

# Kan sykmeldte endre selvforståelse slik at arbeidsevnen øker?

## Sammendrag

**Bakgrunn.** En strukturert pedagogisk gruppemodell for mobilisering av sykmeldtes ressurser ble utprøvd i samarbeid mellom Statens helseundersøkelser og to bedrifter. Modellen bygger på en fenomenologisk grunnforståelse, gestaltpsykologi og konfluent pedagogikk. Målet var økt velvære og arbeidsevne ved bevisstgjøring, der den enkelte deltaker kunne finne egne løsninger. Vi redegjør her for resultater ett år etter intervensjonen.

**Materiale og metode.** 112 sykmeldte, hvorav seks menn, ble invitert av nærmeste leder eller trygdekantor til informasjonsmøte. 19 kvinner valgte å delta. I etterundersøkelsen kontaktet vi de 19 gjennom telefonintervjuer, spørreskjema og intervju i fokusgruppe.

**Resultater.** Deltakerne rapporterte at de opplevde økt egenverd, kunne kommunisere mer direkte med arbeidslederne og oppnådde bedre arbeidsplass tiltak enn før intervensjonen. Nesten alle deltok mer i arbeidslivet. De uttrykte at de kunne se og formidle sine behov, ressurser og valgmuligheter bedre fordi de tok seg selv, sine tanker, følelser og reaksjoner på alvor. Etter et år var de særlig opptatt av hvordan de tenkte og handlet annerledes enn før samt gruppeledernes rolle i erkjennelsesprosessen.

**Fortolkning.** Gruppemodellen kan fremme en varig endret selvforståelse og gjennom dette økt arbeidsdeltakelse hos utvalgte arbeidstakere.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

**Karen Therese Sulheim Haugstvedt\***

*kahaugs@online.no*

**Sidsel Graff-Iversen**

Nasjonalt folkehelseinstitutt

**Liv Haugli**

Alpharma

Oslo

\* Nåværende adresse:

Akershus universitetssykehus

Avd. for forebyggende helsearbeid

Sykehusv. 27

1478 Lørenskog

Rehabiliteringstiltak overfor langtidssykmeldte har som regel vist god effekt så lenge tiltakene har pågått, men har ikke hatt vedvarende virkning på sykefraværet (1). Samtidig er det vist at den tradisjonelle pasientrollen kan virke passiviserende og at den enkeltes selvforståelse er viktig for kommunikasjon og handling (2, 3).

Flere pedagogiske veiledningsprogram er utviklet for grupper med høyt sykefravær (4–6). I prosjektet Rehabilitering av ansatte med belastningslidelser fikk personer med kroniske smerter gruppeveiledning (6). Inspirert av erfaringene utviklet to av forfatterne (Haugstvedt og Haugli) et halvert program beregnet for personer med kortere sykefravær (7). Fenomenologi, gestaltpsykologi og konfluent pedagogikk danner det kunnskapsteoretiske grunnlaget for programets forståelse av kropp og sykdom samt for veiledningsmetoder hvor erfaringer og oppdagelse står sentralt (8, 9). Teorien vektlegger tanker, følelser og kroppsreaksjoner som en integrert helhet.

I planleggingen stod disse spørsmålene sentralt: Hva legger sykmeldte i begrepet helse? Hvordan kan sykdom påvirke selvforståelsen? Kan man, ved visse teknikker, oppdage og lære nye måter å forholde seg på og dermed ta nytt ansvar for sin livsstil og sitt forhold til arbeidet? Målet var mobilisering av deltakernes ressurser gjennom økt bevisstgjøring av egne atferdsmønstre og muligheter for ansvar og egne løsninger (7).

Målgruppen var sykmeldte som siste halvår hadde hatt sykmelding over seks uker eller hyppige sykefravær, og 19 deltakere (alle kvinner) ble rekruttert. De deltok i seks gruppesamlinger over fire timer hver 14. dag til opplegg som tidligere er beskrevet (7).

