluftslivsentusiaster i engasjementstillinger som førte til en større betoning av opplevelsesperspektivet i turtimene. Også deltakelse på kurs skapte forandringer i opplegget: For det første ble elementer som kreativitet, lek og sansemotorikk trukket mer inn i både basseng- og gymnastikktimer. For det andre medvirket innføringen av *aktørmodellen* (brukeren i "føreraset") til at treningen måtte legges opp på brukernes premisser. Aktivitetene ble med andre ord mindre preget av instruering og fokus omkring en bestemt intensitet. *Gruppeinntak* var også med på å endre opplegget. Denne inntaksformen gjorde sitt til at den individuelle tilnærmingen i treningen etter hvert falt mye bort.

Vi har sett at senterets nye filosofi var med på å gi plass til et mer holistisk og humanistisk grunnsyn i treningsopplegget. Denne helhetlige filosofien kan oppfattes å spinne uti fra kunnskap knytta til henholdsvis enkeltmennesker og faggrupper, der selve drivkreftene var avdelingslederne på sykepleier- og fysioterapiavdelingen. I tillegg så vi at sykepleierne ble nevnt som spesielt sentrale i "innføringen" av et holistisk syn på idrettsavdelingen.

Men det at treningsopplegget fikk et nytt utseendet, må også sees i forhold til samfunnsutviklingen. Verden har jo forandret seg siden 1980-tallet, der nye oppfatninger og tenkemåter har tatt over. Nå vektlegges i større grad psykososiale aspekter i forhold til mennesker i en rehabiliteringsprosess. Tidligere var man nok også mer opptatt av å understreke riktige eller gale prinsipper ved bruk av kroppen, spesielt med tanke på ryggplager. En skal ikke gå mange år tilbake i tiden før mottoet *"Løft riktig – spar ryggen"* pryda mange plakater på ulike arbeidsplasser. Nå understrekes imidlertid et annet motto: *"Vondt i ryggen? Bruk ryggen!"*. Her kommer jo selvsagt forskningen inn i bildet, noe som også påvirker kunnskapen vi mennesker erverver oss.

Da er vi altså kommet til veis ende i min gjennomgang av treningsregimet ved AiR, der senterets første år er blitt undersøkt. For å få en forståelse av dette regimet har jeg benyttet "brillene" til dem som forvaltet det, dvs. personalet ved senteret. Men som jeg påpekte i det første kapittelet, får dette regimet også konsekvenser for brukerne. Hvordan brukere opplever og fortolker de ulike regimene, kan være et interessant perspektiv å forske videre på. Men det overlater jeg til andre interesserte.

Litteratur

Andrews, Therese (1997): Helsebegreper i 1990-årenes forebyggingsideologi – en kritisk drøfting av konsekvenser. I: Herdis Alsvåg, Norman Anderssen, Eva Gjengedal og Målfrid Råheim (red.): *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.

Arbeidsgruppe (1980): *Forslag om etablering av et Attføringssenter i Rauland i Telemark*. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet. Internt dokument ved Attføringssenteret, Rauland.

Attføringssenteret i Rauland a/s (2001,2002 og 2003): *Årsmelding 2001, 2002 og 2003*. Internt dokument ved Attføringssenteret, Rauland.

Augestad, Pål (2002): Stat, kropp og idrett. I: Ørnulf Seippel (red.): *Idrettens bevegelser. Sosiologiske studier av idrett i et moderne samfunn*. Novus forlag, Oslo.

Augestad, Pål (2003): *Skolering av kroppen. Om kunnskap og makt i kroppsøvningsfaget*. Avhandling til dr. polit. graden. Levert ved institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

Berg, Ole (2003): Makt og eksistens. I: Per Fugelli, Grete Stang og Bente Wilmar (red.): *Makt og medisin*. Makt- og demokratiutredningen 1998-2003, rapportserien nr.57, Oslo.

Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (2000): *Den samfunnsskapte virkelighet*. Oversatt av Frøydis Wiik. Fagbokforlaget, Bergen.

Breivik, Gunnar (2000): Prestasjonsteknologi før og nå. Fra teknologirådets høring "Det grenseløse mennesket" 17.02., Oslo. Hentet fra <http://www.idrett.no/t2.aspx?p=24799>

Breivik, Gunnar (2002): Ekstremsport og risikotaking som sosiologisk og samfunnsmessig fenomen. I: Ørnulf Seippel (red.): *Idrettens bevegelser. Sosiologiske studier av idrett i et moderne samfunn*. Novus forlag, Oslo.

Bunkan, Berit Heir (2001): Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. I: *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, nr.24, 121:2845-8.

