

# Att känna sig stärkt och fatta välgrundade beslut under tiden som sjukskriven – en studie med utgångspunkt i kvinnors erfarenheter

Lena Mårtensson

Fil.dr, leg.arbetsterapeut, Enheten för Socialmedicin, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Box 453, 405 30 Göteborg. E-post: lena.i.martensson@gu.se.

Att vara involverad i beslut i samband med sjukskrivning förutsätter kunskap och förståelse av olika aspekter av beslutet liksom av det sammanhang beslutet fattas i. Studiens syfte var att undersöka sjukskrivna kvinnors erfarenheter av faktorer som bidragit till att de känt sig stärkta och kunnat fatta välgrundade beslut i frågor som relaterar till sjukskrivning och rehabilitering. I studien ingick fokusgrupper och intervjuer med 32 sjukskrivna kvinnor. Efter analys och syntetisering av data framträdde fyra övergripande kategorier som var för sig innehöll flera faktorer: Att se sig själv som en kapabel person, Att förvissa sig, Att var en värderad del av ett sammanhang och En stöttande omgivning. Såväl kategorier som faktorer kommer att ligga till grund för utveckling av ett s.k. beslutsstöd för kvinnor som blir sjukskrivna.

Being involved in decisions during sick leave implies the need of knowledge and understanding different aspects of the decision as well as of the context in which the decision is made. The aim of this study was to explore and describe women's experiences of factors that contribute to their ability to make informed decisions about during sick leave. Thirty-two sick listed women discussed and described their experiences in focus group discussions and individual interviews. Analysis and synthesis of the collected data generated factors distributed over four comprehensive categories: Regarding oneself as capable, Making sure of things, Being a valued part of a greater whole and A supporting environment. Both categories and factors will constitute a foundation for development of a decision aid for sick listed women.

Att ge information och göra individer delaktiga i de beslut som fattas i samband med ohälsa är idag en skyldighet för svenska vårdgivare, verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal (1). Sedan lång tid är detta också ett förhållningssätt som Försäkringskassan förespråkar när det gäller rehabilitering tillbaka till arbete (2). Denna delaktighetsansats har stöd i forskning som visar att aktiv medverkan i rehabiliteringen ökar när individer är delaktiga i planering och beslutsprocess (3, 4). Men, att vara involverad och delaktig i beslut förutsätter kunskap och förståelse av de olika aspekter som beslutet består av liksom det sammanhang beslutet fattas i (5). När det gäller sjukskrivna kvinnor klarar vissa att hantera situationen som sjukskriven själva, medan andra behöver mycket stöd från professionella för att bli medvetna om egna resurser och för att aktivt medverka till sina rehabiliteringsmål (6, 7).

Sjukskrivning är idag ett allvarligt och kostsamt samhällsproblem och ur ett europeiskt perspektiv har Sverige en topposition när det gäller sjukfrånvaro (8). Andelen kvinnor med ersättning för kort eller lång sjukfrånvaro i Sverige står idag för cirka två tredjedelar av alla med dessa former av ersättningar (9, 10). Möjligheten för att sjukskrivna kvinnor ska kunna vara delaktiga i och kunna fatta välgrundade beslut hänger ihop med deras kompetens att förstå, välja och värdera information liksom handlingsförmåga för att tydliggöra och argumentera för upplevda besvär, behov och åtgärdsförslag, dvs. deras hälsolitteracitet (11-14).

Beslutsstöd är en typ av redskap som är utformade för att stödja personer i beslutsprocessen i hälsosammanhang t.ex. vid screening, behandling och val av åtgärder (15, 16). Denna form av stöd som finns i såväl konkret som virtuell form har visat sig effektiv i att minska beslutsångest och stimulera till delaktighet och aktiv medverkan i beslut (16). Beslutsstöd ses också som överlägsna vanlig ordination när det gäller att öka en klients kunskap och realistiska förväntningar av behandlingsresultat (16). I utvecklingen av ett beslutsstöd för att stärka sjukskrivna kvinnor behöver aspekter av hälsolitteracitet vägas in, vilket kräver kunskap om faktorer som stöttar kvinnor i beslutsprocessen under tiden som sjukskriven.

### **Syfte**

Syftet med studien var att undersöka sjukskrivna kvinnors erfarenheter av faktorer som bidragit till att de känt sig stärkta och kunnat fatta välgrundade beslut i frågor som relaterar till sjukskrivning och rehabilitering.

