

”Jag är en kämpekvinna”

Utlandsfödda kvinnors upplevelser av arbetslivsinriktad
rehabilitering

Måna Barsch

Pedagogiska institutionen

Examensarbete 15 hp

Pedagogik

Studie- och yrkesvägledarprogrammet (180 hp)

Vårterminen 2010

Handledare: Otto Granberg

Examinator: Petra Roll Bennet

English title: ”I am a fighting woman”



Stockholms
universitet

”Jag är en kämpekvinnna”

Utlandsfödda kvinnors upplevelser av arbetslivsinriktad rehabilitering

Måna Barsch

Sammanfattning

Studien handlar om långtidssjuka, utlandsfödda kvinnors upplevelser av den arbetslivsinriktade rehabilitering de har fått och huruvida de upplever att den har varit betydelsefull, värdefull och stärkande för dem och i så fall på vilket sätt. Undersökningen har genomförts med en kvalitativ metod och består av fem semistrukturerade intervjuer med kvinnor i åldern 45-52 år, som är födda i Mellanöstern och har bott i Sverige i mer än 20 år. Gemensamt för samtliga informanter är att de har diagnosen fibromyalgi. Studien visar på att kvinnorna i nuläget mår så dåligt att de sannolikt har ett större behov av medicinsk rehabilitering än arbetslivsinriktad rehabilitering. De upplever att sammanhållna rehabiliteringsprogram och samtalsstöd har varit de rehabiliteringsinsatser som har hjälpt dem i störst utsträckning.

Nyckelord

Arbetslivsinriktad rehabilitering, invandrare, KASAM, self-efficacy, empowerment, karriärutveckling

“I am a fighting woman”

Immigrant women’s experiences of vocational rehabilitation

Måna Barsch

Abstract

The study is about long-term sick, immigrant women’s experiences of the vocational rehabilitation that they have received and whether they feel it has been important, valuable and strengthening and if so in what way. The study was conducted with a qualitative method and consists of five semi-structured interviews with women aged 45-52 years, who were born in the Middle East and have lived in Sweden for more than 20 years. Common to all informants is that they have been diagnosed with fibromyalgia. The study shows that the women currently are in such bad condition that they are likely to be in a greater need for medical rehabilitation than vocational rehabilitation. They feel that multiprofessional rehabilitation programmes and counselling have been the rehabilitation efforts that have helped them most.

Keywords

Vocational rehabilitation, immigrants, SOC, self-efficacy, empowerment, career development

Förord

Jag vill tacka mina intervjupersoner för att ni så öppenjärtligt och generöst delade med er av era upplevelser och erfarenheter. Sammanfattningen av intervjuerna med er är kanske inte exakt så som ni upplever att era liv är och har varit, men det är så som jag uppfattade era berättelser när jag hörde dem. Utan er, fem starka kvinnor, hade detta examensarbete aldrig blivit till.

Jag vill tacka er som på olika sätt hjälpte mig att komma i kontakt med kvinnorna.

Tack till min handledare, Otto Granberg, för dina kloka kunskaper och tankar.

Jag har mött många lärare och studiekamrater under mina år på studie- och yrkesvägledarprogrammet. Jag kommer aldrig att glömma er. Tänk att det finns så många kloka och varma människor!

Jag vill tacka min familj och mina vänner som har trott på mig och stöttat mig i vått och torrt.

Mina barn, Alice, Linnéa och Malin, som fyller mitt hjärta med deras stora kärlek varje dag, utan gränser. Tack för att ni finns i mitt liv!

Stockholm i juni 2010

Måna Barsch

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Inledning	1
1.1 Val av problemområde.....	1
1.2 Förkunskap	4
1.3 Syfte.....	5
1.4 Forskningsfrågor.....	5
1.5 Begrepp.....	6
2. Bakgrund.....	7
2.1 Resultat av litteratursökning	7
2.2 Forsknings- och litteraturanknytning	7
2.2.1 Ett salutogent synsätt och KASAM	8
2.2.2 Self-efficacy	9
2.2.3 Empowerment	10
2.2.4 Invandrare och hälsa	11
2.2.5 Könsskillnader och hälsa	12
2.2.6 Att samtala	12
2.2.7 Karriärutveckling	13
3. Metod.....	15
3.1 Undersökningsstrategi/metod	15
3.2 Genomförandesteg	15
3.3 Urvalsgrupp och urvalsförfarande	16
3.4 Datainsamling	17
3.5 Tillförlitlighet och giltighet	18
3.6 Etiska ställningstaganden.....	19
3.7 Bearbetning och analys av resultatdata	19
3.8 Resultatredovisningsätt	19

4. Resultat	20
4.1 Intervjuperson 1 – Rebecca.....	20
4.2 Intervjuperson 2 – Maria.....	22
4.3 Intervjuperson 3 – Linda.....	23
4.4 Intervjuperson 4 – Hanna.....	25
4.5 Intervjuperson 5 - Sara.....	27
5. Analys	30
5.1 Känsla av vanmakt.....	30
5.2 Sammanhållen rehabilitering	31
5.3 Att vara sjuk och frisk samtidigt.....	32
5.4 Individernas KASAM	32
5.5 Nyorientering	33
6. Slutsatser	35
7. Diskussion	37
7.1 Resultat	37
7.2 Metod.....	38
7.3 Framtid.....	38
8. Litteratur	39
8.1 Referenser	39
8.1.1 Böcker & publikationer.....	39
8.1.2 Internet	41
8.2 Bakgrundslitteratur	42
9. Bilagor	44
9.1 Intervjumall – Teman	44
9.2 Intervjumanual	45

1. Inledning

Ett av studie- och yrkesvägledarens möjliga arbetsområden är inom rehabilitering av långtidssjuka individer och då främst inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Människor som under en tid varit sjuka kan behöva hjälp och stöd med att se över sin arbetssituation och ställs ofta inför en rad olika frågeställningar: Kan jag återgå till mitt tidigare arbete? Om inte, vilka möjligheter finns till något annat arbete? Kanske behöver man helt byta arbetsområde/bransch. Kanske kan det behövas eller finnas önskemål från individen om vidare studier och hur ser då möjligheterna ut för detta? Vad vill och vad kan individen? Behövs det hjälp från något annat håll, som exempelvis arbetsprövning, anpassning av arbetsplatsen eller samtalsstöd. Vägledning, samtal, kartläggningar och karriärplanering är arbetsområden som finns hos Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och andra rehabiliteringsaktörer. I rollen som studie- och yrkesvägledare inom dessa verksamheter är det därmed mycket sannolikt att vi kommer att få möta människor/klienter, som är i behov av vår hjälp eller har blivit uppmanade av annan part att träffa oss.

Under utbildningen på studie- och yrkesvägledarprogrammet förekommer många olika moment och kunskapsområden. Vi studerar så väl karriärvalsteorier som utvecklings- och socialpsykologi. Då samtal är en viktig del av studie- och yrkesvägledarens arbete, läggs mycket fokus på detta under utbildningen. Utbildningen ger många verktyg för att kunna gå ut och stödja och hjälpa många olika grupper av människor, som befinner sig vid lättare eller svårare vägval i livet. En grupp som under lång tid har stått längre ifrån arbetsmarknaden än svenskar generellt är utlandsfödda människor (invandrare). Inom denna grupp är kvinnorna oftare än männen så pass sjuka att det hindrar dem från att arbeta heltid på den reguljära arbetsmarknaden. Detta bör sannolikt innebära att långtidssjuka, kvinnliga invandrare ofta har behov av någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering. Men hur ser personer som redan genomgått någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering på den rehabilitering och det stöd som de har fått? Upplever de att de har fått hjälp och har de blivit stärkta? Eller hade de egentligen behövt någonting annat? Detta är några av de frågeställningar som denna studie vill behandla.

1.1 Val av problemområde

Människor med någon form av funktionshinder/arbetshinder är ofta i behov av särskilda insatser för att kunna etablera sig på arbetsmarknaden. I vissa fall lyckas dessa individer på egen hand att ta sig ut i arbete efter att den medicinska rehabiliteringen är avslutad, men i många fall är

individerna i behov av stöd av olika slag. Det kan då röra sig om någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering för att reda ut vilka förmågor och möjligheter som individen har. Om individen redan har en arbetsgivare så kan eventuellt personen återgå till samma tjänst, men är möjligen i behov av olika former av arbetshjälpmiddel eller anpassning av något slag. Personen kanske kan återgå till sitt tidigare arbete, men inte i samma omfattning som tidigare. Om det inte finns någon arbetsgivare åligger det Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen att hjälpa individen att komma tillbaka till arbetsmarknaden¹. Försäkringskassan har det samordnande ansvaret för att personen ska få den rehabilitering hon är i behov av. Arbetsförmedlingen eller arbetsgivaren har ansvar för att hon får den arbetslivsinriktade rehabilitering som hon kan behöva. Exempel på arbetslivsinriktad rehabilitering är utredningar av individens fysiska och psykiska behov/förmåga kopplat till en återgång till arbetslivet, arbetsprövning, hjälpmedel samt vägledning.

Den svenska socialförsäkringen förändras kontinuerligt, i större eller mindre omfattning. Under de senaste åren har sjukförsäkringen varit föremål för många förändringar, som påverkar personer som är sjuka och/eller i behov av rehabilitering. En stor förändring är att Arbetsförmedlingen från den 1 januari 2010 har ansvar för ett introduktionsprogram, som riktar sig till personer vars dagar med sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning har tagit slut. En annan förändring är den så kallade *Rehabiliteringskedjan* som började tillämpas av Försäkringskassan den 1 juli 2008. Sedan dess finns inte längre möjlighet att få en tidsbegränsad sjukersättning och allt färre blir beviljade sjukersättning (utan tidsbegränsning). I Försäkringskassans publikation *Socialförsäkringen i siffror 2008* hittar man de senaste siffrorna på utlandsföddas representation inom sjuk- och aktivitetsersättning². Där kan man se att totalt sett i Sverige var det 552 000 personer som hade sjuk- eller aktivitetsersättning i december 2007. Av dessa var 60 procent kvinnor och 40 procent män. I yngre år är det relativt lika fördelning mellan könen, men från cirka 35 års ålder och upp till 64 år kvinnor i tydlig dominans.

I denna statistik har man även tittat på hur fördelningen ser ut beroende på om personen är född i Sverige eller ej samt vilken region i världen man är född i för de som är utlandsfödda. Man har då delat in världen utanför Sverige i nio regioner. Om man i tabellen på nästa sida tittar på hur fördelningen bland kvinnorna ser ut, kan man utläsa att kvinnor födda i övriga Europa är mest representerade bland personer med sjuk- eller aktivitetsersättning i Sverige med 204 stycken per 1000. Därefter kommer Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet med 200 stycken per 1000. Lägst andel med sjuk- eller aktivitetsersättning har personer födda i Nordamerika med 81 stycken per 1000. Man kan härmed konstatera att utlandsfödda personer i många fall oftare än personer födda i Sverige, har sjuk- eller aktivitetsersättning.

1 <http://www.regeringen.se/content/1/c6/13/41/36/58f8ce6a.pdf> (2010-05-16)

² Sjukersättning kan beviljas till personer mellan 30-64 år och aktivitetsersättning till personer mellan 19-29 år.

**Antal per tusen med sjukersättning eller aktivitetsersättning,
december 2007.**

Åldersstandardiserat.

Region	Kvinnor	Män
Afrika söder om Sahara	129	97
Asien utan Mellanöstern	110	93
EU 27 utom Norden	147	98
Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet	200	149
Nordamerika	81	60
Norden utom Sverige	156	120
Oceanien	86	48
Sverige	120	76
Sydamerika	164	97
Övriga Europa	204	153

Källa: Försäkringskassan, 2008³.