Conradi, Sven og Rand-Henriksen, Svend (2004): Funksjonshemning og rehabilitering – ideologi og virkelighet. I: Lena Lande Wekre og Kjersti Vardeberg (red.): *Lærebok i rehabilitering*. Fagbokforlaget, Bergen.

Crossley, Nick (2001): *The Social Body*. Sage Publications, London.

Eneroth, Bo (1984): *Hur mäter man "vackert"? Grundbok i kvalitativ metod*. Akademilitteratur, Stockholm..

Engelsrud, Gunn (1985): *Kropp og sjel. Et dualistisk eller dialektisk forhold?* Forsøk på avklaring av et av fysioterapiens grunnlagsproblemer. Hovedoppgave, Statens Spesiellærerskole.

Engelsrud, Gunn (1990): *Kjærlighet og bevegelse: fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse*. Rapport / Helsetjenesteforskning, nr.1, Oslo.

Featherstone, Mike (1994): *Kultur, kropp och konsumtion*. Brutus Ostlings bokforlag, Stockholm.

Feiring, Marte (2004): Et streiftog gjennom rehabiliteringsfeltets begrepshistorie. I: Lena Lande Wekre og Kjersti Vardeberg (red.): *Lærebok i rehabilitering*. Fagbokforlaget, Bergen.

Fremmedordbok. Kunnskapsforlagets blå ordbøker. Aschehoug – Gyldendal.

Gjerset, Asbjørn og Vilberg, Arne (1992): Treningsplanlegging. I: Asbjørn Gjerset (red.): *Idrettens treningslære*. Universitetsforlaget, Oslo.

Gogstad, Anders Chr. (1985): Funksjonshemning og rehabilitering (attføring). I: Vigdis Bunkholdt (red.): *Grunnkurs i sosial- og helsefag, bind B*. Tano A.S., Oslo.

Gulbrandsen, Pål (2003): Skjult medisinsk makt i samfunnet. I: Per Fugelli, Grete Stang og Bente Wilmar (red.): *Makt og medisin*. Makt- og demokratiutredningen 1998-2003, rapportserien nr.57, Oslo.

Halvorsen, Knut (1993). *Å forske på samfunnet – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3.utgave. Bedriftsøkonomens Forlag A/S, Oslo.

Harstad, Herlof (1988/1994): *Målsetting – bakgrunnsfilosofi – tiltak ved AIR*. Internt dokument ved Attføringssenteret, Rauland.

Harstad, Herlof, Alvsaker, Kristin og Nessiøy, Inge (1989): Attføringssenteret i Rauland. Trenings- og behandlingseffekter. I: *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* nr. 2, 109: 212-215.

Harstad, Herlof (1990): *Gjennomgang av diagnosegruppene*. Internt dokument ved Attføringssenteret, Rauland.

Harstad, Herlof, Tveiten, Grete og Peltonen, Keijo (1991): *Ryggtrening ved Attføringssenteret i Rauland*. Internt dokument ved Attføringssenteret, Rauland.

Haugli, Liv og Finset, Arnstein (2002): Lege-pasient-forholdet ved funksjonelle lidelser. I: *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* nr.11;122:1123-5.

Hellesnes, Jon (2003): Makt og motmakt i det medisinske feltet. I: Per Fugelli, Grete Stang og Bente Wilmar (red.): *Makt og medisin*. Makt- og demokratiutredningen 1998-2003, rapportserien nr.57. Oslo.

Hoffmann, Bjørn (1999): Helse, sykdom og kampen om det gode liv. I: *Nytt Norsk Tidsskrift* nr.1: 74-80.

Holtén, Oddvar og Faugli, Hans Petter (red.) (1994): *Medisinsk treningsterapi*. Universitetsforlaget AS, Oslo.

Høie, Ingrid M. (2004): Lyst setter farge på mosjonen. I: *Fjell og vidde*. Den Norske Turistforenings blad nr.6: 66-68.

Johannisson, Karin (1990): *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle. Historiske erfarenheter*. Norstedt, Stockholm.

Kjeken, Ingvild (2003): ICF – rammeverk i rehabilitering. I: *Ergoterapeuten*, nr.2. (Finnes også på:
http://www.nrrk.no/rehab_avd/rehabilitering/ICF_i_rehabilitering/ICF_artikkel_ingvild.htm).

Kvale, Steinar (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad notam Gyldendal, Oslo.

Loland, Sigmund (2000): Kroppssyn, idrett og mosjon. I: *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 120: 2919-21.

Loland, Sigmund (2002): Lek, spill og idrettens egenart. I: Ørnulf Seippel (red.): *Idrettens bevegelser. Sosiologiske studier av idrett i et moderne samfunn*. Novus forlag, Oslo.