### **Metod**

Studien hade en explorativ kvalitativ design med fokusgruppsdiskussioner och individuella intervjuer som metod för att samla information.

### **Deltagare**

Deltagare till studien rekryterades från olika vårdenheter i Västra Götalandsregionen. Ambitionen vid rekryteringen var att få deltagare med varierad ålder, civilstånd, utbildning, orsak till sjukskrivning och socioekonomisk bakgrund. Kriterium för att ingå i stu-

dien var kvinna i arbetsför ålder som varit sjukskriven under minst tre månader det senaste året. Personal vid enheterna förmedlade skriftlig information om studien och förfrågan om deltagande. Totalt anmälde 41 kvinnor intresse att delta, men av orsaker som sjukdom, missförstånd/glömska angående tidpunkt/lokal osv. kom deltagande att stanna vid 32 kvinnor.

Dessa var i åldrarna 26 – 63 år med varierande orsaker som grund för sjukskrivningen. De flesta av deltagarna levde i parrelationer och hade barn i olika åldrar. Flertalet kvinnor (25/32) hade anställning medan övriga var studerande eller arbetslösa. Fjorton kvinnor arbetade inom utförandeyrken, tio var tjänstemän och en var egenföretagare.

### **Datainsamling**

I datainsamlingens första steg samlades 19 kvinnor i fem fokusgrupper där de under ledning av moderator (denna artikels författare) diskuterade erfarenheter av faktorer som bidragit till att de känt sig stärkta och kunnat fatta välgrundade beslut i frågor som relaterar till sjukskrivning och rehabilitering. Efter analys av diskussionerna intervjuades i nästa steg 13 kvinnor individuellt med frågor baserade på resultatet av analysen. Här låg fokus på att fördjupa förståelsen för de faktorer som framkommit. Både diskussioner och intervjuer spelades in som mp3-fil inför analysen och vid intervjuerna fördes också anteckningar, s.k. memos att använda som stöd vid analysen.

### **Analys**

Såväl fokusgruppsdiskussioner som

intervjuer analyserades kvalitativt och dessa analyser genererade var för sig resultat i form av teman som beskrev kvinnornas erfarenheter av faktorer som bidragit till att de känt sig stärkta och kunnat fatta välgrundade beslut. Som sista moment i analysen genomfördes en syntetiseringsprocess baserad på de beskrivningsteman som framkom i de två tidigare momenten. Syntesen resulterade i fyra övergripande kategorier med faktorer som bidragit till att kvinnorna känt sig stärkta och kunnat fatta välgrundade beslut i frågor som relaterar till sjukskrivning och rehabilitering. De fyra kategorierna relaterar på olika sätt till varandra.

## **Resultat**

De fyra övergripande kategorier som framträdde vid syntesen belyser olika faktorer som bidragit till att kvinnorna känt sig stärkta och kunnat fatta välgrundade beslut i frågor som berör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess var: *Att se sig själv som en kapabel person; Att förvissa sig; Att var en värderad del av ett sammanhang och En stöttande omgivning.*

### **Att se sig själv som en kapabel person**

Kvinnornas erfarenhet var att deras syn på sig själva som kapabla personer, med tilltro till den egna förmågan att hantera situationen som sjukskriven, bidrog till att de kände sig stärkta och kunde fatta välgrundade beslut. Denna kategori står för föresatsen att själv ta ansvar och ställa krav, att stå upp för den egna uppfattningen om sjukskrivningsorsaken och den mest ändamålsenliga vägen tillbaka till arbete.

Den innefattar också värdet av att själv tolka såväl symtom som information eller riktlinjer i samband med beslut, liksom vikten av att ge egna förslag på åtgärder. Att se sig själv som kapabel innebär att inte utsätta sig för någon annans godtycke eller att vara i händerna på någon annan. Grunden för denna kategori är tillit till tidigare erfarenheter, självförtroende, självkännetend och logiskt tänkande. Att se/använda sig själv som en kapabel person leder till kontroll över situationen och känslan av att vara involverad i de beslut som tas. Synen på sig själv som en kapabel person har samband med övriga kategorier då en sådan självtilit är en förutsättning för förmågan att förvissa sig i olika frågor/situationer, för att med rätta kunna begära att få vara en värderad del av ett sammanhang och för att det ska finnas anledning för omgivningen att vara stöttande.