Det finns, som nämnts tidigare, myndigheter som enligt lag är skyldiga att försöka hjälpa långtidssjuka personer. Sedan finns det aktörer som av olika anledningar vill försöka hjälpa och stärka personer med någon form av sjukdom eller funktionshinder, utan att lagen säger att de måste. Till dessa hör olika intresseorganisationer, handikappförbund och patientföreningar. Människor söker sig till sådana typer av sammanslutningar för att exempelvis få information eller kompletterande kunskaper om sin diagnos, när man känner att den information man fått från hälso- och sjukvården känns otillräcklig eller bristfällig. Det kan även vara vårdpersonal som tipsar sina patienter om föreningarnas verksamheter. Sveriges största handikappförbund är Reumatikerförbundet, som företräder cirka 55 000 medlemmar⁴. Totalt räknar man med att det finns omkring en miljon reumatiker i Sverige där var och en har någon av de omkring 80 reumatiska diagnoserna som finns. Reumatikerförbundet drev under åren 2003-2007 ett projekt kallat *NIKE – nätverk för kvinnor med invandrarbakgrund*, vars primära syfte var att stärka invandrarkvinnor med en reumatisk diagnos så att de skulle få en bättre kännedom om sin sjukdom, sina rättigheter och möjligheter i det svenska samhället⁵. Man hade uppmärksammat att det fanns brister i denna grupps kunskaper om vad vården, myndigheter och samhället kunde erbjuda i form av stöd, hjälpmedel, rehabilitering etc. Numera är projektets aktiviteter en integrerad del av Reumatikerförbundets verksamhet.

För att en arbetslivsinriktad rehabilitering ska lyckas krävs det att man ser till hela individens livssituation – den fysiska, psykiska och den psykosociala. Man bör fokusera på att utveckla individens inre resurser och förmågor. Detta kan även ske i grupp tillsammans med andra deltagare i rehabiliteringen, men det måste vara utformat så att de individuella behoven

3

http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Publikationer/Socialforsakingen_%20i_siffror/socialforsakingen_i_siffror_2008.pdf (2010-05-10)

4 www.reumatikervarlden.se (2010-05-10)

5 <http://www.reumatikerforbundet.org/start.asp?sida=3779> (2010-05-10)

tillgodoses. Man bör ha tydliga mål för rehabiliteringen och ett aktivt deltagande från individen är en förutsättning för att rehabiliteringen ska bli framgångsrik (Vahlne Westerhäll m.fl, 2006).

Man kan konstatera att arbetslivsinriktad rehabilitering är ett område där studie- och yrkesvägledarens kunskaper kan vara av stort värde (notera att vägledare inom rehabiliteringsområdet kan ha andra yrkestitlar än studie- och yrkesvägledare, såsom handläggare, arbetskonsulent, rehabiliteringskonsult). Man kan även notera att utlandsfödda kvinnor är en grupp som är mycket sannolik att man möter inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det finns en risk att denna grupp inte har så stor kännedom om sina rättigheter och möjligheter inom det svenska samhället samt inom arbetslivsinriktad rehabilitering och tänkbara karriärvägar. Där kan studie- och yrkesvägledare bidra med de särskilda kunskaper vi har inom dessa områden. Traditionellt ses ofta vår yrkeskår som verksam inom skolväsendet. Men det är viktigt att studie- och yrkesvägledare arbetar för att nå ut till samhället med vilka kunskaper vi har inom rehabiliteringsområdet och hur dessa kan användas vid vägledning av olika individer och grupper med särskilda behov.

1.2 Förkunskap

Min förkunskap i förhållande till studien är att jag själv har genomgått arbetslivsinriktad rehabilitering under många år och i många olika former. Detta beroende på att jag för cirka 20 år sedan fick diagnosen *fibromyalgi*. Det är ett icke-malignt (motsatsen till malignt = elakartat) syndrom i rörelseorganen, vilket bland annat innebär kronisk värk i hela kroppen och en onormal trötthet. Fibromyalgi kallas ibland även för mjukdelsreumatism. Tidigare benämndes ofta syndromet i nedsättande ordalag som *kärringsjukan* eller *SVBK (sveda-, värk- och brännkärring)*, men sedan 1990 finns det internationellt erkända kriterier för att ställa diagnosen och detta har sannolikt bidragit till att motverka de gamla föreställningarna⁶. Inget känt botemedel finns utan det handlar om att lära sig att leva med diagnosen. Mina egna erfarenheter av rehabilitering är varierande – både positiva och mer negativa. Jag har därmed personlig erfarenhet av området. Under årens lopp har jag mött många människor med samma diagnos som jag själv, men även många utan en diagnos men med likartade symtom. Deras erfarenheter talar ofta om stora brister vad gäller rehabilitering. Många upplever att de ofta blir dåligt och oprofessionellt bemötta och att man inte lyssnar på dem. Inte minst under min tid som anställd på Reumatikerförbundet (2001-2002) och som diagnosombud i förbundets Stockholmsdistrikt (2007- mars 2010) kom jag i kontakt med många människor med reumatiska diagnoser och deras erfarenheter och upplevelser av att leva med långvarig sjukdom och smärta. Fibromyalgi är en av de diagnoser som Reumatikerförbundet handhar.

Orsaken till mitt intresse för vägledning är flera. Dels för den livserfarenhet jag har, som bland annat innefattar kampen för att varje dag försöka hitta den långsiktiga balansen mellan att ta

⁶ http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/10133/LKT0835s2328_2332.pdf (2010-05-16)

hand om min egen hälsa och viljan att delta i arbetslivet och i det sociala livet. I perioder har hälsan inte tillåtit mig att arbeta och inte minst då har jag upplevt hur lätt det kan vara att tappa känslan av sammanhang i livet och att känna en stor maktlöshet. En annan orsak är mitt stora intresse för samhällsfrågor och den enskilda individens roll i det stora samhället. Jag har även ett stort intresse för att samtala med människor, att lyssna, lära mig nya saker och att vidga mina perspektiv.

Under den senaste av de praktikperioder jag har varit ute på under denna utbildning, praktiserade jag hos en studie- och yrkesvägledare som delvis arbetar som flyktingsamordnare. Detta stärkte mitt intresse för livs- och karriärsituationen för personer med invandrabakgrund, i synnerhet kvinnor som verkar ha det extra svårt att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden och att komma tillbaka efter lång tids sjukdom.

In i detta forskningsarbete bär jag därmed med mig:

- Mina personliga erfarenheter av sjukskrivning, rehabilitering och möten med människor.
- Ett tvärvetenskapligt intresse – av samhällsvetenskap och av beteendevetenskap.

1.3 Syfte

Studiens syfte är att undersöka om långtidssjuka, utlandsfödda kvinnor har fått en arbetslivsinriktad rehabilitering, som de upplever har varit betydelsefull, värdefull och stärkande för dem i deras egen situation och i så fall på vilket sätt.

1.4 Forskningsfrågor

- Vilken form av arbetslivsinriktad rehabilitering har individerna fått?
- Hur upplevde individerna den arbetslivsinriktade rehabiliteringen?
- Vad inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har haft stor betydelse för dem?
- Vilken roll har den arbetslivsinriktade rehabiliteringen spelat för individens självkänsla och karriärutveckling?

1.5 Begrepp

Nedan har jag listat några av de begrepp som förekommer i denna studie för att förtydliga vad jag avser med dem.

- Självkänsla = den term jag har valt för att i ett ord få med essensen i begreppen KASAM, self-efficacy och empowerment.
- KASAM = känsla av sammanhang (kan indelas i begriplighet, hanterbarhet, meningsfullhet)⁷.
- Self-efficacy = självskattning eller subjektiv prestationsförmåga.
- Empowerment = bemyndigande, egenmakt, stärkande.
- Rehabilitering = återupprättande, återanpassning (till arbetslivet efter sjukdom el. skada)⁸.
- Uppleva = känna, tänka, tycka, erfara, förnimma.

⁷ Efter Aaron Antonovsky (2005).

⁸ <http://www.svenskaakademien.se/web/Ordlista.aspx> (2010-05-13)

2. Bakgrund

2.1 Resultat av litteratursökning

Sökning har bland annat skett i Diva, regeringen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Stockholms universitetsbibliotek, Socialstyrelsen samt via sökmotorn Google. Bland sökorden som har använts kan nämnas *rehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering, rehabiliteringsaktör, KASAM, empowerment, invandrare, utlandsfödd, sjukskrivning, samtal, vägledning, karriär, karriärutveckling, karriärval, coping, kvinnor, self-efficacy, smärta, hälsa*. Sökning och läsning på internet har gjorts med vetskapen om att det fordras ett kritiskt sinnelag för att bedöma vilken information som kan anses vara relevant och trovärdig (Leth & Thurén, 2000).

2.2 Forsknings- och litteraturanknytning

Människor som har varit sjukskrivna under en längre tid känner sig ofta i olika grader försvagade och maktlösa (Brattberg, 2003). Man upplever ofta att man befinner sig i en beroendeställning. Kanske är man i en situation där man får sin försörjning från Försäkringskassan i form av sjukpenning/sjukersättning och hälso- och sjukvården har eventuellt lagt ned mycket tid på den medicinska behandlingen i form av läkarbesök, sjukgymnastik, stödsamtal etc. Man är i en situation där man tar emot stöd av olika slag, men upplevelsen kan vara att man inte är i stånd till att ge någonting tillbaka. För många som har varit i denna situation under en lång tid kan det upplevas skamfullt och självförtroendet kan gå i botten (ibid.). Trots att individen har varit sjukskriven och fått behandlingar och läkemedel under en längre tid, kanske inte personen har hälsan och/eller styrkan att komma tillbaka till arbetslivet i samma utsträckning som tidigare.

I de fall då personen har en anställning så är det arbetsgivaren som skall genomföra anpassning och åtgärder inom verksamheten, i syfte att den anställda skall kunna komma tillbaka till arbete inom företaget (Arbetarskyddsstyrelsen, 1994). Till sin hjälp har arbetsgivare ofta en företagshälsovård som kan bistå med hjälp och kunskap. I de fall då individen inte har någon arbetsgivare är det Försäkringskassan som har huvudansvaret för rehabiliteringen. Samverkan sker i hög grad med Arbetsförmedlingen, som kan bistå med exempelvis studie- och yrkesvägledning, platsförmedling samt arbetslivsinriktad rehabilitering.

2.2.1 Ett salutogent synsätt och KASAM

Aaron Antonovsky beskriver i boken *Hälsans mysterium* (2005) ett salutogent synsätt på hälsa. Med salutogent avses när man har fokus på hälsans bakgrund. Det innebär att man inte vill se en människas hälsa utifrån att vara frisk eller sjuk (ett patogent synsätt), utan att hälsa är ett kontinuum där man kan röra sig fram och tillbaka mellan den sjuka polen (ohälsa) och den friska polen (hälsa). Man vill titta på vilka faktorer det är som gör att man kan röra sig mot den friska polen och vad som kan underlätta den rörelsen. Med ett patogent synsätt ser man det som att sjukdomar orsakas av bakterier och att riskfaktorer (stressorer) påverkar i vilken utsträckning man har benägenhet för att utveckla olika sjukdomar. En stressor är när någonting är en under- eller överbelastning och man inte kan påverka detta. Utifrån ett salutogent perspektiv bör man titta på en människas sammanlagda historia och komma bort från att enbart titta på orsaker och ursprung till sjukdomar. Om man studerar en grupp människor och ser på vilka som exempelvis har drabbats av en viss sjukdom och vilka som inte utvecklar den, så är det mest intressanta att titta på de avvikande fallen, de som har förblivit friska. Varför har de inte utvecklat sjukdomen? Vilka är faktorerna som har gjort att de förblir friska? Människor påverkas kontinuerligt av stressorer. De finns hela tiden i våra liv och behöver inte alltid vara negativa. De kan även vara hälsobefrämjande för oss menar Antonovsky (ibid.).