Mayer, Tom og Gatchel, Robert J. (1988): *Functional Restoration for spinal disorders: The Sports Medicine Approach*. Lea & Febiger, Philadelphia.

Måseide, Per (1997): Natur og kultur. Spenningsfeltet mellom ei objektivistisk og ei relativistisk forståing av kropp, sjukdom og helse. I: Herdis Alsvåg, Norman Anderssen, Eva Gjengedal og Målfrid Råheim (red.): *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Ad Notam Gyldendal AS, Oslo.

Nielsen, Niels Kayser (1997): *Krop og kulturanalyser*. Universitetsforlaget, Odense.

Normann, Trine, Sandvin, Johans Tveit og Thommesen, Hanne (2003): *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse?* Kommuneforlaget AS, Oslo.

Normann, Trine og Sandvin, Johans Tveit (2001): *Om moderne rehabilitering – en start på dialogen mot en felles forståelse*. SKUR-notat nr. 10/2001. Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering. Bodø.

Nygård, Clas-Håkan, Eskelinen, Leena, Suvanto, Sakari og Ilmarinen, Juhani (1991): Associations between functional capacity and work ability among elderly municipal employees. I: *Scandinavian Journal of Work, Environment and health*. 17 (Suppl 1): 122-127.

Repstad, Pål (1998): *Mellom nærhet og distanse*. Universitetsforlagets Metodebibliotek. Oslo.

Rigné, E. M. (1998): Kunskaps- och vetenskapssociologi. I: Per Månson (red.): *Moderna samhällsteorier*. Rabén, Stockholm.

Råheim, Målfrid (1997): Forståelse av kroppen som fenomen. Kritikk og utfordringer i helsefagenes grunnlagsforståelse. I: Herdis Alsvåg, Norman Anderssen, Eva Gjengedal og Målfrid Råheim (red.): *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.

Schiøtz, Aina (2003): *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Det offentlige helsevesenet i Norge 1603-2003. Bind 2. Universitetsforlaget, Oslo.

Schjøth, Arne (2003): Livssynsproblemet i dagens medisin. I: *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* nr.10;123:1372-4.

Sjögren-Rönkä, Tuulikki, Ojanen, Markku T, Leskinen, Esko K, Mustalampi, Sirpa T, og Mälikä, Esko A (2002): Physical and psychosocial prerequisites of functioning in relation to work ability and general subjective well-being among office workers. I: *Scandinavian journal of Work, Environment and Health*. 28 (3):184-90.

Skaset, Maren (2003): Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985. I: Aina Schiøtz (2003): *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. Bind 2, Universitetsforlaget, Oslo.

Skirbekk, Gunnar og Gilje, Nils (1987): *Filosofihistorie 1*. Universitetsforlaget, Bergen.

Smith, Mark J. (1998): *Social science in question*. SAGE Publications, London.

Stanghelle, Johan Kvalvik (2004): Undersøkelsesmetoder. I: Lena Lande Wekre og Kjersti Vardeberg (red.): *Lærebok i rehabilitering*. Fagbokforlaget, Bergen.

Steen-Johnsen, Kari og Engelsrud, Gunn (2002): Mellom selvutfoldelse og konformitet – treningssenteret som arena for tvetydig erfaring. I: Ørnulf Seippel (red.): *Idrettens bevegelser – Sosiologiske studier av idrett i et moderne samfunn*. Novus forlag, Oslo.

St.meld. nr. 39 (1991-92): *Attføringsmeldingen*. Kommunal- og arbeidsdepartementet, Oslo.

St.meld. nr. 21 (1998-99): *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Thornquist, Eline og Bunkan, Berit Heir (1995): *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforlaget, Oslo.

Turner, Bryan S. (1992): *Kroppen i samfundet: teorier om kropp og kultur*. Hana Reitzels forlag, København.

Turner, Bryan S. (1995): *Medical power and social knowledge*. Second edition. Sage publications, London.

Vaa, Gro (1997): *Attføringssenteret i Rauland 1986-1997. Frå visjon til handling til ny visjon*. Attføringssenteret i Rauland.

Vik, John Tore (2004): Hjerte- og karsystemet. I: Lena Lande Wekre og Kjersti Vardeberg (red.): *Lærebok i rehabilitering*. Fagbokforlaget, Bergen.

Vik, Kjersti (2004): ICF – en felles modell og et felles språk i rehabilitering. I: Lena Lande Wekre og Kjersti Vardeberg (red.): *Lærebok i rehabilitering*. Fagbokforlaget, Bergen.

Wigers, Sigrid Hørven og Sigurdson, Erik Kr. (2004): Opptreningsinstitusjoner og helsesportssentre. I: Lena Lande Wekre og Kjersti Vardeberg (red.): *Lærebok i rehabilitering*. Fagbokforlaget, Bergen.

www.bhss.no/aktiviteter.html

Østerberg, Dag (2003): *Sosiologiens nøkkelbegreper*. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo.

