

Att komma tillbaka

Kvinnors berättelser om vägen tillbaka till hälsa och arbete efter sjukskrivning *

Alexandra J Kamblér

Flera studier har pekat på viktiga faktorer för att hälsa och återgång till yrkeslivet ska vara möjliga men hur detta i praktiken ska ske och vilka rehabiliteringsåtgärder som är mest effektiva är otillräckligt belagt. Studien har genom intervjuer med sju kvinnor med stressrelaterade störningar granskat hur en tillfriskningsprocess kan upplevas och vad som upplevs som meningsfull hjälp i samband med den. Deras tillfriskning har inneburit en kamp och ett starkt personligt engagemang. Beslutsamhet och målinriktning var förutsättningar för att få ta del av rehabiliteringsåtgärder. Kvinnorna i studien har upplevt ett stort personligt ansvarstagande för sin tillfriskning men de har också betonat vikten av bekräftelse från en förstående omgivning. En stor besvikelse har uttryckts gentemot Försäkringskassan och i vissa fall arbetsgivare för bristande förståelse, stöd och hjälp. Genom bland annat kampanjan har kvinnorna utvecklat sin självkänedom och sin livssituation.

Key words: vocational rehabilitation, long-term sick-leave, empowerment, personal growth, stress related disorders

Inledning

Ohälsotalet i Sverige

Långtidssjukskrivningar i Sverige har under en längre tid ökat i antal och längd och problemet är idag en stor utmaning och angelägenhet för våra folkvalda politiker. Det tvistas om vilka siffror som stämmer gällande det totala ohälsotalet. Enligt statistik gällande ohälsotalet (www.forsakringskassan.se, 2007) har långtidssjukskrivningar, under 2006 allmänt sjunkit över hela landet jämfört med 2002, men skillnaderna är marginella. Siffrorna anger både män och kvinnor i arbetsför ålder, alltså 20 till 64 år. Statistiken visar en överrepresentation av kvinnor genom åren 2002 till och med oktober 2006 vad gäller dem som erbjudits rehabiliteringsåtgärder och dem med enbart sjukersättning. Denna snedfördelning bekräftas också av flera studier (Alexanderson, Borg, & Hensing, 2005; Alhgren & Hammarström, 2000; Heijbel, Josephson, Jensen, & Vingård, 2005; Marnetoft, Selander, Bergroth, & Ekholm, 2001). Någon statistik på hur många som friskskrivs är snarast

* Tack till Martin för stödet och de berikande samtalen och idéerna under genomförandet av studien. Ett stort tack även till alla deltagare som varit så generösa med sin tid och sina inspirerande och intressanta berättelser. Lycka till på er resa.

omöjlig att få tag på då människor förflyttas mellan ersättningssystem och åtgärder och mellan kommunala stödåtgärder och aktörer i privata sektorn. I regel är friskskrivningen förknippat med sjukersättning. När sjukersättning inte längre betalas ut, förväntas man vara frisk nog för att arbeta. Försäkringskassans uppgift är främst att samordna åtgärder och besluta om sjukersättningar.

En litteratursökning pekar åt att långtidssjukskrivningar verkar vara ett skandinaviskt, för att inte säga svenskt fenomen. Åtminstone är det så att definitionen och hanteringen av sjukskrivning i Sverige skiljer sig åt från övriga Europa och USA (Stubbs & Deaner, 2005). Bland annat finns ingen begränsning på tillåten sjukskrivningslängd i Sverige (Alexanderson, et al., 2005).

Ett salutogent perspektiv

Det har traditionellt sett varit fokus på ohälsa, sjukdom och vad som gör människor sjuka och som därmed bör undvikas. Det har därför fötts ett behov av en mer positiv anda inom psykologi och hälsa, och uppmuntran om vad som gör människor friska och ökar livsglädjen. Som motreaktion till den patogena traditionen har en positiv psykologi trätt fram (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Frågor kring vad som är hälsofrämjande och hälsobevarende kan besvaras utifrån det salutogena perspektivet, myntat av medicinsociologen Aaron Antonovsky (2005). Salutogenes är inte nödvändigtvis motsatsen till patogenes, begreppen kan ses som komplementära då båda är nödvändiga för förståelsen av hälsa och sjukdom. Innebörden av begreppet hälsa har genomgått förändringar och nya synsätt har trätt fram, från den biomedicinska eran med sitt reduktionistiska synsätt till dagens biopsykosociala perspektiv (Ogden, 2000). WHO:s definition av hälsa är fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, definitionen följer alltså ett holistiskt perspektiv (Strandmark, 2007). Detta innebär att hälsa och livskvalité är nära sammankopplade (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Betraktat ur ett salutogent perspektiv, handlar hälsa till stor del om anpassning. Detta bör inte förväxlas med konformitet. Med god anpassningsförmåga menas att individen kan hantera givna situationer och litar på sin förmåga att kunna göra det (Antonovsky, 2005; Perski, 2002). God hälsa innebär också att individen förmår att se framåt och har positiva förväntningar på framtiden (Strandmark, 2007).

Peterson, Nansook, & Seligman (2005) undersökte huruvida njutning (pleasure), engagemang och mening var förutsättningar för tillfredsställelse och lycka i livet. Med hjälp av 845 respondenter gjordes klart att dessa tre inriktningar kunde var för sig och gemensamt förutsäga ett tillfredsställande och lyckligt liv. Det gjordes en distinktion mellan "the full life" och "the empty life", vilket alltså innebär ett lyckligt och tillfredsställande liv respektive ett liv med brist på eller ingen tillfredsställelse och lycka. Människor som ansåg att de hade njutning, engagemang och mening i sitt liv uppgav också att de levde ett lyckligt och tillfredsställande liv. Då människor hade en låg nivå av njutning, engagemang och mening i livet, upplevdes livet tomt. Att känna mening med livet och kunna njuta av det är alltså viktigt för att känna sig tillfreds.

Det kan även tänkas att svåra perioder i människors liv som övervinns ger känslomässig och mental styrka, och kan dessutom ge ökad mening med livet. Det finns indikationer om att en svår livskris, skulle kunna vara grogrund för personlig utveckling utöver vad som annars varit möjligt och ökad livskvalité (PTG, posttraumatic growth) men ännu finns otillräcklig empirisk belägg för att hävda detta säkert (Zoellner & Maercker, 2006).

Fokus på kvinnor – sjukskrivning och rehabilitering

En studie utförd av Marnetoft et al. (2001) lyfte fram viktiga faktorer som bidrar till en effektiv rehabilitering och upptäckte bland de faktorer som vägde tyngst, att männen hade det mest fördelaktigt, genom att helt enkelt vara man. Kvinnor var en grupp som minst fick åtnjuta de resurser som fanns till hands. Dessutom, visar det sig att kvinnors rehabilitering pågår under kortare tid och är mindre ambitiöst utformad vid jämförelser med männens rehabilitering, det vill säga om någon rehabiliteringsåtgärd alls sätts in. Detta kan tänkas vara en bidragande orsak till att kvinnor inte lyckas återfå full förmåga för att återträda arbetsmarknaden. Kvinnors erfarenhet av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, är många gånger att de inte tas på allvar av sina läkare och andra professionella och ifrågasätts gällande sin egen syn på sin hälsa och arbetsförmåga (Ahlgren & Hammarström, 2000). De upplever sig själva som besvärliga och gnälliga och blir desillusionerade huruvida deras problem kanske inte går att lösa. De hoppas på att träffa ”de rätta personerna” som förstår dem och kan ge dem den hjälp och det stöd de behöver (Ahlgren & Hammarström, 2000). Studier visar också att kvinnor ofta har komplex sjukdomshistoria med mer än en åkomma och är svåra att placera i givna ”fack”, såsom systemet är uppbyggt (Ahlgren & Hammarström, 2000). Även utbildningsnivå påverkar kvinnors sjukskrivningslängd och återgång till arbete (Marnetoft et al., 2001). En kvinna med akademisk utbildning har en snabbare rehabilitering och återgång till arbete. Det kan däremot diskuteras om det är rehabiliteringen i sig som varit positiv eller om kvinnors plikt känsla och ambition att göra rätt för sig kan ha större betydelse, för att inte tala om ekonomiska incitament. (Perski, 2002).

Vad är hon sjukskriven för?

Den moderna kvinnan har flera roller då hon är löntagare på arbetsmarknaden och ofta bär helhetsansvaret för familjen och hemmet. Detta dubbelarbete anses ha effekt på sjukskrivning och rehabilitering för kvinnor (Ahlgren & Hammarström, 2000; Grossi, 2004). Att sjukskriva sig från sitt arbete är möjligt, men det är betydligt svårare att sjukskriva sig från sin familj och de kraven och ansvaret som den innebär. Kanske är detta en bidragande orsak till att kvinnor i hög grad har sämre hälsa än män (Grossi, 2004; Millet & Sandberg, 2003) och sjukskrivs oftare för en kombination av störningar däribland stressrelaterade sådana till exempel autoimmuna sjukdomar och psykiska besvär (Heijbel et al., 2005; Perski, 2002). Det har även visat sig att läkare är mer benägna att sjukskriva kvinnor än män (Alexanderson et al., 2005), med den möjliga förklaringen att kvinnor ofta har en komplex sjukdomshistoria och bakgrund som anses vara svår att åtgärda (Ahlgren & Hammarström, 2000).

Enligt Riksförsäkringsverket, (RFV, tidigare Försäkringskassan), är kvinnors arbetsklimat bidragande till längre sjukskrivningar (RFV, 2001). En överrepresentation av kvinnor finns i offentliga sektorn, de arbetar bland annat inom omsorg och skola där arbetsmiljön blivit försämrade de senaste åren. Tänkbara orsaker till detta är exempelvis nedskärning av personal, större ansvarsgrupper på förskola och skola, mindre befogenheter och inte minst en bristande kontroll över sin situation.

Definition av rehabilitering

Syftet med rehabiliteringsåtgärder är att hjälpa den sjukskrivna personen att återfå kraft och hälsa så att det blir möjligt för henne eller honom att arbeta igen. Följande definition ges av försäkringskassan:

”Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som ska hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv. Olika myndigheter ansvarar för olika områden. Sjukvården ansvarar för den medicinska behandlingen och rehabiliteringen. Arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen har ansvaret för de arbetslivsinriktade åtgärderna och kommunen ansvarar för de sociala åtgärderna”. (www.forsakringskassan.se , 2006)

Alltså arbetar flera aktörer med individen, vilket visat sig vara både positivt men även mindre lyckat (Heijbel et al., 2005; Lindqvist & Grape, 1999; Stubbs & Deaner, 2005). Först och främst är det arbetsgivaren som tillsammans med den anställde ansvarar för rehabiliteringen. Att detta samarbete i många fall brister, anses bland annat bero på arbetsgivarens bristande kunskaper gällande långtidssjukskrivning och rehabilitering (Heijbel et al., 2005; RFV, 2004). Då det i många fall (i synnerhet bland kvinnor) är svårt att definiera och klart särskilja olika problematik, finns risk för att den sjukskrivne faller mellan stolarna i tvister om vem som bär ansvaret för olika områden (Lindqvist & Grape, 1999). Det kan tänkas att professionella inom sjukvård och rehab har ett så snävt kunskapsfält att det blir svårt att arbeta över gränserna (Stubbs & Deaner, 2005), och sannolikt är att de ekonomiska ramarna begränsar professionellas resurser (Lindqvist & Grape, 1999). Att ha flera aktörer inom rehabiliteringsåtgärderna kan orsaka att ansvarsfrågan förskjuts mellan olika instanser och det blir oklart vem som sköter vad. Det som återstår är att den sjukskrivna får själv ansvara för kommunikationen mellan olika instanser. Den sjukskrivna personen ordnar ofta själv sin egen rehabilitering då Försäkringskassan och arbetsgivarens försök att hjälpa individen tillbaka till arbete i många fall upplevs otillräckliga eller till och med obefintliga (Heijbel et al., 2005; RFV, 2004). Det som är positivt då systemet fungerar bra är just det tvärvetenskapliga perspektivet, att flera aktörer från olika discipliner överlappar varandra och hjälper individen med olika symptom och problematik. Systemet anses även bidra till att information och kunskap blir lättillgänglig mellan instanserna (Lindqvist & Grape, 1999).