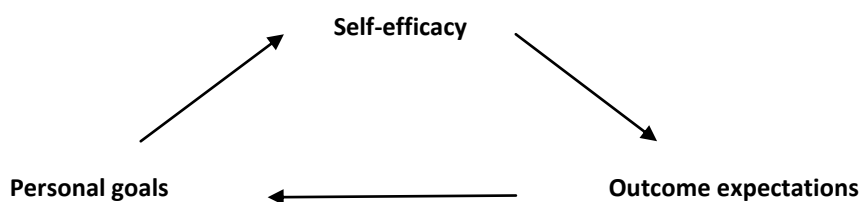
KASAM (känsla av sammanhang) är ett väsentligt begrepp inom det salutogena perspektivet. Det består av tre komponenter: *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. Med *begriplighet* menas till vilken grad man upplever inre och yttre stimuli som icke-kaotiskt, d.v.s. förståeligt, strukturerat, ordnat, klart och tydligt. Om man har en stark KASAM inom detta område upplever man livets olika händelser som erfarenheter och utmaningar. Medan en person med svag KASAM lätt ser sig själv som en olycksfågeln och att det kommer att förbli så. *Hanterbarhet* handlar om i vilken utsträckning man upplever att man har resurser att bemöta livets inre och yttre stimuli. Det behöver inte bara vara egna resurser utan kan även exempelvis vara andra människor eller Gud (om man är troende). Om man har svag KASAM inom detta område är det lätt att man upplever livet som orättvist och att man känner sig som ett offer för omständigheterna. Med *meningsfullhet* avses att man har saker i livet som upplevs som betydelsefulla och att man är engagerad i något som känns viktigt. Meningsfullhet är viktigt för att kunna känna motivation. När man upplever att man har inflytande över det som sker och kan påverka sin situation, ökar känslan av meningsfullhet. Har en person svag KASAM inom detta tycker hon nästan inte att någonting i livet är särskilt betydelsefullt för henne. Det salutogena synsättets centrala tes är:

”En stark KASAM är avgörande för framgångsrik hantering av livets stressorer och därmed för hälsans bevarande.” (s 217, Antonovsky, 2005)

Det finns fyra sektorer i livet som i princip måste upplevas betydelsefulla för att vi ska ha en stark KASAM menar Antonovsky – ens känslor, de närmaste relationerna, den huvudsakliga sysselsättningen och existentiella ämnen (t ex isolering, konflikter, liv och död). Dessa områden påverkar en människa så mycket att vi inte kan förneka deras stora betydelse. Om man ändå gör det så har man en låg känsla av meningsfullhet enligt Antonovsky (ibid.).

2.2.2 Self-efficacy

Self-efficacy är den tillit en person har till sin egen förmåga att utföra handlingar med avsikten att uppnå ett visst mål och tron på att överkomma hinder på vägen mot målet (Demmelmaier, 2010). Begreppet är centralt i *Social cognitive theory*, som Albert Bandura presenterade på 1970-talet. Synonymer till self-efficacy är självskattning eller subjektiv prestationsförmåga. Om en individ har hög self-efficacy vågar hon satsa mer och har större chans att lyckas med det hon åtar sig (Brown, 2002). Om man har en tro på att man kan klara av någonting ställer man upp högre mål, man är beredd att satsa mer och att vara uthållig. Det är då även större chans att man faktiskt lyckas och att resultatet blir bättre. Self-efficacy påverkar hur lätt vi har för att handla i praktiken och hur lätt vi har för att lära oss något nytt. Det påverkar även vilka resultat vi förväntar oss (outcome expectations) och vilka personliga mål (personal goals) vi med anledning av detta sätter upp. Det i sin tur inverkar på graden av vår self-efficacy (ibid.). Därmed har vi fått en triad och ett cykliskt mönster enligt bilden nedan:



Enligt Bandura finns det fyra komponenter som i stor utsträckning har inverkan på vår self-efficacy: *Tidigare erfarenheter i livet* (primärt under barndomen men även senare), *ställföreträdande erfarenheter* (när vi ser hur andra människor som vi respekterar hanterar sina liv och uppgifter), *överbevisning* (personer vi respekterar och/eller står oss nära övertygar oss om att vi kan klara något) samt *individens fysiologiska status* (avser både den fysiska och psykiska hälsan) (ibid.). Det är viktigt att komma ihåg att graden av self-efficacy inte är någonting statistiskt, utan tvärtom öppet för påverkan.

Antonovsky beskriver i sin bok (2005) att Albert Banduras teori om self-efficacy tycks vara överensstämmande med KASAMs tre centrala komponenter. *Meningsfullhet* överensstämmer med när syftet med ett särskilt beteende har värde för individen. *Begriplighet* passar ihop med när man tror att beteendet kommer att leda till det önskade resultatet. *Hanterbarhet* kan kopplas till när man tror att man kommer att lyckas utföra beteendet (Antonovsky, 2005). Han menar även att om man tror att man kommer att klara av någonting och nå ett önskat resultat så spelar det ingen egentlig roll om det finns en spänning, en stressor. Den spänningen upplevs inte som farlig eller betydelselös i sammanhanget (ibid.)

Pernilla Åsenlöf (2005) har i sin avhandling undersökt hur individanpassad beteendemedicinsk behandling, utförd av sjukgymnaster, kan påverka människor som lever med långvarig smärta i rörelseorganen. Man sammanställde individuella behandlingsprogram där det primära syftet var att öka individens tilltro till den egna förmågan att kunna hantera sin smärta i vardagen. Ett

annat syfte var att få personerna att bättre kunna kontrollera sina negativa tankar och rädslor kring sina egna resurser. Det ingick även mer traditionell sjukgymnastisk behandling såsom individanpassad fysisk aktivitet. En teoretisk utgångspunkt i studien var Banduras begrepp self-efficacy. Resultaten visade på en mer positiv effekt på individernas förmåga att hantera sin smärta och att bättre klara av sin vardag, när man kombinerar fysisk och beteendemedicinsk behandling jämfört med att enbart använda sig av anpassad fysisk träning. Detta gällde både under studiens gång samt även vid uppföljningen som gjordes efter två år⁹. Forskningen visar att när patienten själv har satt upp sina mål, prioriterar dem högt och tror sig kunna klara att nå dem, så höjs också individens grad av self-efficacy¹⁰.

2.2.3 Empowerment

Empowerment är ett mångfasetterat begrepp, som beskrivs på flera olika sätt av olika forskare och författare. Ibland talar man om *hjälp till självhjälp*, ibland om *egenmakt* (Moula, 2009). Översatt från engelska betyder ordet *bemyndigande*. Ann-Christine Larssons avhandling (2007) grundar sig i ett forsknings- och utvecklingsprojekt, som pågick mellan år 2002-2005, där hon följde en grupp långtidssjukskrivna kvinnor i Lindesberg. Larsson skriver att man måste bryta individens känsla av vanmakt/maktlöshet för att kunna uppnå empowerment. När en individ inte har eller upplever sig ha de resurser som hon behöver i sitt liv känner hon sig maktlös. Vanmakt inom en del av en persons liv (t ex arbetslivet) påverkar även andra delar av personens liv (t ex privatlivet) och riskerar att förstärka känslan av vanmakt även där. Att på olika sätt stödja och stärka människan så att hon kan få tillgång till sina resurser är en definition av att arbeta med empowerment.

Som långtidssjukskriven kan man uppleva en känsla av stor vanmakt och då kan empowerment handla om att återerövra makten över sitt eget liv. Som ett led i arbetet med att göra detta kan det vara bra att dela in sina resurser i olika delar, exempelvis emotionella, psykiska, sociala och fysiska resurser (Andersson m.fl, 2007). Därefter kan man titta närmare på hur man har stärkt sina resurser efter att man exempelvis har genomgått en rehabilitering. Man kan titta på vilka resurser man upplever att man har just nu eller om det är någon viss resurs man eventuellt behöver jobba lite extra med. Så frågan blir då hur vi som vägledare hjälper individerna i processen med att stärka sin egen känsla av empowerment. Ju större empowerment, desto större chans att individen känner sig delaktig, motiverad och tillfreds med rehabiliteringsprocessen och sitt eget liv. En individ som erfar dessa känslor har även större chans att komma tillbaka efter en lång tids sjukdom till ett arbetsliv som upplevs som meningsfullt¹¹.

9 [http://www.europeanjournalpain.com/article/S1090-3801\(09\)00022-6/abstract](http://www.europeanjournalpain.com/article/S1090-3801(09)00022-6/abstract) (2010-05-15)

10

http://www.sjukgymnastforbundet.se/Fysioterapi/Documents/Fysioterapi_2009/12_09/Selfefficacy_fysioterapi_nr%2012_09.pdf (2010-05-12)

11

http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Instruktioner/Handledningar/SASSAM/SASSAM_metodbroschyr0608.pdf (2010-05-15)

Kvinnorna i Larssons avhandling (2007) var anställda inom den offentliga sektorn och majoriteten av dem var sjukskrivna av stressrelaterade orsaker. I projektet ville försöka förstå och förklara hur deras situation hade uppstått och hur en ”hållbar” återgång till arbetslivet skulle kunna se ut. Man ville se till den långtidssjukskrivnes liv som en helhet med arbete, familj och fritid. Man ville även skapa en samverkan mellan alla berörda parter kring individen och ha en grundsyn att individen är experten i situationen (empowerment). Under projekttiden fick de medverkande delta i flera olika aktiviteter, där utformningen bestämdes av deltagarna och projektledarna tillsammans. I början diskuterade man gemensamt fram hur man ville definiera begreppet empowerment. Man enades om att se empowerment i formen av *förändrade resurser*. Man inringade resurserna i sju olika områden (ibid.):

- Emotionella
- Sociala
- Lärande
- Fysiska
- Psykiska
- Ekonomiska
- Institutionella

Genom denna process där deltagarna medverkade till definitioner och förklaringar till empowerment, blev det också tydligt för dem hur deras egen livssituation såg ut och hur den samspelar med omgivande faktorer. Genom att arbeta med att stärka en individs resurser inom ovan angivna områden, kan personens känsla av att återfå kontrollen över sitt eget liv öka. Med detta kan man bryta upplevelsen av vanmakt och man har då mycket större möjligheter att uppnå hållbara, positiva förändringar i återgången till arbetslivet för långtidssjukskrivna (ibid.) Larsson tar upp att det var utvecklande för deltagarna att tillsammans i en grupp gå igenom den läroprocess som projektet innefattade. Man lärde sig av att lyssna på varandra och av att få sätta ord på och uttrycka sina egna erfarenheter och upplevelser. Studien visar också att det är viktigt att hitta en långsiktig balans mellan arbete och det övriga livet för att uppnå hållbarhet i rehabiliteringen. Detta är inte minst betydelsefullt för kvinnor då könssegregeringen, både inom betalt och obetalt arbete, fortfarande består och kvinnorna fortfarande generellt är de som har huvudansvaret för hushållsarbetet (ibid.).

2.2.4 Invandrare och hälsa

Att flytta från det land man är född i till ett land man aldrig tidigare har varit i, kan naturligtvis vara en svår upplevelse. Det kan vara så att man flyttar (eller flyr) från en plats som är drabbat av krig, förtryck och sjukdomar och att man istället kommer till en plats som präglas av fred, trygghet och en möjlighet till vård och god hälsa. Det har likväl visat sig att migrationsprocessen inte är helt enkel ur hälsosynpunkt (Björk Brämberg, 2008). Ofta är det en lång och utdragen process att få uppehållstillstånd och därefter är det ofta en tämligen lång väg att lära känna och acklimatisera sig i det nya landet. Från andra världskrigets slut fram till slutet av 1960-talet var majoriteten av invandrarna till Sverige arbetskraftsinvandrare (Darvishpour &

Westin, 2008). Från 1970-talet och framåt har det däremot främst rört sig om flyktinginvandring. Invandrare har nu under en längre tid haft svårt att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden. Studier visar även på att diskriminering på grund av etnisk tillhörighet högst sannolikt förekommer på den svenska arbetsmarknaden idag och att denna diskriminering är av stor betydelse när det gäller svårigheten för denna grupp att etablera sig på arbetsmarknaden (ibid.). Att leva i en otrygg livssituation, socialt och ekonomiskt, kan mycket väl vara en betydande grund för ohälsa (SCB, 2002).