### Att förvissa sig

Att söka kunskap för att förvissa sig i frågor om ohälsa/sjukdom, sjukskrivningen, behandlingsalternativ och rehabiliteringsåtgärder bidrog till att kvinnorna kände sig stärkta inför beslut och därmed fatta välgrundade beslut. Att förvissa sig innebär att söka kunskap och information via olika medier, t.ex. Internet, teve, dags- och veckotidningar, personliga kontakter med patientföreningar, personer i samma situation, anhöriga eller arbetskamrater. Målet med att förvissa sig är att känna säkerhet i beslutsdiskussioner, att diagnostisera sig själv, att kontrollera situationen, att minska risker för felbedömningar och inte riskera att gå miste om åtgärder som skulle kunna

leda framåt. Denna kategori har samband med *Att se sig själv som en kapabel person* då ett sätt att få en sådan självbild är via den kunskap som nås via informationsökning. Att förvissa sig och få kunskap är också en förutsättning för att bli *en värderad del av ett sammanhang*.

### Att vara en värderad del av ett sammanhang

Att känna delaktighet och personligt värde trots sjukskrivningen framstod för kvinnorna som en viktig faktor för att känna styrka och för att kunna fatta beslut. Att vara en värderad del av sammanhanget handlar om att vara socialt aktiv, känslan av att vara behövd, att ha en funktion och att bli sedd och bekräftad av andra människor. Kategorin karakteriseras av känslan av att vara en vanlig människa, att blir betraktad som en resurs och inte som en börda, att vara en del av olika sammanhang. Den kännetecknas också av att värdera sig själv genom att se till egna behov, att förstå vad som är viktigt och värdefullt i livet, att prioritera sig själv och att vara medveten om egna resurser. Att vara en värderad del av sammanhang innefattar dessutom vänskap och social interaktion byggd på gemensam förståelse utan ifrågasättanden. Faktorer som mer direkt relaterar till beslutsfattande i denna kategori är möjligheten att dela erfarenheter och kunskap, diskutera symptom, utbyta idéer och uppmuntra varandra. Sammantaget leder faktorer i denna kategori till upplevelsen av gemensam styrka och att utifrån denna öka motivation för att ta aktiv del av besluts- och rehabiliteringsprocessen. Denna kategori relaterar till *Att se sig själv som en kapabel person* genom bekräf-

telse av andra individer i sammanhanget och till *En stöttande omgivning* på så sätt att sammanhangen kan ingå som en del av en stöttande omgivning.

### En stöttande omgivning

Kategorin beskriver kvinnornas erfarenhet av den betydelse omgivningen har för att stärka dem och fatta välgrundade beslut under tiden som sjukskriven. En stöttande omgivning innebär att den är uppmuntrande, att den känner till, beaktar och respekterar den komplexa bakgrunden till sjukskrivningen och komplexiteten i sjukskrivningsprocessen. Den karaktäriseras av ett delat ansvar och delad samarbetsvilja, trygga relationer, öppen dialog, ett respektfullt bemötande, ett genuint intresse för den sjukskrivna och gemensam tillit till processen. En stöttande omgivning ger vägledning och tydligt strukturerad information om rättigheter och skyldigheter. Den behandlar kvinnan som en unik individ som inte blir ifrågasatt utan respekterad och bekräftad. En stöttande omgivning bidrar till att dela bördan av att vara sjukskriven och delar ansvaret för de åliggande som ingår i situationen som sjukskriven. Det handlar om att kvinnan blir avlastad från det totala ansvaret och att någon står på ens sida, assisterar, företräder och förklarar när den egna kraften eller förmågan brister. Rent konkret kan det innebära att administratörer, professionella eller personer ur den nära omgivningen söker och förklarar information, kommunicerar med myndigheter, fyller i blanketter eller ibland till och med tar över ansvaret för beslut. Denna kategori relaterar till de tre övriga genom att den främjar

*självbilden av en kapabel person* och upplevelsen att vara *en värderad del av ett sammanhang* liksom understödjer rätten att *förvissa sig* i olika frågor.