Den svenska modellen bygger trots allt på ett holistiskt perspektiv. Det vill säga, åtgärderna utformas för att möta medicinska, psykologiska och sociala behov hos individen (RFV, 2004). Professionella arbetar i team med ansvariga för de olika disciplinerna och ofta under en obestämd tid (RFV, 2004; Stubbs & Deaner, 2005). Med multidisciplinära insatser hoppas man kunna hjälpa individen att få ett ökat fysiskt och psykiskt välbefinnande. De brister som finns inom den svenska rehabiliteringsmodellen kan enligt Stubbs & Deaner (2005), bero på att rehabilitering av i synnerhet långtidssjukskrivna är ett relativt ungt fenomen i Sverige. Detta kan tydas bland annat av de inkonsekventa benämningarna och definitionerna som finns mellan olika instanser och i litteraturen (Lindqvist & Grape, 1999).

Påverkansfaktorer för rehabiliteringen

Det är sällan enskilda faktorer som påverkar en tillfriskning ur långtidssjukdom, oftast sker ett samspel av flera åtgärder och skeenden som gör att en tillfriskning blir möjlig. Därför bör dessa faktorer ses som möjliga delar av en helhet, där helheten är hälsa och funktion. Viktiga faktorer för ett tillfrisknande är bland annat bemötande (Engquist, 1996; Gordan, 2004; Rasmussen & Andersen, 2005), ett individcentrerat perspektiv (Flude, 2000; Rasmussen & Andersen, 2005), och personligt engagemang och ansvarstagande (Millet & Sandberg, 2003; Svensson, Müssener, & Alexandersson, 2006). Därtill är professionellas kunskap och kompetens viktiga egenskaper för att dessa faktorer ska bli möjliga (Lindqvist & Grape, 1999). Även personliga egenskaper hos den sjukskrivna påverkar rehabilitering, det vill säga individens utbildningsnivå, ålder, hur länge sjukskrivningen varat och inte minst är könstillhörighet en stark orsaksfaktor som nämnts ovan (Ahlgren & Hammarström, 2000; Marnetoft et al., 2001).

Här liksom i andra former av interventioner, är professionellas bemötande och relationen mellan den hjälpsökande och hjälparen avgörande för individens tillfriskning (Rasmussen & Anderssen, 2005). Här byggs grunden för en fungerande och givande relation (Engquist, 1996; Gordan, 2004; Rasmussen & Andersen, 2005). Att till exempel få träffa en och samma allmänläkare ger trygghet och en förutsättning till en god rehabiliteringsprocess (Rasmussen & Andersen, 2005). Ett gott bemötande karakteriseras bland annat av en ödmjuk och empatisk hållning, och förmågan att förstå och bekräfta den hjälpsökande (Engqvist, 1996).

Enligt Riksförsäkringsverket (2004) har en motiverad individ som tar egna initiativ till rehabiliteringsåtgärder större framgång i sin rehabilitering och återgång till arbete. Den sjukskrivne bör stå i centrum av åtgärdsprogrammen för att rehabilitering ska vara framgångsrik, men det kan ifrågasättas hur pass frisk en individ måste vara för att vara sjuk då det ställs höga krav på individens eget ansvar och engagemang. Riksförsäkringsverket (2004) tar också upp att en initiativrik person också erbjuds fler åtgärder. Huruvida det är möjligt för en sjukskriven individ att vara så engagerad och kunnig på detta område lyfts inte fram. I flera studier har det dock påvisats att ett personligt engagemang och ansvarstagande, och tro på tillfriskning har stor betydelse för hur en tillfriskningsprocess utvecklas (Millet & Sandberg, 2003; Rasmussen & Andersen, 2005; Svensson et al., 2006).

Empowerment – en förutsättning för att komma tillbaka?

Långtidssjukskrivning beror oftast på en komplex relation av olika företeelser och händelser i livet, därför vilar en tillfriskningsprocess sällan enbart på en rehabiliteringsåtgärd (Grossi, 2004; Perski, 2002). Även där, antas det finnas en samverkan av skeenden som leder till en återgång till arbete och tillfredsställande tillvaro. Inte att förringa är individens egen motivation och engagemang i rehabiliteringen, viljan och tron på att bli frisk är som sagt av stor vikt (Grossi, 2004; Millet & Sandberg, 2003; Rasmussen & Andersen, 2005).

Empowerment, är ett psykologiskt begrepp som i sig fungerar både som process och mål (Svensson et al., 2006). I svenska språket har begreppet ingen lämplig motsvarighet. Det kan beskrivas med att stärka och väcka resurserna i individen själv som gör att hon eller han kan hantera sin situation på ett konstruktivt och meningsfullt sätt. Empowerment är också att uppmuntra individen att lita på sin egen förmåga och ge förutsättningarna för ändamålet. Målet är att individen får kontroll över sitt eget öde. Svensson et al. (2006), utgår från ett symbolisk interaktionistiskt perspektiv och menar att människan inte kan stärka sig själv. Hon kan inte växa av egen kraft utan behöver interaktionerna med för henne betydelsefulla människor som vill låta henne växa. Samma princip gäller vid det omvända, det vill säga interaktionerna kan bidra till en försvagning av individen och en ökad känsla av skuld och skam hos henne vid relationer som är förtryckande. Appliceras detta perspektiv på den hjälpande och rehabiliterande situationen, innebär det en viktig och nödvändig uppgift för den professionella att axla. En längre tids psykisk och fysisk obalans är mycket tärande och komplicerar relationerna omkring henne, det räcker därför inte att åtgärda enbart symptomen (Grossi, 2004; Perski, 2002).

Påfrestningar och stress

Begreppet *stress* tas upp i denna avslutande del av studiens tematisering eftersom det är svårt att bortse från denna samhällets epidemi då man talar om långtidssjukskrivningar. En övervägande del av långtidssjukskrivningar är stressrelaterade (Perski, 2002). En lagom mängd stress ingår som en naturlig del av en människas liv men idag är stress en orsak till

allmän ohälsa inte minst bland kvinnor, varför en definition av begreppet och fenomenet stress är på sin plats. Följande beskrivning begränsas till denna studie och ska ses som en mycket förenklad redogörelse som bygger på stressforskaren Alexander Perskis observationer.

Stress har sedan mänsklighetens början varit en naturlig reaktion på hotfulla situationer (Perski, 2002). Det är dessa situationer, snarare än stressen i sig, som genom tiderna har förändras, från livsfara på savannen till försenade pendeltåg, mötesförberedelser, leverans och hämtning av barn till och från förskolor och skolor. Att vara stressad ses som ett normaltillstånd i samhället och begreppet stress används bland allmänheten mycket lättvindigt. Perski ger följande sammanfattande definition av begreppet stress, ”... ett tillstånd i vilket organismens balans mellan resurser och belastningar rubbas” (2002, s. 37). Symtomen på en begynnande sjukskrivning visar sig ofta långt före den aktuella sjukskrivningen (Heijbel et al., 2005) och en stresskollaps är många gånger svår att ignorera och kan yttra sig på ett dramatiskt sätt. Vanliga exempel är extrem trötthet och allvarliga kognitiva störningar. Kvinnor och män verkar reagera olika på stress. Hjärt- och kärlsjukdomar är vanliga symptom hos män. Kvinnors stress yttrar sig ofta i autoimmuna sjukdomar (till exempel muskelskelettala sjukdomar) och psykiska besvär. Dessa är enkelt uttryckt stressrelaterade störningar vars symptom gör sig synliga efter en längre tids psykiska påfrestningar. Långvarig stress skapar komplexa rubbningar i nervsystemet som är ständigt påkopplad, vilket gör att läkning tar lång tid, därav de långa sjukskrivningarna. För att hjälpa denna process är en gynnsam miljö nödvändig där störande intryck och krav begränsas. Symtom gör sig alltid påminna även efter tillfriskning i form av en starkare känslighet mot även små stressorer. Smärttröskeln blir över huvudtaget lägre efter en tids påfrestningar vilket ställer krav på individen att lära känna sina begränsningar för att bibehålla balans eftersom det ofta är svårare att åtgärda och förändra den stressande omgivningen.

Studiens syfte och forskningsfrågor

Få studier tar upp kvinnors erfarenheter kring och upplevelser av ett tillfrisknande och återgång till arbete, där rehabiliteringsåtgärder kan vara en del. En sådan studie har därför påkallats bland annat av Ahlgren & Hammarström, (2000) och Svensson et al. (2006). Denna studie avser att belysa upplevelser inte enbart av den eventuella rehabiliteringen utan också av andra meningsfulla skeenden som dyker upp under processen från sjukskrivning till friskskrivning. Förhoppningen är att resultaten i förlängningen ska tjäna som vägledning för professionella inom rehabilitering och skapa förståelse hos anhöriga, arbetskamrater och inte minst hos professionella. Forskningsfrågorna lyder då: Hur upplevs en tillfriskningsprocess av före detta sjukskrivna kvinnor? Vilka faktorer är enligt dem viktiga för en återgång till ett produktivt och tillfredsställande liv och på vilket sätt tar de sig uttryck?

Metod

Deltagare

Deltagarna, samtliga från Mellansverige, rekryterades dels med hjälp av tre yrkesverksamma inom rehabilitering som mellanhand och dels genom kontakter till författaren. I två av fallen kontaktades författaren av deltagaren själv och i de övriga fem fallen kontaktades potentiella deltagare av författaren. En av deltagarna var sjukskriven två veckor från sin tjänst, resterande var långtidssjukskrivna mellan 6 månader och 10 år, samtliga för stressrelaterade störningar. I de fallen där det har funnits rehabiliteringsåtgärder har de i få fall varit tilldelade av

Försäkringskassan men främst ordnade av respondenten själv. Samtliga respondenter har i dagsläget en anställning eller är i slutskedet av sin sjukskrivning. Mer detaljer om deltagarna finns i fallbeskrivningarna nedan.

Material

Interjuver gjorda med två professionella i rehabiliteringssammanhang, en från kommun och en från privata sektorn gav inblick i rehabiliteringssystem och inställning till ett (enligt dem) ökande problem, nämligen långtidssjukskrivningar. Dessa samtal har även givit information om vad som anses vara en god professionell hantering av långtidssjukskrivna individer och den människosyn de önskar ha för att kunna hjälpa människor vidare till ett sundare liv. Av dessa intervjuer fördes anteckningar som var vägledande för tematiseringen av studien. Med hänsyn till respondenterna har författaren valt att inte identifiera informanterna.

Intervjuerna med respondenterna följde en öppen till semistrukturerad intervjuguide. Den var indelad i fyra stora frågeområden med underordnade punkter som skulle täcka för forskningsfrågorna väsentliga delar. Dessa tog upp; *sjukdomshistorik, meningsfulla aspekter av tillfriskningsprocessen, slutskedet av sjukskrivning, återgång till arbete, och bakåtblickar*. Underordnade punkter var till exempel; *orsak till sjukskrivning, eventuella rehabiliteringsåtgärder, insikt om sjukdom, bemötande, meningsfulla möten eller händelser, upplevt personligt ansvar och engagemang, att komma tillbaka, nuläget*. Inga klara frågor hade formulerats på förhand utan dessa ställdes naturligt med vägledning av respondenten och frågeområdena. Respondenterna uppmuntrades att berätta fritt om sina erfarenheter och upplevelser med viss styrning av författaren, därför har inte ordningen i intervjuguiden alltid följts. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades ordagrant, med undantag för en transkription som försvårades på grund av dålig ljudkvalité på inspelningen. Den har däremot varit användbar i analysen. Transkriptionerna gav 101 datautskrifter som efter en noggrann genomgång utgjorde grunden för sju fallbeskrivningar. Syftet med dessa var att dels ge bakgrund till analysen, dels att illustrera en process som samtliga respondenter varit med om.

Procedur

Efter en första kontakt med respondenterna, skickades missivbrev till samtliga via e-post, varpå tid och plats för intervju bestämdes. Forskningsetiska principer förmedlades till respondenterna genom missivbrevet men även muntligt inför intervjun. De erbjuds också återkoppling efter studiens genomförande.

En intervju gjordes hemma hos respondenten, resterande sex intervjuer gjordes i författarens hem, en av dessa intervjuer genomfördes utan problem via högtalartelefon och kunde även den transkriberas ordagrant. Intervjuerna varade mellan 45 och 80 minuter och bedöms ha haft stor detaljrikedom.