Evaluering foretatt kort etter intervensjonen tydet på at deltakerne hadde hatt god nytte av veiledningsgruppene, også i form av

økt arbeidsdeltakelse. Formålet med denne undersøkelsen var å evaluere resultatene etter ett år.

## Materiale og metode

De 19 kvinnene som hadde deltatt i gruppeintervensjonen (7) gjennomførte et semistrukturert telefonintervju. 17 av dem besvarte et spørreskjema og 16 møtte til fokusgrupper. Frafallet skyldtes at to hadde flyttet og én var syk. Prosjektleder gjennomførte intervjuene.

I telefonintervjuet spurte vi om arbeidssituasjon og mestring samt deltakernes vurdering av intervensjonens betydning.

Subjektivt velvære ble i spørreskjemaene målt med Goldbergs General Health Questionnaire (GHQ-20) (10,11) ved en firedelt Likert-skåre. Egenvurdert mestring, plager og smerte ble målt med visuell analog skala. Statistisk analyse ble utført med Wilcoxonstest (12).

Intervjuene i fokusgruppene skulle utdype informasjonen i spørreskjemaene og ble gjennomført med samme intervjuguide som rett etter intervensjonen. I åpne spørsmål etter prinsipper beskrevet av bl.a. Malterud (13), ble det lagt vekt på hva deltakerne mente hadde ført til eventuelle endringer. Informasjonen ble dokumentert gjennom notater. Deltakernes temaer, faktorer og vurderinger ble klargjort ved begrepsanalyse, kategorisering og sammenliknende analyser. Vi laget matriser som viste likheter og forskjeller mellom deltakerne og konsistens i informasjonen fra hver enkelt (13, 14).

## Resultater

### Kvantitative funn

Telefonintervjuene viste at deltakernes arbeidssituasjon var mer avklart etter ett år enn like etter intervensjonen. Nå deltok 17 av de 19 i arbeidslivet. Ytterligere tre arbeidet mer og tre hadde nytt arbeidssted, mens to hadde

## ! Hovedbudskap

- Bedre selvforståelse er avgjørende for realistiske tiltak og deltakelse i arbeidslivet for langtidssykmeldte
- Bedre selvforståelse mobiliserer respondentenes ressurser
- Deltakerne har positiv selvforståelse og handlingskompetanse også ett år etter intervensjonen

**Tabell 1** Selvrapportert smerte, subjektivt velvære, mestring og global helse før intervensjonen, like etter intervensjonen og ett år senere

Egen angivelse	Før intervensjon			Etter intervensjon			P <sup>1</sup>	Ett år senere			P <sup>1</sup>
	n	Gjennomsnitt	SD	n	Gjennomsnitt	SD		n	Gjennomsnitt	SD	
Smerte <sup>2</sup> (0–10, 0 = ingen)											
siste 3 md.	17	6,0	3,1	17	4,7	2,8	< 0,05	14	3,9	2,7	n.s
siste uke	18	4,8	2,5	18	3,7	2,9	< 0,05	15	3,4	2,4	n.s
Velvære <sup>3</sup> (0–60, > 23 = dårlig)	18	26,9	11,2	17	16,3	6,8	< 0,01	16	17,8	8,4	< 0,05
Mestring <sup>4</sup> (0–10, 0 = dårlig)	18	5,6	2,2	18	7,1	2,0	< 0,05	16	8,0	1,7	< 0,01
Hvordan man har det nå (0–10, 0 = dårlig)	18	5,7	2,1	18	7,1	1,9	< 0,01	16	7,9	1,4	< 0,01
Helse <sup>5</sup>	19	1,9	0,5	19	2,7	0,7	< 0,001	17	2,7	0,7	< 0,01
Fysiske plager (1–18)	19	9,2	3,9	19	8,3	3,2	n.s	10	8,9	2,0	n.s
Psykiske plager (1–40)	19	19,0	5,9	19	16,2	5,5	< 0,05	17	15,3	4,7	< 0,01

<sup>1</sup> P-verdi for differanse i forhold til før intervensjonen. Inkluderer dem som svarte begge ganger

<sup>2</sup> Egenrapportert smerte (visuell analog skala)

<sup>3</sup> GHQ-20 (General Health Questionnaire)

<sup>4</sup> Hvordan man klarer hverdagen, evne til å ta vare på seg selv (visuell analog skala)

<sup>5</sup> Egenrapportert global helse (1 = dårlig, 2 = ikke helt god, 3 = god, 4 = svært god)

fått delvis uføretrygd etter påvist kronisk sykdom. Deltakerne beskrev en mer åpen dialog med arbeidsleder og tryggere kontakt ved nye fravær. Én deltaker hadde fortsatt en helt uavklart situasjon.