Socialstyrelsen (2009, 2010) konstaterar att invandrarna i Sverige är en mycket heterogen grupp. Det skiljer mycket i bakgrund och vilka levnadsförhållanden de har levt i och nu lever i. De har även varit olika lång tid i Sverige – vissa är nyanlända, vissa har levt i princip hela sitt liv i Sverige. På grund av dessa omständigheter blir det mycket svårt att säga något generellt om gruppen som helhet. När man tittar på siffror som avser invandrades hälsotillstånd och grupperar dem beroende på vilken del av världen de är födda i, kan man dock fastslå att människor födda utanför Europa uppger en påtagligt sämre hälsa än människor födda i Sverige. Kvinnor uppger i högre grad än män att de har en sämre hälsa. Detta gäller även svenska kvinnor (ibid.).

2.2.5 Könsskillnader och hälsa

Försäkringskassans statistik över andelen frånvarodagar som ersätts från sjukförsäkringen visar också på att kvinnor har ett större ohälsotal än män¹². I mars 2010 var det 290 000 kvinnor och 196 000 män som hade sjuk- eller aktivitetsersättning. Bland de pågående sjukfallen var det omkring 55 000 kvinnor respektive 36 000 män¹³. Det totala ohälsotalet har dock minskat under de senaste åren, över hela landet och både bland kvinnor och bland män. Skillnaderna mellan könen hänvisar Försäkringskassan delvis till samhällets allmänt ojämsställda förhållanden, som innebär att kvinnor oftare än män har ett större ansvar för familjen och hemmet samt att män i allmänhet har högre positioner än kvinnor i arbetslivet. Lägre positioner på arbetsmarknaden innebär generellt sett fler sjukskrivningar (ibid.).

2.2.6 Att samtala

”Det tycks finnas en borte gräns för hur långt våra förståelsehorisonter kan sträcka sig. Vi kan bara delvis sätta oss in i och förstå en annan människas situation, eller en annan tid. Vi kan aldrig helt byta perspektiv med den andre.” (s 139, Björk Brämberg, 2008). I vårt möte med andra människor bör vi alltså ha med i vår tanke att vi aldrig till 100 procent kan förstå en människa. Men vi kan göra vårt bästa för att lyssna och försöka förstå vad individen berättar för oss och vad hon upplever. Björk Brämberg föreslår i sin avhandling om att vara invandrare och

¹² <http://www.forsakringskassan.se/irj/servlet/prt/portal/prtroot/docs/guid/5088f0d2-802e-2d10-d8b3-c717c53cb68d> (2010-05-15)

¹³ <http://www.forsakringskassan.se/nav/3dc1eb2d4849de08875e86066916b05f> (2010-05-12)

patient i Sverige, att man bör forska mer kring hur vårdpersonal kommunicerar med invandrare. Fokuseringen bör öka på hur man ställer frågor och vilka möjligheter och svårigheter som finns i det öppna samtalet, för att på ett bättre sätt än idag kunna ta tillvara dessa patienters upplevelser samt kunna tillgodose patienternas individuella behov.

Vance Peavy beskriver hur man kan använda sig av och arbeta med en konstruktivistisk vägledningsmetod för att samtala (2007). Konstruktivistiskt tänkande är på många sätt inspirerat av poetiska uttrycksformer och använder sig ofta av metaforer, menar Peavy. En av dessa kanske mer abstrakta liknelser är en människas *levnadsrum*, som ursprungligen kommer från Kurt Lewins beskrivning av detta människans psykologiska och sociologiska inre rum (ibid.). En metod för att genom samtal komma närmare en individ och på det viset få en inblick i människans upplevelser är att i samtalet tillsammans med individen utforska hennes inre levnadsrum. Peavy pekar även på några särskilda riktlinjer, som man som vägledare kan använda sig av i samtal med alla människor, oavsett samhällsskikt. Dessa riktlinjer/tips torde även kunna vara relevanta för andra yrkesgrupper där samtal med människor ingår; oavsett om det är invandrare, svenskar, kvinnor, män, sjuka, friska, unga, gamla etc.

- Lyssna – och lyssna ur den andres perspektiv.
- Visa tålmod och ödmjukhet.
- Börja där den andre befinner sig.
- Låta den andre lära en.
- Kontrollera sin egen fåfänga och sitt behov av att känna sig överlägsen den hjälpsökande i fråga om kunskap och talang.
- Kunna erkänna sin egen okunskap.

(s 24, Peavy, 2007)

2.2.7 Karriärutveckling

Per Sjöstrand (1980) beskriver *karriärutveckling* som ”den process genom vilken individens liv av studier och anställningar formas” (s 25). En människa kommer under sitt liv att stå inför en mängd olika valsituationer. När det rör sig om individens karriär handlar det i allmänhet om (1) studie- och utbildningsval, (2) yrkesval samt (3) rörligheten inom arbetsmarknaden. Vid olika tillfällen i livet är dessa faktorer i olika grad betydelsefulla. Sysselsättningar (studier och anställningar) avlöser varandra. Mellan två sysselsättningar existerar det en *brytpunkt* då det finns olika alternativa vägar för individen att välja emellan. Dessa brytpunkter kan vara frivilliga eller påtvingade, institutionaliserade eller tillfälliga (ibid.) Sjöstrand poängterar att man inte bör sammanblanda orden *karriär* och *framgång*, vilket ibland kan bli fallet i det svenska språket. Det är därtill viktigt att hålla i åtanke att karriärval och tron på den egna förmågan hänger samman, menar han.

”I ett samhälle där individuell konkurrens är ett betydande inslag blir individens karriärval också en avspegling av tilltron till den egna förmågan. Troligen är denna tilltro

lägre gentemot alternativ som ter sig okända och som det saknas erfarenheter av i närmiljön, och som ligger utanför en grupps tradition.” (s 36, Sjöstrand, 1980)

3. Metod

3.1 Undersökningsstrategi/metod

Undersökningen har genomförts som en fallstudie med en kvalitativ metod (Backman, 2008; Marshall & Rossman, 2006). Med en kvalitativ metod kan intervjuerna genomföras med hjälp av en intervjumanual, som ger utrymme för följdfrågor, förtydliganden och vidare förklaringar. Intervjuerna i denna undersökning var av semistrukturerad karaktär (May, 2001) med olika temafrågor som grund (se bilaga 9.1). Denna metod ger en möjlighet att vara öppen och lyhörd för den aktuella intervjupersonen. Det viktiga är att intervjupersonerna får tid och utrymme samt känner en trygghet som gör att de kan få fullt utrymme att beskriva sina upplevelser så gott de kan (Kvale, 1997). Jag hade även förberett en intervjumanual med frågor med mer konkret form för att jag under intervjuerna skulle kunna kontrollera att jag hade fått svar på det som krävdes med hänsyn till undersökningens syfte och forskningsfrågor.

Intervjufrågorna fanns med som ett stöd under intervjuerna och användes i olika utsträckning vid de olika intervjuerna, beroende på hur självgående intervjupersonerna var i sitt sätt att berätta. Jag sökte svar på forskningsfrågorna genom att försöka ställa så tydliga och enkla frågor som möjligt och att lyssna noga till intervjupersonernas beskrivningar av de efterfrågade känslorna och upplevelserna. Jag hade även förberett ett par skalfrågor, som skulle kunna användas om intervjupersonen skulle visa sig ha svårt att beskriva sin känsla eller upplevelse enbart med sina egna ord. Med en skalfråga får informanten möjlighet att på en linje gradera/bedöma sin egen upplevelse, exempelvis hur ont i foten hon hade *före* träningspasset och sedan gradera/bedöma hur ont hon hade *efter* träningspasset. Exempel på gradering kan vara en skala från 1-10 eller från ”i låg utsträckning” till ”i hög utsträckning” (Berg & De Jong, 2007). Det blev dock inte aktuellt att använda skalfrågorna eftersom intervjupersonerna utan direkta problem kunde berätta om sin situation med hjälp av tema- och intervjufrågorna.

3.2 Genomförandesteg

Initialt togs kontakt med en arbetsförmedling i Stockholms län och en handläggare som arbetar med rehabilitering där. På grund av en viss tveksamhet från dennes sida valde jag att istället kontakta Reumatikerförbundet, som jag sedan tidigare har en etablerad kontakt med. Reumatikerförbundet har mellan åren 2003-2007 drivit ett projekt med namnet *NIKE – nätverk*

för kvinnor med invandrabakgrund med stöd från Allmänna Arvsfonden. Projektet har nu blivit en integrerad del av Reumatikerförbundets övriga verksamhet. Dessa grupper runt om i landet träffas fortfarande då och då eller i vissa fall regelbundet varje vecka. Nu år 2010 har förbundet inlett ett nytt treårigt projekt kallat *Hälsa Välkommen*, med syfte att "personer med annan etnisk bakgrund och reumatisk sjukdom ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård med hög kvalitet som övriga befolkningen"¹⁴. Förbundet har genom dessa projekt fått kontakt med många individer, primärt kvinnor, med utländsk bakgrund, som lider av någon form av reumatisk sjukdom. Ofta har dessa personer varit föremål för många olika former av rehabilitering under många år.

En förfrågan skickades via e-post till den person som ansvarar för frågor rörande personer med invandrabakgrund inom Reumatikerförbundet. Personen ifråga ringde därefter upp mig och det bestämdes att hon skulle kontakta några individer som kunde passa in i målgruppen och ge dem mina kontaktuppgifter alternativt ge mig deras kontaktuppgifter, allt beroende på vad individerna själva skulle finna vara mest lämpligt. Jag fick även förslag på några personer som jag kunde kontakta själv och som eventuellt skulle kunna vidarebefordra mig till lämpliga intervjupersoner. Detta arbete ledde mig slutligen till två personer som kunde leda mig till ytterligare informanter. Tim May skriver i sin bok att om man har svårt att komma i kontakt med lämpliga intervjupersoner kan använda sig av den så kallade *snöbollseffekten* (May, 2001). Detta innebär att man ber redan etablerade kontakter att hjälpa till i sökandet efter flera lämpliga informanter. Till sist har man fått en kedja av kontakter som förhoppningsvis kan vara passande som intervjupersoner. Detta var även händelseförloppet i denna studie. May skriver även att man vid detta tillvägagångssätt bör vara på sin vakt som forskare och vara medveten om att det kan leda till en vinkling av informanternas syn på de aktuella frågeställningarna i studien (ibid.). Denna risk har tagits i beaktande. Kontaktkedjan ledde slutligen till kontakt med de fem informanterna i studien. Jag hade inte tidigare träffat någon av dessa personer.

3.3 Urvalsgrupp och urvalsförfarande

Fem intervjuer genomfördes med kvinnor som ursprungligen kommer från Mellanöstern, varav fyra stycken är från Syrien och en är från Libanon. Kvinnornas ålder är mellan 45-52 år. Vistelsetiden i Sverige varierar mellan 22-34 år. De bor i tre olika kommuner i Stockholms län. Min avsikt från allra första början var att intervjua fem individer; oavsett kön, ursprung eller diagnos alternativt annan orsak till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Men eftersom jag tog beslutet att hämta mina informanter från NIKE-projektet valde jag att avgränsa mig till enbart kvinnor. Kvinnorna har diagnosen *fibromyalgi* gemensam, men de har även andra diagnoser som skiljer sig dem emellan. Fyra av dem uppbär någon form av ersättning från socialförsäkringssystemet (sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning) i varierande

14 http://www.arvsfonden.se/Pages/ProjectPage____36770.aspx (2010-05-06)

utsträckning – 50 eller 100 procent. En av kvinnorna har under år 2009 blivit utförsäkrad från socialförsäkringssystemet och har nu ingen ersättning därifrån.