Databearbetning

Respondenternas berättelser utformades till sju fallbeskrivningar, där ett avsnitt ägnades sjukdomshistorik. Detta för att få god förståelse för deras bakgrund och fortsatta livsberättelse. Varje fallbeskrivning initierades med en kort personlig presentation av kvinnan och intrycket hon gav vid intervjutillfället, för att ge henne en mer levande bild i berättelsen. En individuell rubriksättning gjordes i varje fallbeskrivning, eftersom tyngdpunkten låg på skilda företeelser

för respondenterna. Under genomläsning av fallbeskrivningarna noterades gemensamma nyckelord (som uppmärksammades under transkribering) och förslag på abstraktionsnivåer i samband med att mönster trädde fram. Dessa gavs lämpliga benämningar ur principen för meningskoncentrering (Kvale, 1997). Noteringar gjordes även av varje enskilt fall för att kunna lyfta fram eventuella variationer. Sedan gjordes en koncentrerad version av varje fallbeskrivning, där kvinnornas erfarenheter av sitt sjukdomstillstånd och sin tillfriskningsprocess illustreras av bland annat citat. Dessa sju versioner finns presenterade nedan. Förfarandet har främst varit induktivt med en salutogenetisk referensram. Författaren har valt att framställa fallbeskrivningarna i narrativ form. Därmed har analysen skett på två sätt, dels genom narrativ analys för att beskriva processen fram till tillfrisknandet och dels genom induktion med meningskoncentrering för att fånga upp gemensamma centrala nyckelbegrepp (Johansson, 2005; Kvale, 1997). Fallbeskrivningarna är uppdelade i följande avsnitt; *bakgrund*, *sjukdomstillstånd*, *vägen tillbaka*, *rehabiliteringsåtgärder* och *nuläge*. Följande sju teman har abstraherats ur berättelserna vid genomgången av fallbeskrivningarna; 1) *kamp* med undernivåerna *inre och yttre kamp*, 2) *livsstil* med *beslutsamhet och målinriktning*, 3) *engagemang* där undernivåerna är *kreativitet* och *närvaro*, 4) *stödjande nätverk* med *familj och vänner*, *arbetskamrater* och *expertis*, 5) *självkänedom* med undernivåerna *kroppskänedom* och *balans*, 6) *tillfriskningsförlopp* och 7) *rehabiliteringsåtgärder*, där olika typer av åtgärder beskrivs. Dessa teman har formats utifrån 50 nyckelbegrepp, som klassificerar essensen av intervjupersonernas samlade erfarenheter. Även variationerna lyfts fram i temabeskrivningarna nedan. I efterföljande analys klagörs tillfriskningsprocessen med hjälp av tre framträdande nivåer som illustreras av figur 1 i slutet på avsnittet.

Resultat

Denna inledande del av resultatredovisningen initieras med sju koncentrerade fallbeskrivningar som ligger till grund för den fortsatta analysen. Kvinnornas namn är fingerade.

Sju fallbeskrivningar

Marie

Bakgrund. Marie är i 40 års åldern och arbetar med ekonomi. Hon talar om att hon älskar sitt jobb! Det är roligt och utvecklande och man kan arbeta precis hur mycket som helst. Marie har hög arbetsmoral, goda prestationer är viktiga. Hon har två tonårsbarn och är gift sedan många år.

Sjukdomstillstånd. Marie beskriver kortfattat sin situation som, "... för mycket jobb, i kombination med små barn och för lite sömn...". Här bör tilläggas att hon även hade främsta ansvaret för bestyren hemma. Symtomen hade börjat yttra sig flera månader innan sjukskrivningen. Yrseln kom mer frekvent, hon började uppleva en personlighetsförändring som innebar bland annat att hon blev lättirriterad och omåttligt trött. "Kroppen slog ifrån" och det yngsta barnet var mer eller mindre konstant sjuk. Marie besökte sin läkare som konstaterade att hon var på god väg till utmattning och sjukskrev henne i två veckor. Istället för en förlängd sjukskrivningsperiod, återvände Marie till jobbet och körde på som vanligt med samma symptom som tidigare. Hon mätte inte bra, magen fungerade inte riktigt som den skulle, hon var stressad, hätsk mot sina barn och allt skulle gå fort. "Jag har en minnesbild av att vi skulle läsa saga, i raketfart!" Men då det yngsta barnet blev allvarligt sjuk och tvingades vara hemma, insåg Marie att hon hade en del förändringar att göra.

Vägen tillbaka. "Då bestämde jag mig, nu skiter jag i det här, nu är jag hemma med mitt barn tills hon blir frisk, det spelar ingen roll alltså. Det var mitt brinnande beslut. Så vi var hemma fyra veckor". Under denna tid, kunde Marie ta sig rätten att bara vara, känna efter vad kroppen behövde och lärde sig att vara lyhörd för kroppens signaler. Samtidigt som hon synliggjorde sitt val, familjen först, upplevde hon också en sorg. "Jag inser att jag har begränsningar. Jag har inte märkt att jag hade det tidigare". Vägen tillbaka underlättades av bekräftelsen och stödet från familjeläkaren, goda vänner och familj. Hon har också haft förstående

arbetskamrater, som "avbördat" henne känslan av skuld och respekterat hennes beslut. Men hur tog sig hon ur sitt sorgarbete? På detta svarar hon, "Framförallt insikten av att jag mådde så bra av att jag gjorde ett så medvetet val. Jag ville inte vara så utmattad att jag inte orkade umgås med mina barn och möta dem på ett bra sätt".

Rehabiliteringsåtgärder. Marie var sjukskriven kort tid och någon organiserad rehabilitering var inte aktuell. Däremot ordnade hon själv sin egen rehabilitering för att undvika återfall, bland annat i form av samtalsterapi hos en psykoterapeut som hon kontaktade vid behov. Samtalen gav henne nya perspektiv, hjälpte henne att stärka självinsikten och bekräftade att hon tänkte rätt. Ytterligare medel som hon tog till var konstböckerna, de togs fram för att tyda symbolik. Och att läsa gav välbehövad avkoppling, liksom att helt enkelt gå och lägga sig när tröttheten kom. Att "välja bort och hårdprioritera vad som var viktigt" har varit en viktig del av tillfriskningen liksom justerade arbetstider och gränssättning.

Nuläge. Det händer än att symtom gör sig påmind och att Marie åter måste varva ner. Hon är mer stresskänslig idag och måste vara lyhörd för signalerna. Hennes insikter har byggt på en mognadsprocess, hon säger att det tagit många år att komma fram till dem och vägen dit har inte alltid varit smidig. Hon har gjort sig av med skuldkänslor, genom att omvärdera sina prestationer och inse att det hon gör, gör hon bra nog och för sin egen skull. Och vardagen har förenklats.

Leila

Bakgrund. Leila är omkring 30 år, sambo och akademiker. Hon har varit aktiv och engagerad i samhällsfrågor utöver sitt arbete. Leila har en autoimmunitets sjukdom sedan många år, men fick diagnos 2003, därefter var hon sjukskriven av och till i sju månader.

Sjukdomstillstånd. En reumatologisk sjukdom är i regel svår att styra, den är oberäkneligt och yttrar sig bland annat i smärtor som kan uppkomma lite varstans utan förvarning. Leila blir också väldigt trött. Hennes återkommande smärtor och deras intensitet och frekvens är nära sammankopplade med psykisk och fysisk belastning. Innan det blev känt för henne vad som var fel, tärde även ovetskapen mycket på psyket.

Vägen tillbaka. Innan diagnosen, besökte Leila olika läkare när symtomen blev omöjliga att ignorera. På vårdcentralen upplevde hon att man ifrågasatte henne och trodde henne inte riktigt. "De utgår ifrån att det är bara stress eller PMS och avbryter en med att säga, 'ja men du kan ta antidepressiva för det där' då känner man sig idiotförklarad och väldigt besvärlig, det är jobbigt ... det tar fruktansvärt mycket energi att daska upp sig och trotsa experten och söka upp en annan." Emellanåt kunde Leila må ganska bra, men besvären gjorde sig alltid påmind. En dag sökte hon upp en läkare som var reumatolog. Han kunde heller inte hitta felet på Leila men skillnaden här var att han trodde på henne, något var fel. Leila blev remitterad till en specialistklinik, där hon slutligen fick sin diagnos och rehabilitering. "Diagnosen och första tiden efter var jätteviktigt, nu har vi ett namn på det här och jag har nånting att ta ställning till och att jag fick stöd genom den här processen betyder jättemycket. Det viktigaste för mig var att det fanns nån där, det fanns nån att prata med, nån som förstod mig och gav vägledning." Detta fann hon bland deltagarna i programmet och inte minst hos personalen. "Det var skönt att kunna prata om hur man känner och vad man går genom och samtidigt inte behöva förklara vad man pratar om, det var en bekräftelse och otroligt skönt."

Rehabiliteringsåtgärder. Det åtta veckor långa rehabiliteringsprogrammet som fanns på kliniken byggde på ett multidisciplinärt perspektiv. Där behandlades deltagarna av ett team bestående av en läkare, en sjukgymnast, en arbetsterapeut och en socionom. Leila träffade samtliga men hade en av dem som kontaktperson. "Hela det upplägget fick jag stort förtroende för. Det fanns en kontinuitet och ett program." Syftet med rehabiliteringsprogrammet var att "lära sig om smärta och vad det innebär", att få kroppskänedom och hitta balans mellan olika aktiviteter och få "väldigt påtagliga, handfasta metoder för att minska spänningar och prova sig fram i att göra vardagliga saker på ett visst sätt". Hon hade också kontakt med en sjukgymnast som även var samtalsterapeut. Han gav henne metoder för avslappning och fysisk aktivitet, och nya synsätt och insikter genom samtal.

Nuläge. I och med diagnosen kom en mycket mörk period i Leilas liv och ett sorgarbete påbörjades som tog lång tid. "Jag började omvärdera alla mål, drömmar och föreställningar om hur det egentligen ska vara och det är jättetufft att göra." Men saker och ting tog så småningom en ny vändning. "Allting handlade inte bara om sjukdomen och vad jag kan göra, utan det här är ett faktum, vad vill jag nu göra av mitt liv?" Leila var motiverad och mottaglig för nya perspektiv och frågeställningar kring varför och på vilket sätt hon var som hon var. Idag är det viktigt att vara fokuserad, göra en sak i taget och ta pauser. Att ha ett flexibelt arbete och kunna jobba deltid när det var nödvändigt underlättade. Och då hon har annan inställning till de smärtsamma skoven blir inte dalarna lika djupa som förr. Hon avslutade med "Att jag stod på mig och det var nån som sa ja du har rätt". Det var viktigt.

Margareta

Bakgrund. Margareta är i sina dryga 50. Hon är gift och har två barn. Hon är akademiker och arbetade inom vården i många år. Sedan blev hon sjukskriven för utmattningsdepression, vilket hon har varit i åtta år. Idag är Margareta i slutskedet av sin sjukskrivning.

Sjukdomstillstånd. Margaretas utbrändhet berodde på långvarig stress som orsakats av en samverkan av faktorer; jobb, familj, starkt engagemang i sitt arbete och oförmågan att sätta gränser. Hon var kroniskt trött och hade sömnsvårigheter. Situationen blev alltmer ohållbar och hon insåg att en sjukskrivning var nödvändig. Hon kunde inte leva upp till de kraven jobbet innebar. ”Ibland höll jag in upptagenknappen trots att jag inte hade någon hos mig, för att få lugn och ro.” Margareta lät sig sjukskrivas i samband med ett läkarbesök då ett av barnen visade sig vara mycket sjukt. Hon var rädd och oroad över hur avskämd hon måste ha varit. Sjukskrivningen innebar mycket tid i ensamhet. ”Då blev det bara tid egentligen att lyssna på mig själv, vad kroppen sa och det var inte bra! Och då blev det nån sorts vanmakt, att ska livet va’ så här och vad blir sen, ska jag komma ur det här?”