Tabell 1 viser resultatene fra spørreskjema før og etter intervensjonen samt etter ett år. For gruppen totalt var bedringen opprettholdt. Sammenliknet med like etter intervensjonen, var resultatene nærmest uforandret. Smerte og fysiske plager hadde økt noe, men mestring og psykiske plager var likevel forbedret. Før intervensjonen hadde 11 deltakere «lavt subjektivt velvære» (GHQ-sum > 23) (11). Etter intervensjonen var antallet tre og etter ett år hadde fire deltakere en GHQ-sumskåre på dette nivået.

### Kvalitative funn

Intervjuene i fokusgruppene bekreftet at deltakerne fortsatt følte seg mer verdifulle og sterkere enn før intervensjonen, og at de i større grad uttrykte at de erkjente sin situasjon. Nå understreket de at de kunne være seg selv i opplevelser, vurderinger og handling. De fortalte om økt respekt og positiv respons fra andre når de selv var tydeligere, også når det gjaldt arbeidsforhold.

Deltakerne knyttet endringene til intervensjonen. Trygghet og anerkjennelse i gruppen ble fortsatt fremhevet som nødvendig grunnlag for deres deltakelse på tross av at mange hadde hatt aggresjon mot invitasjonen og uvilje mot deler av programmet. De pekte på at bruk av kroppen, kreative metoder og veiledning hadde gitt dem individuelle erfaringer. God tid og dialog hadde utfordret til virkelig å kjenne etter og gå inn i sårbare prosesser. Mange fremhevet at de hadde følt angst og stor motstand mot endringsprosessen. De erfarte egendefinerte «hjemmelekser» som vesentlig for å overføre erfaringene fra gruppene til arbeidslivet. Eksempler på slike «lekser» var avspen-

ningsøvelser, grensesetting, tilrettelegging av omgivelser, det å ta vare på gleder samt skriving.

Deltakerne la nå særlig vekt på egen selvbevissthet og gruppeledernes rolle. Et flertall fremhevet at de hadde fått større selvbevissthet og gjennom dette økt evne til å handle i tråd med hva de selv mente var viktig og hensiktsmessig og i tråd med egen vilje. Flere deltakere kunne nå mer presist beskrive endringene i handling: hvordan de stoppet opp, kjente etter, vurderte og valgte. Med oppmerksomhet på sin kompetanse mer enn problemer, opplevde de det lettere å gjennomføre egne prioriteringer. De uttrykte at de stoppet opp fordi de i større grad tok seg selv på alvor og ikke var så redd egne følelser eller reaksjoner. Flere uttrykte at ved å kjenne sine begrensninger oppdaget de også ressurser og våget mer.

Tre av respondentene uttrykte det slik:

- «Det er akkurat som om jeg er mye mer bevisst nå – på alt ... og vet hva jeg vil»
- «Nå stopper jeg litt opp, liksom, samlet om hva jeg egentlig kjenner»
- «Nå er jeg bevisst at jeg er mye verdt og at det ikke er så farlig hva som skjer ... jeg kan drikke kaffen min som jeg vil!»

To kvinner i nye stillinger hadde oppdaget at de tidligere var ensidig opptatt av å beholde jobben på tross av at arbeidsoppgavene ikke passet. Dermed hadde de ikke sett mulighetene. En uførepensjonist uttrykte glede over å få avklart situasjonen uten å føle seg verdiløs.