Min intention var att dessa individer nyligen skulle ha genomgått eller i nuläget befinna sig i denna rehabilitering och som en del av denna ha fått någon form av karriärvägledning. Resultatet av sökandet efter informanter ledde dock till just dessa individer, som hade möjlighet att träffa mig med relativt kort varsel. De uppfyllde även mina kriterier att vara kvinnor med utländsk bakgrund samt att de har genomgått någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering för inte alltför länge sedan. Men avkall gjordes på det ursprungliga kriteriet att de skulle ha fått karriärvägledning som en uttryckt och specifik del av sin rehabilitering, på grund av att det visade sig bli för svårt att hitta sådana informanter under den givna tiden.

3.4 Datainsamling

Fem semistrukturerade intervjuer genomfördes och dessa varade i mellan 40-60 minuter. Jag inledde varje intervju med att kortfattat presentera mig själv och examensarbetets syfte. Därefter informerade jag om de forskningsetiska reglerna som jag har att rätta mig efter och berättade om syftet med att spela in intervjuerna. Alla informanter godkände inspelning. I det läget tog jag fram intervjumallen med teman samt intervjumanualen, som användes vid samtliga intervjuer (se bilagorna). De olika intervjuerna utvecklade sig på lite olika sätt beroende på hur mycket respektive intervjuperson hade att berätta utan att jag behövde ställa någon ytterligare konkret fråga. Jag ville låta intervjupersonen komma till tals och få berätta så mycket som möjligt utan att jag avbröt med frågor. Ibland behövdes dock någon fråga från mig för att föra intervjupersonen tillbaka på det avsedda spåret för studien igen. I allmänhet talade intervjupersonerna mycket och relativt länge efter endast någon kort fråga från mig.

Den första intervjun skedde i samband med en NIKE-träff, där ett tiotal kvinnor med utländsk bakgrund deltog. I början av mötet presenterades jag och fick möjlighet att berätta om mig själv och min studie. Det var då en annan kvinna, än den som jag initialt hade bestämt träff med, som anmälde sitt intresse för att bli intervjuad och vi gick till ett angränsande rum där både denna och därefter den planerade intervjun ägde rum. Intervjupersonerna tre, fyra och fem intervjuades i sina respektive hem enligt deras egna önskemål. Intervjuerna spelades in med en diktafon och transkriberades under de närmast följande dagarna efter att de ägt rum.

3.5 Tillförlitlighet och giltighet

För att ett forskningsarbete skall uppnå en hög reliabilitet och validitet (Holme & Solvang, 1997) måste det inledas med noggranna litteraturstudier och granskning av tidigare gjord forskning på området (Backman, 2008). Forskaren kan inte veta hur relevant och betydelsefull studien är om den inte har föregåtts av litteraturstudier (Marshall & Rossman, 2006). Genom att granska tidigare forskning kan man få nya insikter och nya frågeställningar. Man får tankar och idéer som man inte hade innan och kan sätta in sin egen studie i ett större sammanhang.

Att uppnå en fullständig reliabilitet i kvalitativ forskning är svårt, eftersom man studerar individernas upplevelser och deras tankar och känslor angående sig själva och sin situation (Holme & Solvang, 1997). För att uppnå en hög validitet har strävan under hela studiens gång varit att kritiskt ifrågasätta varje steg i forskningsprocessen samt noggrant kontrollera under hela processen att det som skulle undersökas verkligen var det som undersöktes. Undersökningen bygger dels på de intervjuades subjektiva uppfattningar kring deras egna upplevelser av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen de har genomgått, dels på litteraturstudier och fakta från bland annat internet. På grund av att undersökningen primärt bygger på individernas subjektiva upplevelser, kan man inte dra några generella slutsatser av forskningsarbetet.

För att åstadkomma största möjliga reliabilitet och validitet har jag utgått från samma intervjumall och intervjumanual vid samtliga intervjuer (se bilagorna). Andra uppsatser och avhandlingar har studerats på internet och jag fick uppslag till olika frågeställningar när jag studerade dessa och deras intervjumallar. Jag försökte även vara så objektiv som möjligt, analysera mitt eget syfte och mina egna forskningsfrågor och tänka ut vilka frågor jag behövde ställa till informanterna för att på bästa sätt få svar på dem. När jag formulerade frågor, studerade litteraturen och annan fakta, genomförde och analyserade intervjuerna försökte jag vara så objektiv som möjligt. Men jag är medveten om att min förkunskap naturligtvis ändå genomsyrar min forskning. Jag försökte även att ställa så tydliga och enkla frågor som möjligt med tanke på att jag inte visste hur väl förtrogna informanterna var med det svenska språket. Jag bad dem att säga till om de upplevde att de hade svårt att förstå vad jag avsåg med respektive fråga. Det hände även att jag bad informanterna tydliggöra vad de avsåg med sina svar. Detta är dock en aspekt som likaså kunde ha inträffat om informanterna och jag hade haft samma modersmål, då man inte alltid kan vara helt säker på att man verkligen förstår varandra till fullo.

3.6 Etiska ställningstaganden

Jag har informerat samtliga intervjupersoner om de gällande forskningsetiska principerna för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning¹⁵. Dessa innefattar bland annat att deltagandet är frivilligt och de har rätt att avbryta när som helst. Jag har frågat intervjupersonerna om lov att få spela in med diktafon och informerat om att intervjumaterialet endast kommer att användas i forskningssyfte och kommer att raderas så fort uppsatsen är godkänd av examinatorn. Jag informerade även om att intervjupersonerna inte kommer att namnges i uppsatsen utan anonymiseras. Jag har även sett till att samtliga intervjupersoner har kontaktuppgifter till mig och sagt att de gärna får kontakta mig om det dyker upp några frågor eller liknande.

3.7 Bearbetning och analys av resultatdata

Intervjuerna har spelats in och transkriberats ordagrant. Därefter skrevs intervjuerna ut och lästes igenom flera gånger. Vid genomläsningen försökte jag identifiera vad intervjupersonen faktiskt sa, ville säga eller hade att berätta i respektive avsnitt. Jag klippte ut respektive avsnitt och placerade dem i olika högar, som jag gav olika namn beroende på vilket område de berörde. Då jag tyckte att resultatet av denna process var otillräcklig för att få en lämplig struktur på materialet, gjordes ytterligare en granskning av transkriberingarna utifrån studiens syfte och forskningsfrågor. Jag tittade även på det övriga materialet, som kanske inte hade direkt med syftet och forskningsfrågorna att göra, för att se vad det hade att berätta.

3.8 Resultatredovisningsätt

Resultatet redovisas med en sammanfattning av var och en av de fem intervjuerna med utgångspunkt i vad varje informant berättade för mig under respektive intervju. Resultaten innehåller även citat från informanterna för att förtydliga och bättre beskriva väsentliga delar. Jag kommer att benämna dem som Intervjuperson 1 – Rebecca, Intervjuperson 2 - Maria, Intervjuperson 3 - Linda, Intervjuperson 4 – Hanna, Intervjuperson 5 - Sara. Namnen är fingerade.

15 <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (2010-05-06)

4. Resultat

4.1 Intervjuperson 1 – Rebecca

Rebecca är 52 år och kom från Syrien till Sverige 1985. Orsaken till att hon kom hit var för att hjälpa sin syster som sedan några år bodde här och var mycket sjuk. Egentligen skulle Rebecca bara stanna i Sverige i tre månader och hade tagit tjänstledigt från sitt arbete som lärare i Syrien under den tiden. Eftersom systemen var så sjuk ville Rebecca stanna längre hos henne och gjorde det. Detta medförde att hon fick ett fängelsestraff och böter i Syrien. Hon återvände inte utan beslutade sig för att söka asyl i Sverige. Det blev en lång väntan på besked om uppehållstillstånd och Rebecca mårde mycket dåligt både fysiskt och psykiskt under väntetiden. När hon så äntligen fick uppehållstillstånd började hon läsa svenska på SFI (svenska för invandrare). Hon födde sedan tre barn i tät följd. Nu lever hon i en lägenhet tillsammans med sina tre barn och sin man.

Under tiden efter att hon fått uppehållstillstånd kämpade hon med att få arbete som lärare. Hon fick praktikplatser på olika skolor, arbetade som resurslärare och hemspråklärare. Vid en tid arbetade hon på sex olika skolor samtidigt och kände en stor stress. Hon hade fibromyalgi redan då, men hon känner att den var av en lägre grad då. Rebecca hade även problem med en ryggskada och migrän. Efter hand blev hon sjukskriven i olika utsträckning. Hon prövade bland annat att arbeta halvtid, men till slut blev ryggskadan, fibromyalgin och migränen så påtaglig att hon inte längre klarade av att arbeta överhuvudtaget. Hon prövade även att studera för att komplettera sin lärarutbildning från Syrien, men under den andra terminen orkade hon inte med det höga tempot längre, blev mycket sjuk och fick hoppa av.

Under åren har hon genomgått många olika former av rehabilitering såsom olika mediciner, sjukgymnastik, akupunktur, vattengymnastik, TENS (transkutan elektrisk nervstimulering), arbetsträning, sammanhållna rehabiliteringsprogram, smärtklinik, paraffinbad för händerna och samtalsstöd. Hon kunde även ha fått genomgå en operation för ryggskadan men valde att avstå då det fanns en risk för att hon skulle kunna bli sämre. Nu har hon ofta migrän i flera dagar i sträck och ingen medicin lindrar hennes besvär. Hon har skuld känslor för att hon inte klarar av att ta hand om hemmet (städning etc.) och säger att hon hatar sig själv för det. Rebecca har förlorat många vänner. Hon tror att det beror på att när hon gång på gång tackar nej, så tror de till slut att hon inte vill eller inte tycker om dem.

Rebecca berättar att hon ofta får höra att hon är en riktig kämpe av vårdpersonalen hon kommer i kontakt med:

”...men jag är en kämpekvinn, även min läkare säger att jag är en kämpekvinn. Jag kämpar och kämpar, men du vet efter att man har mycket sjukdomar i kroppen så man orkar inte med någonting [...] nu är det flera år jag bara är isolerad hemma, helt och hållet isolerad, jag bara går till läkare, till vårdcentral, till dom här tider som det är viktigt...”

Vissa dagar mår Rebecca mycket dåligt och andra dagar känns det som om hon kan klara sig genom att ta lite tabletter. Men kroppen värker hela tiden och hon misstänker att det är alla mediciner som gör att hon har yrsel mest hela tiden. Hon känner att detta även har gjort henne deprimerad och nu måste hon ta medicin mot det också. Hon känner sorg över att inte längre kunna vara den aktiva människa som hon var tidigare. I nuläget känner hon sig som en värdelös person som inte är någonting i samhället och som inte lever ett värdigt liv:

”Alltså när jag ser andra folk du vet, jag blir mycket ledsen när jag ser andra. Dom går på jobb och gör deras liv som riktigt liv, dom lever och jag lever inte. Jag känner mig att jag lever faktiskt inte, vadå äta och sova? Det är inte liv!”

Flera gånger har Rebecca funderat på att hon inte vill leva längre för att hon känner sig så värdelös. Hon känner inte att hon kan ge någonting till andra människor. Det som gör att hon ändå fortsätter att kämpa är den kraft hon får från Bibeln och från hennes barn berättar Rebecca. Förhoppningen finns också att hon kanske någon gång kommer att bli frisk, men hon tvivlar mycket på att det kommer att hända. Ibland känner hon lite hopp om bättring, men så drabbas hon av ytterligare något kroppsligt problem och då tappar hon hoppet. Detta har hänt flera gånger. Under åren har Rebecca fått kämpa mycket med att orka ta hand om sina barn på bästa sätt. Det har varit problem i skolan och även att barnen har haft olika problem med sin hälsa, som hon har varit tvungen att hantera. Det har tagit mycket på krafterna. Något som ger Rebecca en viss lättnad och stöd i sin tillvaro är att gå i samtal hos en kurator. Utan det skulle hon inte klara sig säger hon.