### Diskussion

De framkomna kategorierna, med alla ingående faktorer, stöttar eller får stöd av tidigare forskning. Så överensstämmer t.ex. de faktorer som ingår i *En stödjande omgivning* med Östlunds m.fl. forskning (17, 18), som visar att en personlig relation är viktigare än vilken typ av rehabilitering det rör sig om. Müssener m.fl. (19) menar också att ett respektfullt och stödande bemötande från professionella underlättar återgång till arbete och ger sjukskrivna kvinnor känslan av att vara stark och avlastad medan motsatt bemötande leder till känslan av hjälplöshet (19). Att en stödande omgivning inte bara är stärkande utan också en faktor som bidrar till förmågan att fatta välgrundade beslut kan ses som ett nytillskott till tidigare forskning.

De framkomna faktorerna anknyter till de terapeutiska förhållningssätt som beskrivs i Taylors modell för en medveten relation (20), där ett grundläggande antagande är att denna form av relation är avgörande i beslutsfattande. *En stödande omgivning* relaterar klart till det företrädande förhållningssättet, som enligt Taylor (20) behövs när det finns sociala eller ekonomiska hinder som påverkar en persons välmående. Förhållningssättet innebär att den professionelle har rollen av en som underlättar eller värnar om en persons rätt. De åtgärder som används i detta förhållningssätt bygger på respekt för

autonomi och egen förmåga att avgöra vad som är bäst. *En stödjande omgivning* relaterar också till det empatiska förhållningssättet, som innefattar bekräftelse och aktivt, icke dömande lyssnande (20). Faktorerna i kategorin *Att se sig själv som en kapabel person* har också anknytning till det samarbetsinriktade förhållningssättet (20). Grundläggande för detta är betoningen på frihet och autonomi och utgångspunkten att aktiv delaktighet i målsättning, resonemang och beslutsfattande bidrar till ett positivt resultat.

Innehållet i kategorierna *Att se sig själv som en kapabel person* och *Att förvissa sig* relaterar till "empowerment" (21) och till "self-efficacy" (22), som betonar individens positiva förväntningar på att själv kunna hantera problematiska situationer och därmed öka tilltron till egen förmåga att hantera svåra situationer i framtiden. En sådan tilltro är viktig för hur en person agerar, hur motiverad hon är, hur hon reagerar känslomässigt och hur hon tänker i problematiska situationer. Studier visar att individens tilltro till egen förmågan avgör om rehabiliteringen leder till återgång i arbete eller inte (23, 24).

Kvinnornas erfarenheter av faktorer som är stärkande och främjar beslut knyter på olika sätt an till resultaten i Wathens och Harris (25) studie, som beskriver att landsbygdskvinnor precis som kvinnorna i föreliggande studie söker information för att förbereda sig inför möten med professionella, att själva ställa diagnos, att förvissa sig om att det är rätt diagnos, att få tillgång till ytterligare informa-

tion eller att samla mer kunskap om diagnos eller sjukdomstillstånd (25). Källor för informationssökningen var också i denna studie Internet, vänner och familjemedlemmar eller personer med liknande erfarenheter. I Wathens & Harris studie (25), var erfarenhet av att professionella inte var positiva till att diskutera information som kvinnorna själva hade vaskat fram. Istället beskrevs det som riskabelt att ta upp en diskussion baserad på information man själv hade tagit fram, vilket kunde medföra att man blev betraktad som en bråkstake och därmed sabotera relationen (25). En stöttande omgivning kan därför vara avgörande för om kvinnor aktivt blir delaktiga i beslutsprocesser i samband med sjukskrivningen.

De faktorer som framkom i syntesten är både omgivningsmässiga, situationsbundna och sådana som tillhör personen. De flesta relaterar på olika sätt till interaktiv och kritisk hälsolitteracitet, t.ex. att tolka och värdera information inför beslut liksom de faktorer som visar på förmåga att förvärva, diskutera, uppfatta, analysera och välja information (11-13, 26, 27). *Att vara en värderad del av ett sammanhang* och *En stöttande omgivning* kan ses som faktorer som indirekt påverkar kvinnornas interaktiva och kritiska hälsolitteracitet. Faktorernas koppling till hälsolitteracitet innebär att de kan fluktuera beroende på sammanhang, maktfördelning och känslan av att vara i en beroendeställning - ett resonemang som stöttar Mårtenssons och Hensings syn på hälsolitteracitet som ett dynamiskt kontinuum.