Også gruppeledernes rolle ble tillagt større vekt etter ett år:

- «Når vi sitter sammen og snakker selv (uten gruppeleder), så blir det liksom det samme om igjen og om igjen, altså – det blir så negativt, sånt kaffeslabberasprat.»
- «Dere fikk alltid fokus over på det positive, det konstruktive.»

– «... erfarne ledere og gruppestruktur, ... og øvelser ..., er helt nødvendig for at noe skal skje...»

Deltakerne beskrev nå gruppeledernes betydning mer konkret enn like etter intervensjonen. Det hadde vært nødvendig for dem å kunne stole både på gruppeledernes lojalitet, anerkjennelse og kunnskap i provoserende faser av intervensjonen. De husket at det å se nøye på egen situasjon hang sammen med skremmende følelser og reaksjoner. Nå innså de hvor mye krefter de hadde bundet ved å stå fast i en konflikt eller kontrollere følelser. Erkjenningssprossene var krevende, og flere husket at de trodde de ville bryte sammen dersom de kjente etter. De fortalte at tilliten til gruppelederne hadde gitt mot til å erkjenne situasjonen og oppdage at reaksjonene ikke var så farlige som de hadde trodd. Slik våget de å utdype sin selvforståelse. Deltakerne mente at de hadde trengt gruppeledernes oppmerksomhet og veiledning for virkelig å stoppe opp og oppdage nye muligheter.

### Diskusjon

Undersøkelsen omfatter et sterkt selektert utvalg som valgte å delta i et pedagogisk gruppetiltak for å bedre arbeidsevnen. Vi har ikke undersøkt om gruppemodellen er nyttig for langtidssykmeldte flest.

Deltakerne påpekte egen motivasjon som en viktig forutsetning, men mente likevel at arbeidsledere kunne utfordre tidlig til informasjonsmøter. De syntes tiltaket burde nå mange, men hadde ikke flere råd for invitasjonen (7). Dette viser at det kan være vanskelig å få tak i deltakerne som har mulighet for å nyttiggjøre seg opplegget. Det er utfordrende å invitere sykmeldte til annet enn behandling. I tillegg er nettopp erkjennelsen av egen hjelpeløshet og fastlåste holdninger problematisk for gruppen (15).

Gruppemodellen baseres på prosess- og erfaringslæring. Temaene og øvelsene kan være like, men læringen vil bli individuell (8, 13). Tidligere studier dokumenterer effekt med liknende resultater fra mer intensive program (4–6).

Til tross for deltakernes selvstendighet kan de ha gitt «for positive» rapporter for å glede prosjektmedarbeiderne. I undersøkelser er det vanlig å tilpasse sin rapportering i noen grad ut fra hva man tror er «ønskelig» (14). Fokusgruppeintervjuene samsvarer imidlertid godt med resultatene fra spørreskjemaesvarelsene, og hver enkelt beskrev dessuten individuelle opplevelser av forandring og pekte på deler av prosjektet som ikke hadde passet dem. Ved telefonintervjuene ble deltakerne oppfordret til åpenhet og til å uttrykke kritikk (13). Det ble lagt vekt på realistisk evaluering som viktig for eventuell bruk av intervensjonen i fremtiden.

#### Selvforståelse

Når deltakerne understreket sin nye handlingskompetanse, beskrev de ulike eksempler på hvordan de stoppet opp, kjente etter og vurderte før de handlet. Felles for dem var at økt følelse av å være verdifull gav dem ro til refleksjon og pågangsmot til handling (5). En deltaker hadde fått bedre selvforståelse som «normal» i gruppen enn i langvarig enebehandling hos terapeut (15). Tidligere var oppmerksomheten deres rettet mot andres vurdering eller egne uønskede reaksjonsmønstre (6). Deltakerne var samtidig skeptiske til noen av intervensjonens øvelser og forslag. En dypere prosess ser ut til å være grunnlaget for endret selvforståelse og egne ulike løsninger for ressursmobilisering (3).

Det ligger nær å anta at intervensjonen gav deltakerne økt styrke til å ta egne refleksjoner og følelser på alvor, noe som et år se-

ner fortsatt så ut til å gi bedre handlingskompetanse og helse (15).