Intervjuguide

1. Beskrivelse av treningsopplegget 1986-1992

A) Utseendet til treningsopplegget

- Hvordan så en treningsuke ut?
- Beskrivelse av testene
- Hvordan husker du treningsopplegget?
- Treningsopplegget på idrettsavdelingen
- Treningsopplegget på fysioterapiavdelingen
- Gruppetrening/individuell trening

B) Filosofien

- Målsettingen for treningen på idretts- og fysioterapiavdelingen
- Senterets generelle filosofi
- Forståelsen av mennesket
- Rollesettet
- Oppfatning av helse og sykdom
- Kommunikasjon

C) Treningsideal; teorier/metoder bak treningsopplegget

- Beskrivelse av metodene functional restoration/work hardening
- Bakgrunn for å benytte metodene på AiR
- Beitostølen Helseportssenter som modell for AiR
- Kommunikasjon i treningen: Instruksjonsform

2. Beskrivelse av dagens treningsopplegg

A) Utseendet til treningsopplegget

- Hvordan ser en treningsuke ut i dag?
- Bakgrunn for innføring av bevegelsesgruppene

- Treningsopplegget på idretts- og fysioterapiavdelingen

B) Filosofien

- Målsettingen for treningen på idretts- og fysioterapiavdelingen
- Senterets generelle filosofi
- Forståelsen av mennesket
- Rollesettet
- Oppfatning av helse og sykdom
- Kommunikasjon

C) Treningsideal

- Teorier/metoder bak dagens treningsopplegg
- Kommunikasjon i treningen: Instruksjonsform

3. Hvordan kan man forklare endringene?

- Ytre påvirkninger (forskning, kurs, andre fagmiljø osv.)
- Indre påvirkninger (erfaringer, personale, tverrfaglig arbeid osv.)
- Grad av brukermedvirkning i utformingen av treningsopplegget: I hvilken grad har tilbakemeldinger/erfaringer fra brukerne påvirket treningsopplegget?

Brev til tidligere ansatte ved AiR:

Forespørsel om deltakelse i prosjekt om fysisk aktivitet ved AiR.

Jeg heter Ann Marit Flokenes og er en hovedfagstudent ved Høgskolen i Telemark som skal skrive en oppgave om fysisk aktivitet ved Attføringssenteret i Rauland. Bakgrunnen for denne oppgaven, er at jeg har jobbet som idrettspedagog ved senteret og ønsker å gjøre et prosjekt der. Oppgaven handler om hvilke endringer som har skjedd i treningsopplegget ved senteret opp gjennom årene og hvordan man kan forklare disse endringene. For å finne svar på problemstillingene, ønsker jeg å intervjuer både nåværende og tidligere ansatte ved AiR. Spørsmålet til deg er om du kunne tenke deg å være med på et intervju/en samtale sammen med meg. Jeg har lagt ved problemstillingene mine. Noen av spørsmålene er naturlig nok ikke like aktuelle for alle intervjukandidatene, da de har jobbet ved senteret i ulike perioder.

I utgangspunktet vil alle innsamlede opplysninger bli anonymisert når oppgaven er ferdig i mai/juni neste år. Jeg er interessert i å publisere oppgaven med personidentifiserbare informanter, men dette er ikke noe krav. Informantene vil få lese gjennom egne sitat før disse brukes. Jeg ønsker å bruke lydbånd under intervjuene, de vil bli slettet etter prosjektslutt. Prosjektet er meldt inn til personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Oppgaven er godkjent av Attføringssenteret og de har gitt meg tillatelse til å sende dette brevet. Jeg vil understreke at det er frivillig å være med og at det er lov å trekke seg underveis uten å måtte begrunne det.

Håper du ønsker å hjelpe meg med prosjektet mitt! Jeg vil ta kontakt med deg etter noen dager, for å høre om du er interessert!

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Ann Marit Flokenes

Intervjukandidatene

Følgende intervjukandidater deltok i undersøkelsen:

Intervjukandidat nr. 1: Alf Svenning Berg, avdelingsleder på idrettsavdelingen ved AiR.

Intervjukandidat nr. 2: Sissel Fundli, tidligere psykiatrisk sykepleier ved AiR.

Intervjukandidat nr. 3: Irene Øyeflaten, fysioterapeut ved AiR.

Intervjukandidat nr. 4: Herlof Harstad, tidligere overlege ved AiR.

Intervjukandidat nr. 5: Gro Vaa, tidligere avdelingsleder på sykepleieravdelingen ved AiR.