Rebecca misstänker att det kan finnas behandlingar, mediciner och olika former av rehabilitering som skulle kunna hjälpa henne men att de (vårdpersonalen) inte berättar om vilka alternativ som finns för henne. Ibland har hon fått prova exempelvis nya mediciner men har då blivit så dålig att hon var tvungen att avbryta behandlingen. Hon har nyligen fått kännedom om och anmält sig till ett rehabiliteringsprogram som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen anordnar tillsammans. Rebecca hoppas att hon ska klara av att vara med i det.

Rebecca är mycket nedstämd och ledsen. Hon tycker inte om sig själv som människa och inte sin kropp som hela tiden är sjuk och verkar bli allt sjukare med åren. Hon sörjer det faktum att hon inte längre kan vara en aktiv människa och inte heller den mamman hon skulle önska vara. Hon brottas med destruktiva tankar och tankarna på att hon är värdelös och att hon eventuellt går miste om sådant som kanske skulle kunna hjälpa henne. Hon tappar alltmer av det svenska språket när hon bara är hemma och det oroar henne. Rebecca avslutar samtalet med att uttrycka en förhoppning om att alla som arbetar med vård och rehabilitering ska ha en större förståelse för de personer de arbetar med och hjälpa till att vägleda dem på rätt väg. Att hjälpa till och tala om var någonstans man kan få olika former av hjälp för att kunna komma tillbaka till arbetslivet, det sociala livet – själva livet, som Rebecca uttrycker det.

4.2 Intervjuperson 2 – Maria

Maria är 50 år och föddes i Syrien. Hon kom till Sverige 1988. Två år senare började hon arbeta som lokalvårdare på ett stort företag och jobbade där fram till 2007 då hon blev uppsagd. Några år tidigare hade hon börjat få domningar i händerna och efter en tid blev hon helt eller delvis sjukskriven i omgångar. Hon började även få alltmer värk i resten av kroppen. Hon fick pröva på en annan arbetsuppgift hos arbetsgivaren, men även det var ett fysiskt betungande arbete som Maria hade svårt att klara av. Maria hade försökt träna och deltagit i vattengymnastik, men inget hjälpte henne. Hon har även varit på utredning och rehabilitering vid ett sjukhus men hade svårt att klara av det digra programmet och de långa dagarna där. Hon blev försämrad i värken och tröttheten. Då började arbetsgivaren och hennes kollegor att tröttna på Marias problem och man ville säga upp henne, för att man inte ansåg sig ha några fler möjligheter till arbete åt henne. Arbetsgivaren menade bland annat att det var för att hon inte längre kunde arbeta skift eller heltid.

Maria berättar om en stor mängd olika kontakter med Försäkringskassan, flera läkare, sjukgymnaster, remisser till olika undersökningar och utredningar. Läkarutlåtanden har skickats till fel platser eller har helt kommit bort. Hon beskriver hur hon ibland har haft svårt att förstå vad de säger eftersom hon inte är helt säker på det svenska språket. Själv trodde hon att det kanske var diskbråck eller något liknande som var orsak till hennes problem. Hon fick genomgå många olika undersökningar, provtagningar och röntgen. Det dröjde lång tid innan hon fick sin diagnos fibromyalgi. Maria visste inte vad det var för något och hoppades att hon skulle få hjälp nu när hon äntligen hade fått ett namn på sina symtom, så att hon snart skulle bli frisk igen. Flera läkare sa att det inte fanns något att göra åt hennes problem, men att hon kunde pröva några olika mediciner och se om de kanske kunde hjälpa. Vid en tidpunkt hade Maria 18 olika mediciner som hon åt varje dag, men hon visste inte riktigt hur eller varför hon skulle äta dem. Då kom hon äntligen till en arabisktalande läkare som kunde hjälpa henne att förstå. Men det visade sig efter ett tag att medicinerna ändå inte kunde avhjälpa hennes värk.

Ibland har Maria känt att hon inte orkar längre. Till exempel i samband med en rehabilitering som Arbetsförmedlingen bestämde att hon skulle genomgå. Då mådde hon mycket dåligt och blev sjuk bara av resorna för att komma till rehabiliteringsplatsen. Hon blev tvungen att åka buss, tunnelbana och sen buss igen för att komma dit och sedan samma sak hem igen och det tog lång tid. Maria blev yr, mådde illa och fick huvudvärk av resorna. Efter några dagar sa hon till läkaren där att det vore bättre att dö än att fortsätta med den rehabiliteringen. Läkaren tyckte då att hon skulle sluta där och skrev ett intyg till Försäkringskassan, men det ledde till en rad meningsskiljaktigheter mellan läkare och Försäkringskassan och Maria blev mycket besviken. Hon beskriver hur hon vid flera tillfällen inte har förstått att hon borde ha gjort så eller så för att få hjälp, ersättning etc. Hon upplever att det har förutsatts att hon skulle förstå hur exempelvis socialförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen fungerar. Maria beskriver att det första jobbet hon sökte i Sverige fick hon och arbetade kvar där under alla år. Hon hade därför inte behövt sätta sig in i vilka system som träder in när man är sjuk eller arbetslös. Egentligen vill Maria mycket, men nu är hon så trött på allt som har hänt de senaste åren och lider så mycket av sin

svåra värk och trötthet att hon inte orkar mer. Hon är mycket besviken på sin tidigare arbetsgivare och alla turer som har varit hit och dit.

”Det har hänt mycket. Som en boll jag känner mig, jag är boll, en kastar mig på andra och så där, fram och tillbaka, fram och tillbaka. Jag har förlorat mycket och jag inte vunnit nånting...”

Förutom en mängd mediciner som inte har haft någon påtaglig verkan, har Maria prövat många olika former av rehabilitering såsom vattengymnastik, samtalsstöd hos kurator, utredningar, arbetsträning och sjukgymnastik. Maria har nu halv tidsbegränsad sjukersättning (tidigare kallat sjukbidrag) fram till 2011, men sedan hon fick det har hon inte fått någon ersättning alls på den andra halvan. Enligt Försäkringskassan står hon till arbetsmarknadens förfogande på halvtid. När hon har talat med Arbetsförmedlingen om att hon söker efter ett lämpligt arbete som hon kan orka med och som inte är fysiskt betungande på halvtid, så säger de att de inte kan hjälpa henne till något sådant jobb. Hon är ledsen för att hon från att ha varit en aktiv kvinna nu inte har någon ork och hela tiden har ont i kroppen. Men hon försöker ändå komma ut någon eller några gånger per vecka och träffa andra människor än bara familjen, exempelvis till NIKE-träffarna och till kyrkan. Det är värdefullt tycker Maria för att hon inte ska bli ”galen”, som hon uttrycker det. Hon är tacksam över det stöd hon känner från sin man och sina fyra barn.

”...och tack och lov att jag har fin familj och mitt liv att jag vill leva faktiskt för min familjs skull, annars jag ville inte den här livet... [...] Jag har sagt jag måste, jag har barn dom vill ha mig, dom behöver mig, jag ska kämpa själv och jag har jobbat mycket hårt faktiskt med det här...”

4.3 Intervjuperson 3 – Linda

Linda är 50 år och kom från Syrien till Sverige 1984. Hon bor med sina fyra barn och sin man. I Syrien arbetade hon som förskollärare och i Sverige har hon arbetat på dagis och startade och drev därefter sin egen livsmedelsaffär. 1996 var Linda med om en bilolycka som kom att förändra hennes liv. Hon blev mycket sjuk och fick en värk som så småningom spred sig i hela kroppen. Hon blev tvungen att sälja affären. Efter några år fick hon diagnosen fibromyalgi och senare även artros. Hon har genomgått många olika former av rehabilitering under dessa år, exempelvis sjukgymnastik, smärtklinik, simning, varmbassäng, rörelsegrupper, rehabiliteringsgrupper på sjukhus, arbetsterapi, arbetsträning, samtalsstöd/ kurator samt en stor mängd olika mediciner. Hon var helt sjuk och borta från arbetsmarknaden mellan 1996-2009. Under denna period hade hon sjukbidrag från Försäkringskassan och var under långa tider sängliggande i hemmet.

Linda kände under 2009 att hon ville göra någonting för att försöka komma tillbaka till någon form av jobb, även om det kanske bara skulle vara några timmar per vecka. Barnen hade blivit äldre och hon kände att hon nu var redo för att pröva på något, dock mycket försiktigt. Hon fick

veta att en tolkförmedling sökte arabisktalande tolkar och anmälde sitt intresse. Under tre månader gick hon en kurs på kvällstid. Hon klarade kursen och fick timanställning på tolkförmedlingen. Under samma tid fick hon veta att Försäkringskassan hade för avsikt att inte förlänga hennes sjukersättning och efter några månader var detta ett faktum. Hon ansågs vara fullt arbetsför och var utförsäkrad ur socialförsäkringssystemet. Linda försökte hävda att hon faktiskt inte alls skulle klara av att arbeta heltid, men det hjälpte inte. Hon blev så upprörd och ledsen att hon inte orkade ta någon mer strid. Hon tänkte att det var bättre för hennes fysiska och psykiska hälsa att försöka klara sig ekonomiskt med tolkuppdragen. På det viset skulle hon slippa må dåligt och bli stressad och upprörd i kontakten med Försäkringskassan. Ett problem nu är dock att hon inte får så många tolkuppdrag och att förmedlingen ringer dagen före eller samma dag som de har ett uppdrag till henne.

”...det är inte roligt att vara sjuk och utan jobb, utan sjukbidrag eller det var så lite, det var inte så mycket, men ändå man kände sig stabil liksom, man var inte orolig som det är nu [...] jag sitter och väntar att dom ska ringa och det är stor stress liksom och ringer dom inte en dag då känner man, jaha, nu får jag inte jobb och det är en stor stress på mig det här också!”

Linda känner själv att om hon verkligen kämpar kan hon kanske klara av ett lämpligt, ej betungande arbete under maximalt fyra timmar per dag. Eller allra helst att hon skulle kunna jobba lite flera timmar de dagarna hon känner sig okej i kroppen och lite färre timmar eller inte alls de dagarna hon mår dåligt. Men vilken arbetsgivare vill anställa en sådan medarbetare undrar Linda. Hon har varit på Arbetsförmedlingen nu efter att hon blev utförsäkrad från Försäkringskassan, men hon har verkligen inget förtroende för någon av dessa parter. Handläggaren på Försäkringskassan har varit omöjlig att få tag på och handläggaren på Arbetsförmedlingen har ingen förståelse för Lindas situation upplever hon. Handläggaren har sagt att hon ska känna att alla möjligheter ligger öppna för henne, men...

”jag sagt du, jag är 50 år, jag är invandrare, jag är sjuk, tror du att jag har alla möjligheter öppna för mig, jag tycker att du pratar skit [...] ...om det finns unga och fina och dom har utbildning, varför ska nån tänka och anställa mig...”