#### Gruppelederne

Deltakerne hevdet at gruppeledernes uavhengighet til arbeidsstedet var en forutsetning for trygghet i forhold til egne ansettelsesforhold. De understreket at endringene hadde vært en smertefull prosess som ingen hadde fulgt dem inn i tidligere, og mente at gruppeledernes personlige kompetanse, veiledningskunnskap og helseperspektiv var avgjørende for resultatene (8, 9, 15).

#### Styrke og svakhet ved målingen

Gruppedeltakerne ble fulgt med flere målinger over tid. Visuell analog skala regnes som godt redskap for egenvurdering, og flere av spørsmålene er tidligere validert. Det er likevel usikkert hva begreper og spørsmålsrekker betyr for ulike grupper (7). Deltakerne syntes det var vanskelig å fylle ut spørreskjemaet, bl.a. fordi egen funksjon varierte mye. Bruken av flere tilnæringer som spørreskjema, telefonintervju og fokusgrupper, styrker validiteten av våre funn (13). Det faktum at deltakerne stilte på en etterundersøkelse de ikke hadde personlig nytte av, bør kunne ses som en bekreftelse på at rapporter om nytte var ærlig ment.

For mange langtidssykmeldte kan selve identiteten som ekskludert fra arbeidslivet være nedbrytende. Intervensjonen var antakelig best egnet for en gruppe sykmeldte som ønsket å arbeide, men som opplevde avmakt i forhold til muligheter og handling i møtet med tradisjonelle hjelpeinstanser. Deltakerne knyttet endringene i handlingskompetanse til at de ble anerkjent og fikk realistisk gruppeveiledning. Dette ser ut til å være helt sentralt hvis man vil hjelpe noen til å ta grep om sin egen situasjon.

*Vi takker for støtte til prosjektet fra NHOs arbeidsmiljøfond. Vi vil også takke Ingunn Tveit Nafstad og Liv Tønnesen som gruppeledere i intervensjonen.*

#### Litteratur

1. Bruusgaard D, Eriksen W. Plagsomt for pasienten, vanskelig for hjelpeapparatet og dyrt for samfunnet. Rapport 1997: 5. Oslo: Seksjon for trygdemedisin, Universitetet i Oslo, 1997.
2. Malterud K, Hollnagel H. Fra risikojakt til ressursmobilisering. Fra teori til allmennpraksis. Nord Med 1997; 112: 288–91.
3. Nygård R. Aktør eller brikke? Om menneskers selvforståelse. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1993.
4. Steihaug S, Ahlsen B, Malterud K. From exercise and education to movement and interaction. Treatment groups in primary care for women with chronic muscular pain. Scand J Prim Health Care 2001; 19: 249–54.
5. Linton SJ. Developing psychologically based secondary prevention programs for low back pain. Orthop Phys Ther Clinics North Am 1995; 4: 403–13.
6. Haugli L, Steen E, Lærum E et al. Learning to have less pain – is it possible? A one year follow-up study of the effects of a personal construct group learning programme on patients with chronic musculoskeletal pain. Patient Educ Couns 2000; 1455: 1–10.
7. Haugstvedt KTS, Graff-Iversen S, Sørensen M et al. Sammen for egen vekst. Mobilisering av ressurser hos sykmeldte. Rapport 2002: 2. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2002.
8. Grendstad NM. Å lære er å oppdage. 5. utg. Oslo: Didakta Norsk Forlag, 1999.
9. Tveiten S. Veiledning – mer enn ord. Bergen: Fagbokforlaget, 1998.
10. Malt UF, Mogstad TE, Refnib IB. Goldbergs General Health Questionnaire. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 1391–4.
11. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson, 1988.
12. Douglas GA. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall, 1994.
13. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. Lancet 2001; 358: 483–8.
14. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. London: Sage, 1994.
15. Sørensen M, Graff-Iversen S, Haugstvedt KT et al. «Empowerment» i helsefremmende arbeid. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2379–83.