Vägen tillbaka. Margaretas väg tillbaka har varit krokig och svår. Hon ville aldrig vara hemma, hon jobbade till och från och deltog i många projekt men de flesta orkade hon inte med. Hennes jakt efter självhjälpgrupper och diverse rehabprogram har bidragit till hennes ohälsa och bakslagen har varit tunga att bära. Hon hoppades att läkaren skulle hjälpa henne men upplevde ingen riktig förståelse från hans sida. ”Det är inte hälsofrämjande att bara vara hemma, jag behöver komma ut och få kontrasterna” så hon kämpade för att komma ut. Och en kamp var det, Försäkringskassan hjälpte henne inte, däremot erbjöds hon permanent sjukersättning som hon tackade nej till då förslaget gick emot det hon bad om. Försäkringskassans läkare hade noterat att det inte fanns någon rehabiliteringspotential för Margareta men han hade aldrig träffat henne.

Rehabiliteringsåtgärder. Hon sökte själv upp olika rehabiliteringsprogram. Då hon inte ville tillbaka till sin gamla tjänst, kunde arbetsgivaren inte bistå med några rehabiliteringsåtgärder. Äntligen erbjöd Försäkringskassan rehabilitering som skulle innebära mycket aktivitet utomhus under ett antal veckor. Det lät intressant trots att hon egentligen inte kände sig redo för den, men nu erbjöd Försäkringskassan något, hon kunde därför inte tacka nej. Dessförinnan, under sommaren, anmälde hon sig till en kurs i personlig utveckling för långtidssjukskrivna. Hon talar lyriskt om denna kurs. ”Jag kände att jag blev starkare och började komma ut igen, mina hjärtklappningar blev bättre och det kändes som att man hade ett hopp om framtiden, jag kunde se till nästa steg.” Här jobbade hon kreativt och praktiskt och var mycket ute i natur, det var ”teori, avspänning och fysiska aktiviteter”. Att knyta kontakter med människor med liknande öden var mycket betydelsefullt. Här fanns förståelse och lyhördhet från omgivningen och bekräftelse. Hon trodde sig vara tillbaka men föll igen efter avslutad kurs då striden mot Försäkringskassan återupptogs. Men genom kursen fick hon uppleva ett välmående som blivit en måttstock. Margareta fick även samtalsterapi, ordnad på egen hand. Den betydde mycket, där kunde hon slappna av, inte prestera eller jaga, bara vara, tänka högt och bli bekräftad. Margaretas man var också ett stöd mot makterna. Han gav henne styrka och förståelse.

Nuläge. Margaretas bestämda mål är att komma tillbaka till yrkeslivet. En viktig fråga hon ställer sig själv oftare nu är Vad fungerar för mig? Hon har genom åren blivit hårdad men hon befinner sig i ständig utveckling och hon inser att en viktig bit är kvar att erfar, nämligen tryggheten i att kunna respektera sina begränsningar.

Chloé

Bakgrund. Chloé är en ambitiös och engagerad kvinna i 30 års ålder. Hon är akademiker och har en kvalificerad tjänst inom omsorgen. Chloé var sjukskriven av och till i ett och ett halvt år från en arbetssituation där arbetstempot var mycket högt och kraven hårda. Hon har en offentlig position som kommer med en given utsatthet ”... man får sätta sina behov i andra hand, man ger så mycket av sig själv och man är pressad ...”

Sjukdomstillstånd. Chloé blev sjukskriven under dramatiska förhållanden för utmattningsdepression och panikångest, en månad till att börja med. Hon berättar om första tidens utmattning, att inte kunna ta sig ur sängen, vara oförmögen att ta hand om sig själv och förlita sig på andra för att få enkla sysslor utförda. Telefonen var ett ångestmoment och hon var skräckslagen varje gång det ringde, rädd för att det kunde vara jobbet. Hon talar om skam och skuld känslor, självpåförda och från omgivningen som påminde om svaghet och otillräcklighet.

Vägen tillbaka. Chloé var upprörd över den totala oförståelsen som visades av arbetsgivaren och arbetskamrater. ”De förstod inte själva problematiken, att utmattningsdepressionen innebär att man får extrem ångest av det som är jobbet, om jag hade fått en lastbil i huvudet så är det ingen som hade sagt kan du skicka den blanketten. Så fort jag skickade en blankett så var det en stor ångest och kunde ta mig en hel dag”. I början var det viktigt att få läkarintyget som bekräftade Chloés tillstånd och visade att hon ”inte skojade”. Hon uppskattade sin läkare som visade empati och stod vid henne i striderna med arbetsplatsen. Goda vänners stöd var mycket viktigt. Hon ville inte bli påmind om hur dåligt hon mådde, det handlade heller inte om att vara glad. ”Det bästa sättet att bli bemött är det här, att man får finnas i sammanhanget och vara den man är, att man får vara med människor, att man inte dramatiserar, utan betar sig vanligt.” Det var mycket viktigt med positiv feedback som hjälpte henne att växa och må bättre, att man gav bekräftelse, och tillåtelse att få vara liten och inte duktigt baserat på prestation. ”... att få höra kärleksfullt om mig själv ... jag blev också väldigt glad när folk frågade mig, vad vill du?” Även fysisk kontakt var viktigt. Det värsta var kampen mot ignoransen, att man helt enkelt inte förstod hennes problematik och därför inte kunde bemöta henne på rätt sätt. Hon var mycket stresskänslig och för stora påfrestningar orsakade återfall upprepade gånger. Att vara på jobbet igen, var inte detsamma som

att vara frisk. Hon har beslutat att sluta på sin arbetsplats, vilket har varit en lättnad och en insikt som har hjälpt henne att gå vidare.

Rehabiliteringsåtgärder. Mycket låg på Chloé själv att ordna, hon fick mycket liten hjälp från arbetsgivaren och ingen från Försäkringskassan. Hon arbetstränade på sin arbetsplats men för tidigt. Genom sin läkare erbjöds hon samtalsterapi med en sjuksköterska som Chloé var missnöjd med då inget förtroende kunde komma till stånd men det fanns positiva inslag, nämligen rutinerna. Att ha en plats att gå till varje vecka kändes skönt, ”att jag fick prata med nån även om det inte var en bra person, det var ett egenvärde att bara få sitta där”. Äntligen, beviljades hon psykodynamisk terapi som betalades till viss del av arbetsgivaren. Detta är vad hon hade begärt, men inte beviljats förrän hon börjat arbeta igen men det var viktigt för henne att få komma dit. Hon behövde djup i sin terapi, möjlighet att ventilera och få nya perspektiv på omständigheterna och sig själv. En mycket viktig period i hennes tillfriskning, var en sommar då hon arbetade i Stockholmsskärgård. Det var här läkningen började för henne. Hon slutade på den tidigare arbetsplatsen fick en sommartjänst i skärgården. Chefen var välinsatt i Chloés problematik, hon fick mycket liten arbetsbörda och arbetade i en vacker och mycket lugn miljö. Här försökte hon hitta struktur och strategier för att hantera sin situation. Det var främst lugnet som hon uppskattade och förståelsen från omgivningen, inte minst från chefen.

Nuläge. Chloé har insett att ett byte av arbetsuppgifter är nödvändig men stressorer kommer alltid att finnas kvar. Det handlar mer om att kunna hitta strategier och inse och respektera sina begränsningar.

Barbro

Bakgrund. Barbro är 40 år, hon är gift och har två barn. Hon är akademiker och har idag en anställning som hon stortrivs med inom kommun. Barbro förklarar att hon är en tydlig och bestämd kvinna med mycket hög arbetsmoral. Hon var sjukskriven i två omgångar från en arbetsplats där hon vantrivdes, första gången ett halvår, sedan två år. Hon var även tjänstledig för studier innan sjukskrivningarna.

Sjukdomstillstånd. Barbro sjukskrevs på grund av utbrändhet. När hon till slut ringde sin läkare hade hon länge undrat, hur man egentligen talar om vad som var fel. Bemötandet, var för Barbros liv, det bästa hon kunde få. I luren var sköterskan ödmjuk och förstående. ”Jag menar hade de inte litat på mig, hade de varit otrevliga, då hade jag tagit livet av mig.” Hon förbereddes på att nu när hon släppte taget skulle hon må sämre och så skedde. Hon hade sömnrubbingar, ångest och depression. Hon kände inte igen sig hemma, hon var hård och grinig, men detta hade pågått under flera år. ”Sjukskrivning är ett väldigt hårt sätt att lära känna sig själv”, säger hon.

Vägen tillbaka. Barbro läste en högskoleutbildning som hon hoppades skulle ge möjlighet till en ny tjänst men hon tvingades till samma arbetssituation och sjukskrevs kort därefter. Till en början skulle ”väldigt mycket gråtas ut först”, hon behövde plocka ihop bitarna och lära sig må bra igen. Hon sökte sig till lugnet och begränsade alla intryck. Hon uppmuntrades att röra på sig, så hon var ute, promenerade och åkte skidor. Familjeläkaren var en stöttepelare, han stod upp för henne inför en motarbetande arbetsgivare, tyvärr utan resultat men av Barbro värderades det högt att någon tog hennes parti. Han höll henne flytande som hon sa, gav henne de mediciner hon behövde, samtal och tid, ”Han bekräftar att det inte är helt och hållet ens eget fel att man mår så dåligt som man gör, för det är faktiskt fel på omständigheterna som har varit under lång tid”. Förståelsen från dem som stod nära var bland det viktigaste. Att inte känna sig misstrodd eller ifrågasatt, vilket var en ständig oro, det var viktigt. ”Jag tror att man hela tiden i och med att man blir så liten och så svag, är det så himla viktigt att få den här bekräftelsen från andra.” Hennes man skötte hem och barn, hans tålmod och kravlöshet har spelat stor roll liksom vännernas outtröttliga engagemang i hennes tillfriskning. Arbetsträningen var påfrestande då risken att tvingas tillbaka till den tidigare tjänsten hela tiden var överhängande. Oron var inte obefogad, Barbro sjukskrevs två år till.

Rehabiliteringsåtgärder. Barbros rehabilitering bestod av möten med många olika människor och ett stort personligt ansvarstagande. Hon fick agera informant mellan olika instanser vilket var tungt. Som sjukskriven upplevde hon att möjligheten att säga nej, var begränsad. ”Det enda man vill, är att må bra. Så säger nån att man måste göra de och de sakerna för att må bra då gör man det, man ställer inga krav man är tacksam.” Om företagshälsovården säger hon ”De talade faktiskt om hur sjuk man var och att man mår dåligt det vet man, men det är det man vill komma ifrån”. På egen hand kom hon i kontakt med en arbetsterapeut specialiserad på kroppskänedom och stress. Metoden gjorde starkt intryck på henne, hon fick med sig lärdomar och verktyg att jobba med i framtiden. ”Det man måste lära sig sträva efter, det är att vara avslappnad hela tiden och ändå få saker gjorda.” Till psykologen går hon mer sporadiskt idag, för den intellektuella stimulansen.

Nuläge. ”Har man en gång mått så här dåligt så är det nånting som inte bara försvinner för att man kommit igång och jobbar, man blir aldrig riktigt lika stark igen”. Hon jobbar med att hitta balansen och är helt övertygad om att hon med tålmod kommer att hitta de strategier hon behöver. ”Vad jag också måste lära mig är att vissa saker måste få ligga, man får hitta sina egna vägar.” Hon verkar finna stolthet i sin utbildning, inte minst. Den har gett henne insikt och verktyg att se på saker och ting ur olika perspektiv.

Lena

Bakgrund. Lena är i sina 50, gift och har tre barn. Hon är högskoleutbildad och har under sitt yrkesverksamma liv arbetat med personalfrågor. Lena har sjukskrivits två gånger, senast för sju år sen. Hon är idag i slutskedet av sin sjukskrivning. Lena älskade sitt jobb och hon arbetade massor. ”Jag brukar säga att man flöt högt uppe på en våg och bara for iväg det var jättehärligt, man tänkte aldrig på att man skulle rasa ner nångång.” Lena hade även en familjesituation som ställde höga krav på hennes engagemang och aktivitet.

Sjukdomstillstånd. Lena sjukskrevs båda gånger för utmattning och panikångest. Vid första tillfället berättar hon hur ”hjärnan stängde fullständigt av kroppen” och hon blev hatisk mot jobbet. Vid återfallet var hennes tillstånd kritiskt och hon behövde stöd och hjälp för sin överlevnad. Panikångest som hon led av var det värsta hon upplevt i sitt liv. Vid två tillfällen ville hon ta sitt liv och göra slut på eländet, första gången på grund av panikångesten, andra gången på grund av Försäkringskassan.