Så Linda känner att det är bättre för hennes egen hälsa att försöka klara av allt på egen hand och inte försöka få hjälp från Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan. Hon har hela tiden haft tanken att hon inte vill sitta hemma och vara arbetslös, så hon har försökt skaffa något lätt jobb. Nu har hon på egen hand lyckats få tolkjobbet och har även ett annat jobb på gång där det finns en chef som kan tänka sig att anpassa arbetet till Lindas hälsa och ork. Som tolk får hon följa med människor till många olika platser, i skiftande sammanhang. Det kan vara flyktingenheter, socialkontor, skolor, läkare, sjukhus, arbetsförmedling etc. Linda känner att hon har lärt sig väldigt mycket om det svenska systemet sedan hon började arbeta som tolk. Saker som hon inte kände till tidigare främst när det gäller vilka rättigheter man har som individ, men även skyldigheter. Hon tror att de som kommer nyanlända till Sverige nu får mycket bättre hjälp och stöd än de som kom på 1980-talet. Nu får de nyanlända stöd under tre år och alla är tvungna att delta i detta, annars får man ingen dag ersättning berättar Linda. Men under den tiden får individerna hjälp med att skaffa jobb, bostad och de får samhällsinformation. Det tycker hon är bra. När Linda själv kom till Sverige var det ingen som frågade vad de gjorde eller liknande.

”Nej, ingen som frågade efter oss vad vi gör... [...] ...allt som jag har lärt mig det var genom bekanta eller att jag har gjort ett misstag och då upptäcker jag att där missade jag en punkt [...] Jag kom hit och jag skaffade mig själv jobb och det var så, jag kunde ingenting liksom om systemet...”

Linda upplever att tiden vid smärtkliniken (någonstans 2002-2003) har haft störst betydelse för henne när det gäller rehabilitering. Där arbetar de i ett team och hon fick många goda råd från exempelvis sjukgymnasten och arbetsterapeuten. Fortfarande när hon ska gå, röra sig, sitta eller göra olika saker kan hon minnas vilka råd hon fick för att hon skulle må så bra som möjligt. Men efter ett tag blev det liksom ingenting nytt. Då kände hon att hon hade fått lära sig så mycket som det fanns att lära sig och att hon var mogen att klara av övningarna på egen hand. Den jobbigaste rehabiliteringen tyckte hon var en arbetsprövning/arbetsträning som hon blev tvungen att genomgå av Försäkringskassan. Hon fick så oerhört mycket värk under tiden att hon till slut blev tvungen att avbryta. Det var en påfrestande tid då hon även hade en läkare som inte förstod hennes situation. Linda känner att det är som ett lotteri vilken handläggare eller läkare man får. Får man någon som är bra kan de tipsa om bra saker eller skriva bra läkarutlåtanden till exempel, som gör att man får bättre hjälp och stöd. Får man någon som inte är bra blir det tvärtom. Det finns mycket i hela sjukprocessen (kontakter med vård och myndigheter t ex) som Linda upplever är fel och hennes erfarenhet är att det är många som befinner sig i samma situation som henne.

Den närmaste framtiden tänker Linda bry sig om sig själv och ta hand om sig själv. Hon känner att hon mår bättre nu än för några år sedan och har själv lyckats sluta med flera av de medicinerna hon åt tidigare. Hon mår fortfarande dåligt och har fortfarande ont, men vill försöka klara sig utan mediciner så långt det är möjligt. Hon tänker försöka skaffa ett arbete på halvtid helst och försöka att slippa vara sjukskriven, för hon vill inte ha den stressen som hon upplever att det innebär. Att få ett halvtidsarbete skulle även minska stressen när det gäller hennes bristande förmåga att bidra till familjens försörjning. Allt kostar mycket pengar och hon ser fram emot att kunna bidra ekonomiskt till alla omkostnader.

(Efter att intervjun gjordes fick jag veta att Linda hade fått det jobb hon på egen hand hade försökt skaffa. Det innebär troligen arbete sex timmar per dag. Men Linda hoppas att hon ska klara av det, mycket med hjälp av den förstående chefen.)

4.4 Intervjuperson 4 – Hanna

Hanna är 47 år och föddes i Syrien. Hon kom till Sverige 1981. Hon har fyra barn, varav tre fortfarande bor hemma tillsammans med Hanna och hennes man. I Syrien studerade hon naturvetenskap. Sedan hon kom till Sverige har hon läst svenska, haft beredskapsarbete, studerat handel, jobbat på dagis och i tygaffär. Det senaste arbetet hon hade var som optikerassistent. Hon har även fött sina fyra barn i Sverige. Under den tredje graviditeten fick hon ryggproblem och blev sned i bäckenet. Under två år använde hon en korsett för att stödja ryggen och kunna

arbeta, men det upplever hon var bland de dumaste hon har gjort. Det ledde till att hon fick besvär i övre delen av ryggen också eftersom den blev mer belastad. Besvären i ryggen håller i sig fortfarande och hon drabbas ofta av ryggskott. Hennes fjärde barn, som föddes för cirka 16 år sedan, var mycket sjuk under många år. Det var infektioner, operationer och många behandlingar för att barnet skulle få ett så bra liv som möjligt. Detta blev även en påfrestning på Hannas fysiska och psykiska hälsa. Nu har hon bland annat fibromyalgi, kraftig allergi och högt blodtryck. Det kanske mest handikappande för Hanna är ändå hennes balanssvårigheter. Sedan några år tillbaka har hon problem med kristallerna i öronen, vilket bland annat har lett till flera fall. Vid ett av fallen skadade hon sig så allvarligt att hon blev sängliggande i nästan sex månader. Hon har blivit erbjuden en operation för balansproblemen, som eventuellt kan hjälpa, men då det finns risk att förlora hörseln har hon hittills valt att avstå. Så länge hon är i hemmet brukar det gå bra, men när hon kommer ut genom ytterdörren blir det svårare. Det är lite som en blind person berättar Hanna – allt går ganska bra i en miljö som man känner till helt och hållet, men i en okänd miljö går i princip ingenting. Ibland tycker hon att det känns som att gå på en vattensäng, allt gungar och hon blir väldigt illamående. Detta gör det även nästan omöjligt att gå i exempelvis affärer. Hon måste alltid ha någon att stödja sig på.

Den rehabilitering Hanna har genomgått under årens lopp är exempelvis sjukgymnastik, många olika mediciner, behandlingar av många skilda slag för problemet med kristallerna, arbetsprovning/arbetssträning, akupunktur, amalgamsanering (på eget initiativ). Hon har under åren haft mycket kontakter med Försäkringskassan och med Arbetsförmedlingen. Det har varit varierande erfarenheter för Hanna med myndigheterna under dessa år. När hon nyligen hade fött sitt fjärde barn sa en handläggare på Arbetsförmedlingen till henne att ingen kommer vilja anställa henne för att hon är för sjuk. Då hade hon inte balansproblemen och ville verkligen arbeta om bara för några timmar i veckan. Då skaffade hon själv tjänsten som optikerassistent. Nu har hon halv sjukersättning (tidigare kallat förtidspension) och halv tidsbegränsad sjukersättning. Den ska snart omprövas. Eventuellt kommer Hanna att erbjudas hel sjukersättning, men hon vet inte själv om hon vill ha det. Hon vill bli frisk, men samtidigt har hon stora svårigheter att ta sig till de platser (t ex sjukhuset) där hon skulle kunna få rehabilitering, främst på grund av balansproblemen. I januari i år skulle hon ha påbörjat en ny behandlingsperiod på sjukhusets balansmottagning, men var så dålig att hon inte kunde ta sig dit. Nu har det sagts att hon *måste* komma dit för behandling så snart som möjligt och det har hon tänkt göra så snart hon klarar av att åka dit. Hon tänker att det kanske kommer att bli bättre efter en tids behandling men att det kommer vara väldigt jobbigt under tiden. Hanna har även tankar på att det kanske skulle kunna finnas något hon kan göra utanför hemmet om hon blir lite bättre. Hon skulle gärna kunna tänka sig att hjälpa äldre människor på något sätt.

”...jag önskar att jag kan vara bara bredvid gamla och hjälpa dom och mata dom och så där, jobba med äldre men jag ska inte bära eller nåt. Jag klarar inte att bära eller lyfta...”

Hanna berättar mycket om sitt liv med sjukdomar, rehabiliteringar och om sin familj, som är en stark motivation för henne att fortsätta kämpa. Men det som ändå hela tiden återkommer som den starkaste drivkraften i hennes liv, frånsett familjen, är den kristna tron. Tidigare kunde hon vara ledsen och sitta och gråta i timmar, men nu har tron gjort att hon har frid i hjärtat. Hon tackar Gud, ber till Gud om styrka och lägger problem, som hon inte själv förmår lösa, i Guds

händer. Hanna försöker regelbundet besöka kyrkan. Det kristna intresset och den kristna tron delar hon med hela sin familj.

Hanna vet inte hur hennes framtid kommer att se ut. Hon säger att hon har lämnat det i Guds händer nu. Hon har kvar sin anställning som optikerassistent, men ser det i princip som omöjligt att återvända till den arbetsplatsen.

”Jag vet inte vad det ska hända nu, nu jag ska se hur det blir för mig, hon [handläggaren på Försäkringskassan] kan ringa nu idag till mig och säga nej, du måste komma och jobba eller hon säger tvärtom...”

4.5 Intervjuperson 5 - Sara

Sara är 45 år och kommer ursprungligen från Libanon. Hon kom till Sverige 1976 när hon var ungefär 11 år. Hon har fyra barn och lever tillsammans med de två yngsta barnen och med sin man. De äldsta har flyttat hemifrån. Hennes studiebakgrund består av gymnasium med inriktning mot handel och därefter har hon även läst till barnskötare. Sara har arbetat inom handel och haft ett eget företag. Hon har arbetat som dagmamma i det egna hemmet och på dagis. Sara levde ett väldigt aktivt liv med mycket motion och träning ända tills en dag för 13 år sedan. Sara var ute och cyklade med det yngsta barnet fastspänd i barnsitsen bakom henne, när de blev påkörda av en buss. Båda två klarade livet men Sara blev allvarligt skadad. Den vänstra kroppshalvan fick svåra skador och hon låg fyra månader på sjukhusets intensivvårdsavdelning. Hon hade mycket smärtor i kroppen och fick genomgå många operationer.

”...jag fick skador halva... vänstra sidan från huvudet till knä, så jag har genomgått 14 operationer, bäckenet och benet, armen, axel, whiplash liksom nacken, hörsel, jag har ju hörapparat och tre operationer, 22 stygn i skallen, så det är ju mycket skador på vänstra sidan jag har fått och bröstet sprack [...] jag har haft inre blödningar också [...] utsidan man tror man är frisk men insidan liksom...”

Innan hon kunde komma hem från sjukhuset fick hemmet handikappanpassas. Hon fick en sjukhussäng att ha hemma, rullstol och rullator. Under det första året behövde hon hjälp med i princip allt, inklusive skötsel av barnen när inte deras pappa tog hand om dem. Hon hade svåra smärtor i kroppen som sedermera utvecklades till fibromyalgi. Hon blev också alltmer deprimerad under denna tid. Livet var i totalt kaos under de första åren efter olyckan. Sara blev så småningom kontaktad av en handläggare från Försäkringskassan som ville att Sara skulle komma dit för ett besök. Hon svarade att om handläggaren ville träffa henne fick hon komma hem till Sara eftersom hon själv inte kunde ta sig hemifrån. Hon känner sig nöjd med bemötandet från handläggaren och tror även att denne fick en större förståelse av att se Saras situation så tydligt direkt i verkligheten. Ungefär ett och ett halvt år efter olyckan fick Sara åka iväg på sin första stora rehabilitering. Där fick hon träffa flera andra som också hade varit med om svåra saker såsom bilolyckor. Sara började känna att hon trots allt ändå var lite lyckligt lottad. Det

fanns flera i rehabiliteringsgruppen som var yngre än henne och som inte hade skaffat familj än. De oroade sig mycket över hur framtiden skulle se ut och hur deras liv skulle bli. Sara tänkte att hon i varje fall redan hade fått föda fyra barn och de andra, yngre deltagarna hade inga barn. Hon tror att det var då det började vända. Hon började kunna se lite ljusare på livet och tänkte mycket över att hennes barn kanske hade tyckt att hon var dum den första tiden i hemmet efter olyckan. Hon hade svårt att hänga med i barnens tempo och hennes muskler i den vänstra kroppshalvan hade i princip dött vid olyckan, så allt tog längre tid för henne att göra.