Avsikten med denna kvalitativa studie

var inte att nå ett generaliserbart resultat utan att belysa erfarenheter från en specifik grupp. En följd av att detta är att det inte går att uttala sig om hur tillämpbart resultatet är i ett större sammanhang, i samhällen med ett annat socialförsäkringssystem eller med en annan syn på individens delaktighet i beslut. Trots det kan faktorerna ligga till grund för utvecklingen av ett beslutsstöd för sjukskrivna svenska kvinnor. Huruvida de är applicerbara på svenska män får påvisas i kommande studier.

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. Försäkringskassan. Sjukpenning och samordnad rehabilitering. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 2008. Tillgänglig från: <http://www.forsakringskassan.se/filer/publikationer/pdf/vgl0402.pdf>.
3. Pollock N. Client-centered assessment. *Am J Occup Ther*. 1993;47:298-301.
4. Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *J Rehabil Med*. 2002;34:5-11.
5. Stuart D, Zimring JD. Health care decision-making capacity: A legal perspective for long-term care providers. *JAMDA*. 2006;7:322-6.
6. Hansen Falkdal A, Edlund C, Dahlgren L. Experiences within the process of sick leave. *Scand J Occup Ther*. 2006;13:170-82.
7. Ockander MK, Timpka T. Women's experiences of long term sickness absence: implications for rehabilitation practice and theory. *Scand J Publ Health*. 2003;31:143-8.
8. Palmer E. Den höga sjukskrivningen. In: Hoegstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T, editors. Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Stockholm: Statens folkhälsoinstitutet; 2004.
9. Riksförsäkringsverket. Statistikinformation – försäkringsstatistik. Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsstöd. Fördelning på län och diagnos, 2006. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 2007. Tillgänglig från: [http://statistik.forsakringskassan.se/rfvexcel/statpub/Statistik\\_2007-02.pdf](http://statistik.forsakringskassan.se/rfvexcel/statpub/Statistik_2007-02.pdf).
10. Statistiska Centralbyrån. Sjukfrånvaro och ohälsa i Sverige – en belysning utifrån SCB:s statistik, 2004:3. Stockholm: SCB; 2004.
11. Murata J, Arkida M, Shirai F. A concept analysis of "health literacy" - focusing on participants in health education classes at health centers. *J JPN Acad Nurs Sci*. 2006;26(4):84-92.
12. Nielsen-Bohlman I, Panzer AM, Kindig DA, editors. Health literacy: A prescription to end confusion. Washington DC: The National Academic Press; 2004.
13. World Health Organisation DoHP, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organisation; 1998.
14. Mårtensson L, Hensing G. Health literacy - a heterogeneous phenomenon. A literature review *Scand J Caring Sci*. 2011:Accepted for publication, Feb 20, 2011.
15. Woolf SH, Chan EC, Harris R, Sheridan SL, Braddock CH, Kaplan RM, et al. Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Ann Intern Med*. 2005;143:293-300.
16. O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Collaboration*. 2009;Issue 3: Tillgänglig från: <http://www.thecochranelibrary.com>.
17. Östlund G, Cedersund E, Alexanderson K, Hensing G. "It was really nice to have someone" -lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scand J Publ Health*. 2001;29:285-91.

18. Östlund G, Borg KE, Wide P, Hensing G, Alexandersson K. Clients' perceptions of contact with professionals within healthcare and social insurance offices. *Scand J Publ Health* 2003;31:275-82.
19. Müssener U, Svensson T, Söderberg E, Alexandersson K. Encouraging encounters: Sick-listed persons' experiences of interactions with rehabilitation professionals. *Soc Work Health Care*. 2007;46:71-8.
20. Taylor RR. *The Intentional Relationship. Occupational Therapy and the Use of Self*. New York: FA Davis; 2007.
21. Rissel C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promot Int*. 1994;9:39-47.
22. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1997;84(2):191-215.
23. Ekbladh E, Thorell LH, Haglund L. Return to work: the predictive value of the Worker Role Interview (WRI) over two years. *WORK*. 2010;35(2):163-72.
24. Hansen-Falkdal A. Resources and obstacles for work re-entry among sick listed - important factors for early assessment. Umeå: Umeå universitet; 2005.
25. Wathen CN, Harris MH. "I try to take care of it myself." How rural women search for health information. *Qual Health Res*. 2007;17:639-51.
26. Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nursing*. 2005;50(6):633-40.