Vägen tillbaka. Lenas idéer och ”obotliga optimism” har lett henne ur och i svackor. Försäkringskassan har varit en ond medpart i Lenas fall, hon upplever att de har ”trakasserat” henne och utsatt henne för omätligt lidande trots att hon försökt göra allting rätt. ”Jag har aldrig varit sjuk förut, det var så absurt alltihopa men det kändes som om jag slogs mot en makt som man kan inte vinna över.” I eländet var Lenas familj och man ett starkt stöd som tog hand om henne och barnen. Hon hade även en omtänksam arbetsgivare som gjorde det han kunde för att underlätta bördan. Men främst var det Lenas vilja att komma tillbaka som drev henne framåt.

Rehabiliteringsåtgärder. När Lena kom ur det värsta, började hon ta sig till arbetet då och då. Det var skönt att komma tillbaka och känna sig som en i gänget men hon förstod snart att det var ett jobb hon inte orkade med och inte vill ha. Företagshälsovården skickade henne på rehabilitering för utbrända men den var dåligt utformad och resursfattig. Utöver det har hon själv fått ”ligga på” för att få träffa rehabiliteringspersonal och inte minst försäkringskassan. Hon sa upprepade gånger att det var hon som kom med alla idéerna. Hon fick kontakt med en sjukgymnast som också var samtalsterapeut när hon mådde som sämst. Hon träffade även en psykolog under en period som hon uppskattade. För övrigt har Lena hjälpt sig själv upp. ”Jag är sån person på gott och ont som inte vill vara sjuk dessutom har jag otroligt mycket idéer, jag är kreativ och jag har lösningar på det mesta, men faktiskt har jag lösningar på väldigt mycket...” Lena ”brinner” för väldigt mycket, hon är samhällsengagerad och har ofta sett möjligheten att kunna hjälpa andra genom detta som ”var ett dråpslag” som hon hade varit med om. Hon ville använda sina erfarenheter till något konstruktivt så hon bildade förening för såna som hon. Planering och genomförande av möten gjorde henne trött men hon uppmuntrades av Försäkringskassan och läkare att fortsätta sitt engagemang och helt enkelt vila efter varje ansträngning. Hon berättar med inlevelse att det var ”jättekul” att få vara delaktig i något meningsfullt där man kunde utbyta erfarenheter och stötta varandra. ”Det var ett väldigt lyft, så jag mådde väldigt bra!” Idag driver Lena en liten hobbyverksamhet, ”det har varit jättekul, bara att planera det och det är folk som säger, kommer det några kunder då, men det är inte det viktigaste, det är liksom terapi för mig det här och så kommer det nån ibland och det är jättekul”.

Nuläge. Lena tror inte att hon återfår samma kraft som hon hade innan hon blev sjuk. Men det gäller att hitta en god balans mellan hennes idéer, allt hon vill göra och orken hon faktiskt har. Att lära sig sätta gränser är viktigt. Då barnen blivit större har hon tid för sig själv och utrymme för planering. Nu har hon bestämt sig att det bara ska gå framåt. ”Jag är som sagt obotlig optimist så att jag kommer igen”.

Amelia

Bakgrund. Amelia är i 50 års åldern. Hon har arbetat inom omsorg och har haft lantbruk. Hon har två vuxna barn och är skild sedan några år. Amelia berättar om ett liv som varit präglad av misär och sorg. Det, tillsammans med arbetsbördan i hemmet och på jobbet känner hon i hög grad har orsakat hennes tillstånd. Idag är hon på väg tillbaka, hon deltar i olika projekt och planerar att arbetsträna inom kort.

Sjukdomstillstånd. 1998 diagnostiserades Amelia med en obotlig form av cancer och fick därmed permanent sjukersättning. Hon berättade om en tid som var väldigt tung och psykiskt påfrestande, om ingreppen som tärde på kroppen och psyket, och vårdens ensidighet, om än uppskattat men otillräcklig. Hon hade tappat ”all mänsklig förmåga”.

Vägen tillbaka. Amelia insåg tidigt att det var bäst att ändra livsstil om livet skulle kunna få en chans. Hon ansåg det nödvändigt att göra sig av med all ångest hon bar på, all dålig energi. Dessa påfrestningar lagrade som minnen och sår inom henne skulle bort om hon överhuvudtaget skulle kunna klara sig. Så hon påbörjade sin egen katharsis, det handlade om att finna inre frid och lugn. Hennes öppenhet och optimism ledde henne många gånger rätt. ”Allt det jag behöver har kommit i min väg.” Hennes berättelse var präglad av möten med människor som dels ifrågasatte henne och vänt henne ryggen, och dels de som blivit hennes ledstjärnor, och som hon har blivit ledstjärna för. Amelia nämnde med värme sin läkare, hon som bryr sig, vill väl och är engagerad i Amelias tillfriskning. Att träffa samma person och känna den som utförde ingreppen var betryggande och la grunden för en vänskap.

Rehabiliteringsåtgärder. Försäkringskassan har i Amelias fall inte varit till någon större hjälp. Hon reflekterade över att det kanske berodde på att hon hade ”fel sjukdom”. Alla rehabiliteringsåtgärder har hon därför skött själv med hjälp av de personer som korsat hennes väg. Hon har varit öppen för alternativa vägar och

har provat ”det mesta”, en del har varit bra, annat har hon inte varit mogen för, och ibland har vissa metoder varit dåliga. Hon påpekade att mediciner var bra men gick inte att förlita sig på, man måste hitta sin egen kraft för att orka med. På en klinik hon besökte hade man ett holistiskt perspektiv på människan. Där ägnade hon sig åt introspektion under tystnad och hon fick träffa andra människor som befann sig i liknande situation. De som också hade bestämt sig för att gå sin egen väg. Hon sökte sig senare till en kurs om natur, här fanns människor som av olika anledningar var sjukskrivna och som fann glädje av att umgås varje dag och dela ett gemensamt intresse, naturen. Amelia älskar naturen. Kreativ verksamhet fyllde Amelias dagar och var som terapi, hon berättade om konstnären och existentialisten hon numera var. Hon ägnade sig åt det hon tyckte var roligt och lättade på sinnet. Hennes inställning har betytt mycket för tillfriskningsprocessen. ”Jag har aldrig tänkt tanken att jag inte ska klara mig.” Hon besöker än en psykolog, för att bli utmanad, ifrågasatt och bekräftad.

Nuläge. Amelia kallade sig en ”levnadskonstnär”. Hon var tacksam för alla de upplevelser och lärdomar hon fått och ville nu gå vidare. ” Jag vet att jag vill jobba och hjälpa andra, det känner jag väldigt starkt. Jag tycker det är onödigt att ha gått den här långa vägen och lärt mig så mycket utan att dela med mig”. Hon har dramatiskt omvärderat vad som är viktigt i livet och finner glädje i det lilla. Alla kan kravla sig upp ur sina mörka håll, bara de vill. ” ... för ur det här mörka så kan det komma nåt positivt, jag tror ju att vi hela tiden går mot ljuset. Hur jobbigt den än är den där mörka perioden, så kommer vi att komma ur den. Det är min övertygelse idag. Och det är ingen annan som kan göra jobbet åt dig”. Hon menade på att man måste hitta sin egen väg, och ha tålamod.

Sammanfattning av fallbeskrivningarna

Flera av kvinnorna ovan har berättat om ett sjukdomstillstånd som inneburit att sjunka ända ner till botten. Det har funnits mycket grubblerier, ångest och oro på det psykiska planet och på det fysiska planet smärta, sömnsvårigheter och kronisk trötthet. De har berättat om rädslan för omgivningen, för telefonerna, kraven, jobbet, familjen och inte minst sig själva, rädslan för de egna känslorna och oron för att detta elände aldrig skulle ta slut. Det är viktigt att beakta svårigheterna och påfrestningarna tillfriskningsprocessen har inneburit. Att ta sig ur ett mörker där enda alternativet för vissa kvinnor var att ända sitt liv och finna kraften att kämpa sig fram (inte sällan) i motvind, måste med nödvändighet ha medfört personliga förändringar liksom omvärderingar av livsmål och prioriteringar. Livet blir inte riktigt detsamma efter dessa erfarenheter. Läkningen möjliggjordes av det personliga engagemanget och en stödjande omgivning. Denna process gav, på gott och ont, tid för sig själv, tid för reflektion och för nya insikter. Det som har önskats av samtliga kvinnor var tid och tillåtelse för att läka, och de inre och yttre resurserna nödvändiga för ändamålet. I vissa fall har alla resurser kommit till hands, i andra fall, inte. Respondenterna har kommit fram till att orken och stresståligheten som en gång funnits, inte längre fanns, istället har de upptäckt annat inom sig själva och i sin omgivning som visat sig vara mycket viktigare än att slita mot tiden.

Gemensamma drag i tillfriskningsprocessen.

Fallbeskrivningarna ovan har präglats av följande sju teman, dessa är kursiverade liksom deras undernivåer. De första fyra teman; kamp, livsstil, engagemang och självkänedom karakteriseras av inre egenskaper medan de fortsatta tre; stödjande nätverk, tillfriskningsförlopp och rehabiliteringsåtgärder beskriver främst yttre omständigheter som spelat avgörande roll för tillfriskningen. Med inre egenskaper menas här sådana som är knutna till personlighet och sätt att vara och handla. Yttre omständigheter innebär situationer och företeelse som sker och finns omkring individen och är inte alltid kontrollerbara av individen.

Kamp. Samtliga respondenter talade på olika sätt om att kämpa sig fram till hjälp från och med sjukskrivningen. Vissa strider har varit dramatiska och högljudda, andra har yttrar sig i det tysta. För åtminstone sex av respondenterna har det pågått både en *inre* och en *yttre* kamp som utspelas samtidigt.

Den inre kampen har förts i form av konflikter med sig själv. Främst har det funnits en frustration över diskrepansen mellan den egna ambitionen, idéerna och den faktiska orken. Fem av kvinnorna talade om extrem trötthet eller ångest som belastat vardagen och funnits som orosmoment som de försökt distansera sig från. Exempelvis berättade Barbro hur hon sköt bort ”de jobbiga tankarna” för att kunna klara sin vardag. Att sedan lära sig att medvetet stå emot en alltför ambitiös vilja för den fysiska och psykiska hälsan har varit en tung uppgift för alla. Ytterligare en inre kamp har för de flesta varit att ta itu med skuldkänslorna, gentemot samhället, arbetet, bekanta och inte minst sig själva. Skulden har byggt på en känsla av otillräcklighet och skam. Den inre kampen verkar yttra sig på tre plan, 1) kampen med diskrepansen mellan ambition och ork 2) kampen med symtomen och 3) att kämpa med nya lärdomar och metoder.

Den yttre kampen handlar om det som ligger utanför den egna kontrollen och det egna känsloliv. Det handlar om myndigheterna, främst Försäkringskassan, arbetsgivaren och arbetskamrater, och en oförstående omgivning däribland vårdpersonal och anhöriga. Man kämpar för att kunna hävda sig, övertyga om sin situation och få möjlighet att upplysa exempelvis okunniga arbetskamrater om hur man mår och varför man mår som man gör. Här finns en kamp för upprättelse som förs mot omgivningen för att själv få ta sig rätten till lugn och ro. Chloé och Barbro kämpade mot en oförstående arbetsgivare. Lena och Margareta kämpade för sin sak gentemot Försäkringskassan. Och Leila upplevde risken av att bli ifrågasatt och misstrodd vid läkarbesöken och behövde ”daska upp” sig själv inför varje träff med ”experten”. Samma oro för att bli misstrodd fanns hos de flesta andra. Däremot upplevde Marie mindre av den yttre kampen, hos henne pågick snarare en starkare inre strid men hon beskrev ändå en lättnad över att ha fått ”synliggöra” sitt val. Samtliga kvinnor har stått upp för sig själva där de känt sig orättvist behandlade. När det gäller den yttre kampen, har respondenterna upplevt en stark motsättning mot *systemet*, där arbetsgivaren och arbetskamraterna varit en del, och försäkringskassan nämnts som ”en makt som man kan inte vinna över”.

Livsstil med målinriktning och beslutsamhet. Beslutsamhet är ett framträdande drag hos samtliga respondenter. De har en stark vilja, ser ljuset i horisonten och är målmedvetna. Målen var för samtliga respondenter att återfå hälsa och kunna arbeta igen. Samtliga respondenter hade en bestämd uppfattning om vad de behövde för att må bättre, exempelvis vilket typ av rehabilitering som var lämplig eller huruvida jobbet skulle bytas. De har också haft en stark ovilja mot att stanna hemma. Margareta påpekade att det inte var hälsosamt att vara innanför hemmet fyra väggar och var fast besluten att komma ut. Det finns ett mönster av utmattning och att åter ta sig upp med nya mål. Samtliga respondenter har kommit fram till ett signifikant beslut som blivit deras ledstjärna. För Marie var det att sätta familjen i första hand och pussla ihop livet utifrån den. Chloé, Margareta och Barbro bestämde sig för att välja en annan yrkesriktning liksom Lena. Främst har det varit beslut om att helt enkelt ”komma igen” som Lena sade. Man ville må bättre och fungera både psykiskt och fysiskt, vilket har inneburit att förändring blivit målet. Beslutsamheten verkar ha varit starkt kopplad till insikter som tillfriskningsprocessen har fört med sig, dessa beskrivs under självkänedom längre ner. Det har varit viktigt för respondenterna att inte åter hamna där de just varit, de vill *till* ett hälsosamt välfungerande liv och *bort* från sjukdom.

Engagemang. Samtliga respondenter talade om det egna ansvaret för tillfriskningen. En del uttryckte det som att man tvingas ta på sig ansvar då yttre resurser har varit bristfälliga medan andra menade att ”ingen annan kan göra jobbet åt en” och att det aldrig kan ligga på någon annan att man blir frisk. Känslan av eget ansvar för sin fysiska och psykiska hälsa förstärks då man inte får hjälp från myndigheter. På grund av resursfattiga åtgärder, om några åtgärder alls

sätts in, blir man tvungen att ta eget ansvar om förändring ska komma till stånd. Dessa kvinnor upplevde alltså att det inte fanns andra alternativ. Respondenterna är för övrigt engagerade och *kreativa* kvinnor och en del menade att det kunde tänkas att de i vilket fall som helst hade tagit störst ansvar, då det låg i deras person att göra så. Sex respondenter uttryckligen menade att de har mycket idéer och starkt engagemang vilket också bidragit till deras problematik till att börja med. Tillfriskningen har underlättats av kreativ verksamhet för samtliga. Marie öppnade sina konstböcker och sökte tyda målningarna, Lena uppskattade sin konstnärliga hobbyverksamhet och Amelia talade om att vara ”levnadskonstnär”. Ett kreativt engagemang upplevdes som terapeutiskt, för att det tillät tankarna vila från besvären och gav utrymme för ro.

I och med kreativitet finns *närvaro*, eller aktivitet. Samtliga respondenter var engagerade i sin egen rehabilitering gällande form av terapi och hälsofrämjande aktivitet. Naturen var en hälsokälla liksom promenader och annan fysisk aktivitet såsom skidåkning för Barbro. Lugnande aktiviteter uppgavs vara viktiga som att läsa och vara i vackra omgivningar vilket gav möjlighet till avspänning och vila.

Självkänedom. Respondenterna omvärderade vad som var viktigt i livet och insåg också att justeringar måste göras för att få ett mer tillfredsställande liv där både kroppen och psyket fungerade bra. Alla respondenter genomgick ett ”sorgarbete” fram till dessa insikter, eftersom det var svårt att lämna bakom sig de föreställningar och mål man hade, för något nytt, som man inte hade tänkt sig.

Något som har utvecklats för dem alla under resans gång, är *självkänedom*. De insåg att de hade begränsningar och vilka aktiviteter som var hälsofrämjande eller skadliga för dem. De talade om att ”respektera” den ork de faktiskt hade. Alla uppgav också att de hade en lägre stresstolerans. Det fanns en ökad känslighet för kroppens signaler. Genom att lära sig olika verktyg har kroppskänedom ökat, liksom i Barbros och Leilas fall. Det fanns en förståelse för att påfrestningen sitter i kroppen och därför måste den lyssnas på. De har alltså sökt *balans*, mellan de personliga resurserna, yttre krav, och ambitionerna. Balans var viktigt att uppnå för ett välmående och önskan om detta var stark.

Stödjande nätverk. Respondenterna hade alla meningsfulla relationer som var givande och stödjande. Dessa var relationen med *familj och vänner*, med *arbetskamrater*, och *experterna* som exempelvis vårdpersonal och terapeuter. Att bli bekräftad var mycket viktigt, vilket alla respondenter menade.

Familj och vänner har bidragit till tillfriskningen genom att utan ifrågasättande, bara finnas där. För Barbro var maken ett mycket betydelsefullt stöd, då han visade förståelse och tog på sig hem och familj. Chloé beskrev vikten av kärleksfulla relationer som insåg och bekräftade sjukdomen men avdramatiserade situationen genom att ”bete sig vanligt” och låta henne bara ”finnas i sammanhanget”. Hon talade om vikten av att få känna sig uppskattad och bekräftad för den hon var. Andra talade också om hur ”skönt” det är att slippa förklara sig, att vara förstörd ändå. Det var därför viktigt att sluta sig till grupper där samvaro och gemenskap fanns.

Arbetskamraternas förståelse var viktigt i de fallen man ämnade gå tillbaka till samma arbete. Då arbetskamraterna inte var förstående och tillmötesgående försvårades rehabiliteringen. I Chloés fall upplevdes arbetskamraterna och chefen högst oförstående, liknande situation gällde även för Barbro, vilket skapade oro och ångest. Men Marie som uppmuntrades att stanna hemma och dessutom ”avbördades” av sina arbetskamrater, upplevde att de bidrog till hennes tillfriskning och kunde avlasta henne skuld känslorna.

Experternas stöd och bekräftelse har spelat stor roll för kvinnorna. Att läkaren varit stödjande i en konflikt har varit stärkande och förtroendeingivande. Läkaren och terapeuten

med den expertisen de hade, gav tillåtelse att slappna av och lättade på skuld känslor och krav. Samtliga talade också om bekräftelsen i samtalet med terapeuten, att höra att man ”tänker rätt”, och uppmuntrades tänka i andra banor. Men det fanns också erfarenheter av den oförstående experten, vars misstro och bristande lyhördhet upplevdes kränkande och uttröttande. Här hade Försäkringskassans agerande och i vissa fall vårdpersonal varit avgörande. I Amelias fall fanns andra typer av experter. Hon hade under sin långa resa träffat många människor som ledde henne i rätt riktning, och gav henne nya verktyg och insikter.

Tillfriskningsförlopp. Under en längre sjukskrivning växlar en tillfriskning mellan återhämtning och återfall. Samtliga respondenter menade att de på olika sätt hade svängt mellan hoppfullhet och hopplöshet, mellan en känsla av återvunnen kontroll och uppgivenhet. Det fanns perioder då slutet på sjukskrivningen var nära och perioder då det kändes som att den aldrig skulle ta slut. Att ”rasa igen” innebar en ny och i vissa fall mer intensiv tid av allvarliga symtom som kunde vara längre än första sjukdomsperioden. Barbro sjukskrevs ytterligare två år och Lena var under tillfrisknande från sitt återfall år 2000. Denna mycket långsamma framåtskridning har dels berott på yttre motgångar såsom experters agerande och bristande förståelse från omgivningen, och dels har den också berott på en oförmåga att sätta gränser och känna igen påfrestande stimuli i rätt tid. Men det är den lyhördheten som har förbättrats under processen, att delta i aktiviteter och långsamt lära sig känna igen och reagera på besvärande stimuli innan de hinner göra skada.

Rehabiliteringsåtgärder. Samtliga respondenter fick rehabilitering ledd av professionella, det vill säga vårdpersonal och terapeuter. Vissa åtgärder var organiserade och hade erbjudits av Försäkringskassan, men främst sköttes rehabiliteringen av respondenterna själva. Utöver den professionella rehabiliteringen ägnade respondenterna sig åt hälsofrämjande aktiviteter som de ovannämnda. Nedan följer de typer av hjälpinsatser som har varit aktuella för respondenterna.

Försäkringskassan. Hjälp från försäkringskassan upplevdes av samtliga respondenter som bristfällig. I ett fall upplevde respondenten ett trevligt och hjälpsamt bemötande. Representanten för Försäkringskassan var då uppmuntrande och stödjande. I alla andra fall där det fanns kontakt med Försäkringskassan upplevdes varken stöd eller förståelse, däremot fanns erfarenheter av att vara motarbetad och ifrågasatt, vilket var fallet för både Lena och Margareta. Lena upplevde att Försäkringskassan hade ”trakasserat” henne och menade att hon ”slogs mot en makt” som inte kunde övervinnas. Att få kontakt med handläggare eller annan representant på Försäkringskassan har också upplevts besvärligt. Försäkringskassan tog sällan kontakt med respondenterna och det var svårt att få ett möte, trots upprepade försök från respondenterna. Tre respondenter erbjöds rehabilitering efter att ha efterfrågat detta upprepade gånger. I två av fallen uppgavs att rehabiliteringsprogrammen var dåligt utformade men uppskattades till viss del ändå, eftersom de innebar vissa rutiner och socialt umgänge. Dessa program ordnades för grupper och innefattade olika gemensamma aktiviteter, såsom vistelse i natur. Respondenterna nämnde ingenting om att Försäkringskassan skulle ha erbjudit medicinsk eller psykologisk rehabilitering (exempelvis samtalsterapi), däremot erbjöds en respondent permanent sjukersättning av en läkare som arbetade på uppdrag av Försäkringskassan, men denne hade aldrig personligen träffat respondenten.

Medicinsk rehabilitering. Samtliga respondenter var i behov av medicinsk hjälp och rådgivning. Detta ordnade sex respondenter på egen hand medan en kvinna blev hänvisad till läkare av sin arbetsgivare. De flesta respondenter menade att diagnosen var viktigt för att ha ”något att förhålla sig till” och förstå, alltså något att förankra sina erfarenheter och symtom i. I de flesta fallen var läkaren en ”stöttepelare” som utöver diagnos och medikament också gav tid för samtal och agerade som referens i de fallen arbetsgivaren inte upplevdes

tillmötesgående. Att ha samma läkare över en längre period menade respondenterna gav trygghet, med undantag från en kvinna som ansåg att läkarens stöd var otillräcklig. Läkare har i flera fall remitterat vidare till andra terapeuter och behandlingsformer som han eller hon bedömde respondenten var i behov av, däribland psykoterapi eller multidisciplinär rehabilitering som var fallet för Leila. För henne var detta en vändpunkt i livet. Hon fick diagnos, behandling och konkreta verktyg att ta med sig på grund av att en läkare trodde på henne. Innan dess upplevde Leila upprepade gånger att läkare misstrodde henne och avfärdade hennes symtom. Liknande upplevelser hade Chloé av en sjuksköterska som hon hade samtal med.

Social rehabilitering. En respondent nämnde att Försäkringskassan uppmuntrade till socialt umgänge genom deltagande i föreningar och grupper, detta var "social träning". För övrigt framgick inte någon särskilt social rehabilitering. Detta var del i de rehabiliteringsprogrammen som erbjöds och det var just detta i dessa program som uppskattades mest av samtliga respondenter. Det vill säga att komma ut och träffa andra människor i liknande situation var givande då man kunde utbyta erfarenheter och knyta kontakter. Även arbetsträningen syftade till att träna sin sociala förmåga, eftersom man till att börja med fick komma och vistas på arbetsplatsen bland arbetskamrater och åter vänja sig vid det. En respondent nämnde behovet av en mellansteg, som skulle innebära just social träning. Hon menade att där kunde man komma ut och prova att vara bland människor och umgås, efter en tids isolering och återhämtning skulle det behövas. Detta steg skulle då infinna sig när man var bra nog att börja komma ut och åter hade lust till socialt umgänge, men inte hade möjlighet att hantera ett jobb.

Psykologisk rehabilitering har bestått av samtalsterapi för samtliga respondenter. Två respondenter nämnde uttryckligen att de hade samtal med en psykoterapeut, övriga fem hade varit till psykolog, socionom eller sjukgymnast. Samtalet värderades högt av respondenterna eftersom tiden hos terapeuten var avslappnande och kravlös, "det var ett egenvärde i att man bara fick sitta där" var det en respondent som sa. Samtalsterapin gav också nya perspektiv. En del respondenter uttryckte det med att det var bra att "bli motsagd ibland". Flera av respondenterna valde att fortsätta hos sin terapeut även efter friskskrivning för sin egen personliga utveckling. Denna terapiform ordnades och bekostades av samtliga respondenter själva, med undantag för en kvinna som delvis fick sin terapi betald av arbetsgivaren. Samtalsterapi önskades av de flesta respondenterna, men då den och främst psykoterapi ansågs vara alltför kostsam av Försäkringskassan och arbetsgivare var det något som inte erbjöds. Alla respondenter uppgav att samtal var åtminstone en av de viktigaste metoderna för läkning, tillsammans med lugna och rogivande aktiviteter.

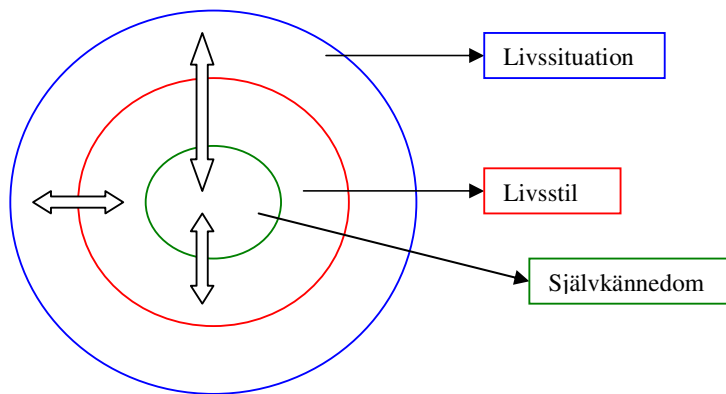
Arbetslivsinriktad rehabilitering var främst arbetsträning. Fyra respondenter arbetstränade på sin tidigare arbetsplats, med olika erfarenheter av det. Det var antingen skönt och roligt att vara tillbaka, eller ångestladdat. Arbetsträningen ordnades och genomfördes främst under kommunikation mellan arbetsgivaren och respondenten med Försäkringskassans vetskap. Problemet med arbetsträningen var i de fallen den förkom, att arbetsklimatet var densamma som innan insjuknandet, lika påfrestande och oförstående vilket gjorde att de fyra respondenterna valde ny yrkesinriktning eller lämnade sin tjänst. Två respondenter gick åter till arbete utan arbetsträning, däremot reglerade de själva sitt arbete så att det passade dem. En respondent väntade under tiden för intervjun på arbetsträning, vilket hon såg fram emot.

Processbeskrivning

Fallbeskrivningarna har belyst upplevelser av oövervinnerliga krav liksom outtröttlig kampanj. Vändpunkten i respondenternas liv berodde på ett samspel av yttre och inre

omständigheter. I vissa fall signalerade familjemedlemmar på olika sätt att något var fel, i andra fall upplevdes leda för det pågående eländet och i ytterligare andra fall kom vändpunkten i samband med betydelsefulla interaktioner.

Temabeskrivningarna ovan har illustrerat hur meningsfulla faktorer yttrat sig för respondenterna under deras tillfrisknande från längre och i enstaka fall kortare sjukskrivningsperiod. Dessa teman kan vävas samman till en process bestående av tre nivåer vilket illustreras av figuren nedan. Dessa tre cirklar symboliserar ett ömsesidigt beroende. Den yttersta cirkeln står för yttre omständigheter medan cirklarna inom den står båda för inre egenskaper, dels dem som yttrar sig i handling och som kan påverka omgivning och livssituation exempelvis genom målinriktning och beslutsamhet (cirkeln i mitten), och dels dem som är "tystare" och påverkar känslolivet (den innersta cirkeln).



Figur 1. Illustration till faktorer på olika utvecklingsnivåer som enligt resultatet bidrar till möjligheterna att tillfriskna efter en sjukskrivning.

Tillfriskningsprocessen sker på tre nivåer som är beroende av varandra och där utveckling på en nivå påverkar en annan. Dessa nivåer är; *livssituation*, *livsstil* och *självkänedom*. De återfinns i temabeskrivningarna ovan och här kopplas de samman till en process.

Livssituation illustreras av den yttre cirkeln i figuren och karakteriseras av ett *växlande tillfriskningsförlopp* och av följande yttre företeelser; *stödande nätverk* och *bekräftelse*, den *oförstående omgivningen* däribland arbetsgivare och myndigheter, och *rehabiliteringsåtgärder*, både ordnade på egen hand av respondenterna och av myndigheter. Dessa faktorer påverkar dels tillfriskningen och dels inre egenskaper som självkänedom och målinriktning. Livssituationen är den som önskas bli bättre, genom att återfå hälsa och arbeta igen.

Livsstil. Den mittersta cirkeln, står för den livsstil som varit karakteristisk för samtliga kvinnor i denna studie. Livsstilen består av följande personliga drag, som ovan illustrerats som inre faktorer; *målinriktning*, *beslutsamhet*, *kampanda* och *engagemang*. Dessa inre drivkrafter är utåtriktade. De påverkar främst livssituationen genom viljan och målet att förändra den men också självkänedom då ökade insikter och medvetenhet om exempelvis de egna psykiska och fysiska begränsningarna blir produkter av kamp och engagemang. Det är alltså livsstilen som får till stånd förändring både utåt mot livssituationen och inåt mot det egna känslolivet.

Självkänedom. Denna nivå består av inre egenskaper som är inåtriktade, dessa är *kroppskänedom*, *medvetenhet om psykiska och fysiska begränsningar*, *positiv självvärdering*, och *inställning i förhållande till omgivningen*. Påverkan från denna kärna synliggörs genom konkreta förändringar i livssituationen men den måste själv utvecklas genom en fördelaktig omvärld och livsstil. Här sker omvärderingar av livet som påverkar hur livssituationen utvecklas till exempel med ett byte av arbete, eller förändrade relationer. Självkänedom

påverkar även livsstilen genom att målmedvetenheten stärks eller att nya mål skapas, detta kan innebära en lugnare livsstil då kampandan till exempel, inte är lika starkt påkopplad eller nödvändig.

Samtliga respondenter i studien önskade hitta en balans mellan påfrestningar och befintliga personliga resurser att hantera dem. Flera respondenter talade om en ökad positiv självvärdering som blivit resultatet av att göra sig av med skuldkänslor gentemot omgivningen och sig själva, och genom ett aktivt förändringsarbete i livssituationen.

Kopplingar och ömsesidig påverkan finns alltså mellan nivåerna, de går både inifrån och ut och utifrån och in. Målet till att börja med, var att återfå hälsa och fungera väl på arbetet. Genom att kämpa sig fram mot detta, förfinades målen allteftersom förändringar började ske, både gällande återhämtning och återfall. Det vill säga att då man "rasade igen", upptäcktes vilka begränsningar som behövde respekteras och genom nya insikter kunde en återhämtning påbörjas med ny beslutsamhet och målinriktning. Återhämtningen stöddes också av ett nätverk som visade förståelse och omtanke, och av rehabiliteringsåtgärder som gav konkreta metoder och perspektiv att utnyttja i vardagen. Dessa gjorde att självkänndomen ökade och omvärderingar av prioriteringar och mål i livet kunde göras och appliceras på livssituationen, exempelvis i form av en ny tjänst eller förändringar i livsstil och relationer som stödde psykisk och fysisk balans.

En upptäckt som samtliga respondenter gjorde var att de hade lägre smärtröskel och stark känslighet mot påfrestande stimuli i förhållande till livssituationen innan insjuknandet, både arbetslivet och i privatlivet. I och med detta gjordes nödvändiga justeringar (se ovan) för att bibehålla hälsan och den sköra balansen. Riktigt lika stark och uthållig som förr blir man aldrig igen, vilket var en gemensam syn respondenterna hade.

Diskussion

Sammanfattning

En energikrävande resa. Att återfå hälsan och komma ur en långvarig obalans på grund av stress är ett mödosamt arbete som lägger stor vikt på det egna ansvaret och engagemanget vilket har illustrerats av resultaten och som även stöds av tidigare studier (Millet & Sandberg, 2003; Rasmussen & Andersen, 2005). Respondenterna i denna studie har, med något undantag känt sig kränkta och pressade av yttre påfrestningar samtidigt som de fått ta itu med sina egna symtom, i vissa fall mycket svåra sådana. Vändpunkten kom med viljan och beslutsamheten att ta sig tillbaka och med hjälp av relationer som varit stärkande och uppmuntrande har det varit möjligt att komma igen. Att tvingas kämpa har varit genomgående, liksom återfallen och sorgarbetet. Här finns ett "två steg fram ett steg bak" - mönster. Det kan tänkas att denna process varit nödvändig för ökad självkänndom och kroppskänndom, men även för omvärderingen av vad som är viktigt i livet. Att "hitta sin egen väg" har varit viktigt, kanske även för att ha överblick och kontroll över situationen. Kvinnorna i denna studie är kreativa och engagerade enligt egen utsago, vilket med all säkerhet har varit drivande för deras tillfriskning.

Ett systemfel. Resultaten har visat en dyster bild av hur långtidssjukskrivna kvinnor kan behandlas av myndigheter, vårdpersonal och arbetsgivare. Att långtidssjukskrivning blir ett faktum kan inte enbart ligga på individen själv, utan bör också ses som ett organisatoriskt problem (Kahn et al., 2006). Respondenterna har haft en önskan om en mer förstående omgivning som kan tänka sig göra något för dem, till exempel dra ner på arbetsbördan, bistå med önskad typ av rehabilitering eller stötta vid behov, utan ifrågasättande. Varför har detta

varit svårt att bidra med från myndigheters, vårdpersonals och arbetsgivares håll? Enligt Grossi (2004), följer instanserna bara snabbtåget som samhället har hoppat på och människan har inte riktigt förstått det, eller i varje fall hinner hon inte alltid med.

Enligt Ahlgren och Hammarström (2000) är kvinnor missgynnade när det gäller försök till rehabilitering vilket bekräftas även av Millet & Sandberg (2003), som dessutom menar att även då kvinnor tar eget initiativ och ansvar, är de fortfarande missgynnade i rehabiliteringssammanhang. Man kan spekulera om det beror på ett systemfel som innefattar mer än arbetsgivaren och Försäkringskassan, att det handlar om inställningar och attityder och att det kan innebära hela organisationer som måste omstruktureras snarare än individer som ska lära sig hantera gällande förhållanden.

Faktum är att kvinnan bär ett stort helhetsansvar (Ahlgren & Hammarström, 2000; Grossi, 2004) och ofta har ett arbete som begränsar egen kontroll (Perski, 2002), vilket gör henne känsligare för stressrelaterade sjukdomar och sjukskrivning i förlängningen. Kvinnor är sannolikt i behov av mer individcentrerade åtgärder då deras problematik ofta är komplicerad och de ofta är utsatta för större påfrestningar än män (Marnetoft et al., 2001; Rasmussen & Andersen, 2005). De långa sjukskrivningsperioderna antas ibland bero på bristande kunskaper inom denna problematik som denna studie berör, nämligen stressrelaterade störningar. Omkring millennieskiftet var dessa relativt okända och forskning kring dem startade på allvar i samband med ökande och längre sjukskrivningar (Perski, 2002). Vad hände då i samhället och hur långt har vi kommit idag?

Utopin. Hur skulle det då kunna vara annorlunda? Bör det finnas lika många rehabiliteringsåtgärder som sjukskrivna i behov av dem? Ja, om systemet bygger på ett individcentrerat perspektiv och människor är olika. En respondent menade att hon tyckte om när hon blev tillfrågad om vad hon ville ha, och samtliga uppgav att det var mycket viktigt att bli bekräftad. Kan man bli bekräftad om man inte tillfrågas om vad man önskar? Stubbs och Deane (2005) menar att det kanske inte vore så tokigt med inspiration från det amerikanska rehabiliteringssystemet där man har en "Vocational Rehabilitation Counselor". Detta är en person som arbetar ungefär som syokonsulenten i den svenska gymnasieskolan, där det genom intervjuer och kontinuerlig kontakt med den sjukskrivna tas fram en plan för framtiden som de tillsammans kan arbeta med. En VRC har då med nödvändighet ett brett kunskapsspektrum men han eller hon pekar på andra typer av rehabiliteringsåtgärder om detta anses behövas till exempel fysioterapi eller medicinska åtgärder. Genom intervjuerna för studien tillhanda, har det framkommit att det är viktigt med kontinuitet och att man får träffa en och samma person, eller samma team, då det ger en betryggande känsla och skapar förtroende (Rasmussen & Andersen, 2005). Men detta räcker inte, det är också viktigt att mötet ger uppmuntran, styrka (Svensson et al., 2006) och konkreta metoder att gå vidare med på egen hand.

Den optimala rehabiliteringen innebär ett team bestående av ett antal (alltid desamma) personer som hjälper en grupp människor med ungefär samma symtom. I ett sådant program ingår utbildning om den aktuella problematiken och vilka metoder som kan användas för lindring av symtomen. Där ingår även samtalsterapi och övning för kroppskänedom och inte minst, möten med förstående och ödmjuka människor som inte ställer krav och inte är ifrågasättande. En sådan rehabilitering berättade en av respondenterna om i denna studie.

En aspekt värt att belysa ytterligare är att den kvinnan som följt denna form av organiserad rehabilitering som nämns ovan, var yngst bland respondenterna. Det finns stöd för att ålder påverkar möjligheterna till en effektiv rehabilitering (Millet & Sandberg, 2003; Marnetoft et al., 2001). Man kan undra om äldre kvinnor överhuvudtaget blir erbjudna eller beviljade rehabilitering, även den unga kvinnan ovan hade själv uppsökt läkaren som erbjöd den multidisciplinära rehabiliteringen.

Återigen bekräftas behovet av ett praktiskt helhetsperspektiv där hänsyn tas till hela livssituationen och att rehabiliteringsåtgärder även i praktiken ses som individcenterade. Uppenbarligen behövs ett mer uttalat salutogent synsätt, det vill säga att arbetet har en hälsofrämjande utgångspunkt istället för (som fler respondenter i denna studie vittnar om), att man utgår från de begränsningar som sjukdomen innebär. En enkel omformulering av frågan, vad kan du göra till vad vill du göra skulle kunna underlätta utgångsläget. Vidare är det viktigt att arbeta förebyggande, bland annat för att förhindra de långa sjukskrivningsperioderna. Att bli frisk efter en stressrelaterad störning, har visat sig härigenom att vara mycket mödosamt, och att återfå full arbetsförmåga och hälsa verkar vara svårt om ens möjligt. Detta stöds av Perskis (2002) forskning och erfarenheter från sitt arbete med människor som drabbats av stressrelaterade störningar.

Författaren anser efter genomförandet av denna studie att det behövs en omvärdering av produktivitet och effektivitet som enda värden i arbetet och i privatlivet, och att människans resurser erkänns som begränsade om de ska kunna bestå och stärkas.

Validitetsfrågor

Metodanvändning. Författaren avsåg att beskriva en process utifrån livsberättelser. Vidare valdes ett induktivt tillvägagångssätt och framställningen gjordes ur ett narrativt perspektiv. Problematiken som belyses i studien har sällan tagits upp tidigare i kvalitativ form, förhoppningen var att kunna lyfta fram respondenternas erfarenheter och söka efter likheter och skillnader i dem. Sju respondenter, som det var här, är för få för att kunna säga något om allmängiltigheten. Tidsbrist begränsade möjligheten att rekrytera fler intervjupersoner, men frågan är om fler deltagare hade berikat materialet ytterligare? Detta är inte alls säkert, då kvantitet inte är centralt för den här typen av studie (Kvale, 1997). Dessutom nåddes en mättnad, då berättelserna i mångt och mycket påminde om varandra, trots variationer i ålder och sjukskrivningslängd.

Deltagarna. Det önskades en större variation än vad fallet blev gällande deltagarnas bakgrund och förutsättningar. Detta hade kunnat uppnås genom att aktivt uppsöka potentiella deltagare med olika bakgrund men det var inte möjligt inom tidsramen för studiens genomförande. Det innebär att det oavsiktligt blev ett målinriktat urval. Till en början var rekryteringen mycket svår då den gjordes med hjälp av en mellanhand men då författaren själv hörde sig av till potentiella respondenter var intresset stort att låta sig intervjuas. Samtliga respondenter ansåg att det var viktigt att återge erfarenheter de hade samlat på sig kring sin sjukskrivning och återhämtning. De såg ett värde i att deras erfarenheter lyftes fram, men troligen på olika sätt. Det kan tänkas att en del ville informera om hur det kunde gå till i verkligheten, om eländet som är vardag för många kvinnor men det kan också vara så att de ville inspirera och uppmuntra andra att gå sin egen väg och inte ge upp. De flesta uttryckte att det var viktigt att belysa en verklighet som de menade gällde för många långtidssjukskrivna kvinnor och vara deras röst. De var entusiastiska, kreativa berättelser vilket gav långa och givande intervjuer. De hade också kommit en god bit i sin personliga utveckling enligt egen utsago och var mycket insiktsfulla om sig själva och sin omvärld. Samtliga hade akademisk skolning och var vana vid att ifrågasätta och problematisera företeelser. Hade då ett annat urval genererat samma resultat? Troligen är upplevelserna och erfarenheterna av en längre sjukskrivning (på grund av långvarig stress) giltig för en större population, däremot kan tillfriskningsprocessen antagligen te sig olika beroende på personliga drag och yttre omständigheter. Syftet med studien förutsatte att deltagaren hade god självinsikt och var mot slutet av sin sjukskrivning eller hade nyanställts i arbete vilket givetvis innebär att de som inte hade nått samma resultat kan tänkas uppvisa ett delvis annorlunda mönster.

Referensram. Författaren valde att utgå från ett salutogent perspektiv men hade resultaten sett likadana ut med utgångspunkt ur exempelvis ett genusperspektiv eller sociologiskt synsätt? Troligen hade berättelserna inte skiljt sig avsevärt, däremot hade andra formuleringar av grundläggande begrepp valts med tyngdpunkt på till exempel erfarenheter av könsdiskriminering eller huruvida kvinnan känner att det finns en samhällsnorm att leva upp till. Därtill hade frågeställningarna behövt omformuleras och intervjuguiden hade möjligen behövt omarbetas. Det är sannolikt att det aktuella datamaterialet hade tolkats på annat sätt utifrån ett alternativt perspektiv. Ett feministiskt perspektiv hade just kunnat belysa kvinnans belastning av att vara ”duktig” i förhållande till samhällskrav och även hennes egna krav på sig själv. Försäkringskassan har inte heller intervjuats för studien men hade man velat belysa sjukskrivning ur ett organisatoriskt perspektiv hade kontakt med Försäkringskassan och även arbetsgivare varit bra som en form av triangulering (Kvale, 1997). Ytterligare en utgångspunkt som vore intressant för vidare forskning är hur frågeställningarna skulle besvaras ur ett etniskt perspektiv, det vill säga att även invandrarkvinnors upplevelser lyfts fram. Men utifrån den referensramen som använts här, har kvinnors erfarenheter av tillfriskningsprocessen belysts liksom hur meningsfulla faktorer upplevts.

Reliabilitet. Ovan förklaras hur alternativa tolkningar av datamaterialet vore möjliga sett med andra ögon, detta hade sannolikt genererat andra resultat. Författarens avsikt var att störa minimalt i respondenternas återgivning av sina erfarenheter. Frågor ställdes för att belysa för forskningsfrågorna viktiga företeelser och ledande frågor undveks i möjligaste mån. Denna frihet som gavs respondenterna anses ha varit övervägande bra och givande både för forskningsstudien och förhoppningsvis för respondenterna själva. Vid genomförandet av fallbeskrivningarna avsåg författaren att hålla sig nära respondenternas egna formuleringar. Genomgående i respondenternas berättelser finns den personliga kampen och målinriktning. Detta finns så starkt i alla sju intervjuerna att begreppen torde gälla för andra människor i liknande situation.

För bland andra rehabiliteringspersonal, arbetskamrater och anhöriga ger dessa resultat inblick i vad det innebär att vara långtidssjukskriven med svåra sjukdomar och symtom samt hur resan tillbaka till hälsa och arbetsliv kan se ut. Härmed ges möjlighet till förståelse och en empatisk hållning gentemot långtidssjukskrivna kvinnor som strävar efter hälsa. Rehabiliteringsinsatser och vårdpersonal bör vara lyhörda, arbeta tillsammans med den sjukskrivna och gemensamt arbeta fram mål och strategier som är realistiska och önskvärda av den sjukskrivna. Det är också viktigt med anhörigas tålamod och strävan efter förståelse för den som varit med om en långvarig obalans. Det tar tid och stor portion personligt engagemang för att ta sig tillbaka, det är därför värdefullt med hjälp och stöd på vägen.

Referenser

- Alexanderson, K. A. E., Borg, K. E., & Hensing, G. K. E. (2005). Sickness absence with low-back, shoulder or neck diagnoses: An 11-year follow-up regarding gender differences in sickness absence and disability pension. *Work*, 25, 115-124.
- Alhgren, C., & Hammarström, A. (2000). Back to work? Gendered experiences of rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 88-94.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* [Unravelling the mystery of health]. Stockholm: Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1987)
- Engquist, A. (1996). *Om konsten att samtala*. Stockholm: Prisma.
- Flude, R. (2000). Viewpoint: the journey into work – an innovative approach to tackling long-term youth unemployment. *Education & Training*, 42, 6-15.

- Försäkringskassan. (2007). *Ohälsotalsstatistik*. Hämtat januari 2007, från Försäkringskassans hemsida: <http://www.forsakringskassan.se/omfk/analys/>
- Försäkringskassan. (2006). *Om rehabilitering*. Hämtad januari 2007, från Försäkringskassans hemsida: <http://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/rehab/>
- Gordan, K. (2004). *Professionella möten: Om utredande, stödjande och psykoterapeutiska samtal*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Grossi, G. (2004). *I balans*. Uddevalla: Bonnier Fakta.
- Heijbel, B., Josephson, M., Jensen, I., & Vingård, E. (2005). Employer, insurance and health system response to long-term sick leave in the public sector: Policy implications. *Journal of occupational rehabilitation* 15, 167-176.
- Johansson, A. (2005). *Narrativ teori och metod : med livsberättelsen i fokus*. Lund: Studentlitteratur.
- Kahn, J. H., Schneider, K. T., Jenkins-Henkelman, T. M., & Moyle, L. L. (2006). Emotional social support and job burnout among high-school teachers: Is it all due to dispositional affectivity? *Journal of Organizational Behaviour*, 27, 793-807.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist, R., & Grape, O. (1999). Vocational rehabilitation of the socially disadvantaged long-term sick: inter-organizational co-operation between welfare state agencies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1, 5-10.
- Marnetoft, S. U., Selander, J., Bergroth, A., & Ekholm, J. (2001). Factors associated with successful vocational rehabilitation in a Swedish rural area. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 33, 71-78.
- Millet, P., & Sandberg, K. W. (2003). Individual status at the start of rehabilitation: Implications for vocational rehabilitation. *Work*, 20, 121-129
- Ogden, J. (2000). *Healthpsychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Perski, A. (2002). *Ur balans*. Uddevalla: Bonnier Fakta.
- Peterson, C., Park, Nansook., & Seligman, M. E. P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus empty life. *Journal of happiness studies*, 6, 25-41.
- Rasmussen, K., & Andersen, J. H. (2005). *Journal of occupational rehabilitation*, 15, 227-234.
- Risikförsäkringsverket. (2004). Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser. *Analyserar 2004:8*.
- Risikförsäkringsverket. (2001). Kvinnor, män och sjukfrånvaro: om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering. *Redovisar 2001:5*.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Stubbs, J., & Deaner, G. (2005). When considering vocational rehabilitation: Describing and comparing the Swedish and American systems and professions. *Work*, 24, 239-249.
- Strandmark, M. (2007). The concept of health and health promotion. Editorial. *The Author. Journal Compilation*. 1-2
- Svensson, T., Müssener, U., & Alexandersson, K. (2006). Pride, empowerment and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work*, 27, 57-65.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.