Sara har fått åka på ytterligare fyra stora rehabiliteringar där hon har fått bo under en tid på rehabiliteringshemmet. Det har varit mycket bra och givande tycker Sara. Hon har även fått gå på smärtklinik inte så långt från sitt hem. Där fick hon även hjälp att reda ut bland den stora mängd mediciner, som hon i större eller mindre grad hade blivit beroende av under den tid hon hade som mest smärtor och depression. Det var en handläggare från Försäkringskassan som hade uppmärksammat att Sara behövde hjälp med detta och ordnade en snabb tid för utredning av detta på smärtkliniken. Under den här svåra tiden fanns hela tiden hennes man och hennes mamma vid Saras sida. Hon kände ett stort stöd från dem. Många gånger undrade Sara hur hennes man stod ut med henne. Hon var arg, mådde fruktansvärt dåligt och behövde så mycket hjälp. Men han brukade säga att han inte visste hur mycket han skulle orka men att han älskade henne, ville hennes bästa, förstod att hon hade det jobbigt och ville försöka orka.

Under det första året efter olyckan var Sara sjukskriven och därefter hade hon under cirka åtta år hel tidsbegränsad sjukersättning, som omprövades med några års mellanrum. Man visste inte då hur hennes hälsa skulle utvecklas. Men nu sedan fyra år tillbaka har hon hel sjukersättning. Sara upplever att hon har erbjudits och fått väldigt mycket rehabilitering och stöd från Försäkringskassan och andra inblandade parter.

”Alltså ärligt talat jag har fått allt, allt, allt, allt du kan tänka dig...”

Hon har med åren på många sätt blivit starkare och har återhämtat sig mycket efter olyckan, men hon har även drabbats av en rad andra fysiska problem och sjukdomar. Hon har bland annat fått diabetes och struma. Hon försöker att vara så aktiv som möjligt och promenerar varje dag långa sträckor med sin granne. Ibland slutar dock hennes benmuskler att fungera och då får de ringa efter skjuts hem igen. Sara är glad över de framsteg hon har lyckats göra, med uthålligt stöd från sin man, sin mamma och sina barn. Nyligen fick hon sitt första barnbarn och gläds åt att få vara med honom (även om hon ensam inte orkar ta hand om honom mer än högst ett par timmar).

”Jo, just nu som det ser ut jag är jättenöjd med det jag har, nu är två barn gifta och jag har blivit mormor också så det känns jättebra faktiskt, jag är nöjd. Nu jag har blivit van också och sen jag försöker ha rutiner varje dag...”

Sara har även tankar om hur hennes erfarenheter skulle kunna vara till nytta för andra människor utanför hemmet:

”...jag kan tänka mig jobba inom kyrkan och som eller nånstans liksom där jag inte får lyfta och bära [...] jag gillar umgås, jag gillar inte och stänga in mig för det har jag gjort

och det är inte roligt. [...] Jag tänkte om man kunde det jag har varit med om, om nån kommer liksom och lider av nånting och kan se av erfarenheten jag har fått liksom det finns alltid hopp, det finns alltid hopp...”

5. Analys

5.1 Känsla av vanmakt

Den anknyttande forskningen och litteraturen i denna studie talar om en känsla av vanmakt hos individer som har varit sjukskrivna under en längre tid (Brattberg, 2003; Larsson, 2007). Man har tappat fotfästet i samhället men även ofta som individ, både i sitt sociala och i sitt inre liv. Detta stämmer väl överens med resultatet av min studie. Informanterna kämpar och har kämpat för att orka söka hjälp och behandling, orka leva och de har ofta känt sig överkörda av myndigheter och andra instanser med makt. Intervjupersonerna kämpar på olika sätt för att leva ett så aktivt liv som möjligt. Studien visar att det ofta beror på individernas egen vilja och initiativkraft. Men i många fall mår personerna dåligt och de är inte nöjda med sin livskvalitet. De vill så mycket mer med sina liv än vad de förmår att göra och skulle vilja genomgå mer rehabilitering om de bara orkade, men deras dåliga hälsa sätter stopp för detta. Det finns undantag bland informanterna, där det framkommer att de upplever att de eventuellt har kommit förbi den mest besvärliga tiden och tror eller hoppas att de nu är på väg mot en bättre tid hälsomässigt. Kanske är det främst den psykiska hälsan som har blivit starkare och att individerna själva har bestämt sig för att ta kommandot över sitt eget liv igen. Vad detta beror på är svårt att säga, men en känsla av meningsfullhet i livet tycks framträda hos dessa personer. Både Antonovsky och Larsson beskriver att meningsfullheten växer när man har saker i sitt liv som upplevs betydelsefulla och när denna känsla växer, ökar även människans motivation och det blir då lättare för individen att bryta den onda cirkeln av vanmakt (Antonovsky, 2005; Larsson, 2007).

Jag ser att det finns en skillnad, mellan när samhället anser att en individ kan genomgå arbetslivsinriktad rehabilitering och när individen själv upplever sig ha tillräcklig hälsa för att kunna det. Fibromyalgi försämras ofta av en negativ upplevelse av stress och att individerna pressas och tvingas till åtgärder är sannolikt inte någon långsiktig och hållbar väg att gå. Studien visar att påtvingad rehabilitering har lett till lidande för individerna och med avbrutna åtgärder som följd. Då har man förlorat syftet med rehabiliteringen och skapat en negativ upplevelse hos individen, som sedan finns med som ett minne under lång tid framöver. Troligen kan det också försämra möjligheterna för att lyckas med framtida rehabiliteringsinsatser.

Några av informanterna har beskrivit svårigheterna med att inte ha svenska som modersmål. Exempelvis att de tappar kunskaperna i det svenska språket när de inte längre arbetar, att de ibland har haft svårt att förstå hur och varför de ska ta vissa mediciner och att de misstänker att det finns olika former av behandlingar som de går miste om på grund av sin invandrarbakgrund. Detta förstärker Björk Brämbergs slutsats att vårdpersonal (och annan involverad personal) behöver bli bättre på att kommunicera med personer med invandrarbakgrund (Björk Brämberg, 2008). Det pekar även på vikten av projekt såsom *NIKE* och *Hälsa Välkommen*, som kan vara

mycket betydelsefulla både för den berörda gruppen, men även för de yrkesgrupper som ska hjälpa och stödja invandrarna.

5.2 Sammanhållen rehabilitering

Pernilla Åsenlöfs forskning (2005) visar på att man får en mer positiv effekt på individernas smärthantering genom att kombinera individanpassad beteendemedicinsk behandling tillsammans med fysisk aktivitet. Detta återspeglas även i denna studie. Individerna upplever i efterhand att de har fått stor hjälp av en sammanhållen rehabilitering, som exempelvis den de har fått vid smärtklinik/smärtmottagning, där de har fått hjälp av ett team med olika yrkeskategorier (läkare, psykolog, sjuksköterska, kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast etc). Ann-Christine Larsson tar i sin avhandling (2007) upp vikten av en samverkan mellan alla berörda parter i rehabiliteringsprocessen för att återgången till arbetslivet ska bli hållbar och vara stärkande för individen. Den uppfattningen mötte jag också bland intervjupersonerna.

”...när jag var på den här X [smärtkliniken] det där var jättebra, jag har gått där flera månader liksom och det fanns en Barbro [fingerat namn] hon var sjuksköterska eller sjukgymnasten, hon var jättebra så och det var arbetsterapeut jag fick massor med sån här goda råd av dom båda två liksom, jag kan säga jag använder [...] När jag har ont och då kommer jag direkt ihåg vad dom sa liksom efter så många år [...] man känner å det här var bra och för att jag ska syftet var att jag ska må bra och för att jag ska må bra måste jag göra det här och jag har med mig fortfarande och dom var bra ...”

Kanske har individerna inte alltid blivit bättre i sin sjukdom där, men det tycks ändå vara betydelsefullt i hanterbarheten av sjukdomen att få en sammanhållen hjälp där yrkesgrupperna kommunicerar med varandra och kommer fram till gemensamma utlåtanden. Det träder även fram en bild av att det är viktigt med kombinationer av individuella behandlingar och att få träffa andra personer som befinner sig i en liknande situation.

”...jag var ju där på tre veckors rehabilitering [...] vi var fem stycken och en handläggare så vi satt ju och pratade liksom alla pratade ju vad de hade varit med om och så där [...] i min grupp jag insåg att jaha dom här är mycket, mycket yngre, dom har ju hela livet framför sig, jag har ju i alla fall fött barn, jag har liksom barn, dom här har ingenting och då fick jag en tanke på grund av att vi träffa ju liksom kurator och sen träffa vi läkare och överläkare så att vi hade hela tiden samtal under dom här tre veckorna och jag tror det var då det börja liksom... Jag börja se annat, liksom det här med livet lite ljusare...”

5.3 Att vara sjuk och frisk samtidigt

Det salutogena synsättet ser hälsa som ett kontinuum där man rör sig mellan den friska och den sjuka polen (Antonovsky, 2005). Det verkar som att intervjupersonerna ofta har blivit bemötta som antingen friska eller sjuka. När de ses som sjuka är det lätt att de blir stigmatiserade i sjukdomsbilden. När de ses som friska är risken att man inte tar deras problem på allvar. Jag kan även se att problem kan uppstå när exempelvis vårdpersonal eller handläggare försöker se det friska hos individerna, då kan individerna uppleva att personalen inte tror på dem. Men kanske är det så att personalen försöker se till det friska. Här blir det problem i kommunikationen och det har även mina intervjupersoner berättat om. Eftersom det har funnits och fortfarande finns skepsis kring deras diagnos är det lätt hänt att individen upplever det som misstro när personalen försöker tala om på vilka sätt individen mår bra/är frisk. Att vara lyhörd för människors (patienters) individuella behov och upplevelser är något som vårdpersonal och handläggare bör vara noggranna med tar också Björk Brämberg upp i sin avhandling (2008).

Intervjupersonerna har svårt att hantera stressorerna eftersom de är stresskänsliga. Händelser som kanske skulle kunna ha haft en positiv effekt upplevs som negativa av individerna på grund av den stress de framkallar. Detta skapar problem, exempelvis när individen själv inte ser fördelen med eller inte har varit delaktig i besluten kring en åtgärd eller insats utan snarare upplever det som en tvångsåtgärd. När hälsoproblemen är så stora att personerna inte kan tillgodogöra sig arbetslivsinriktad rehabilitering, blir en åtgärd, insats, stöd eller hjälp (hur man väljer att se det) i det läget utan mening eller betydelse. Flera av mina intervjupersoner är i behov av mer medicinsk rehabilitering och eventuellt även arbetslivsinriktad rehabilitering som är förankrad i individens verklighet och förmågor. En av informanterna som inledde sin sjukperiod med en svår olycka och fick många svåra skador, är också den person som fått mest rehabilitering. Hon är även den som tycks vara mest positiv till bemötandet från handläggare och vårdpersonal. Är det en slump att det just är den individen som har fått mest rehabilitering och är mest nöjd? Sannolikt är det lättare för vårdpersonal och handläggare vid Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen att hantera människor som har en konkret skada eller sjukdom, snarare än en person vars problem är mer abstrakta. Men ofta kan det nog vara väl så svårt för en individ med abstrakta problem att hitta en långsiktig och hållbar (karriär)väg vidare i livet. Dessa individer kan vara i stort behov av att få hjälp och stöd med att både utvärdera vilka möjliga vägar som finns att gå samt att få hjälp med att hantera och förvalta sitt ”nya” liv.

5.4 Individernas KASAM

Det finns frågeformulär där man kan räkna ut den individs KASAM, men i denna studie har jag valt att behandla vad intervjupersonerna berättar om sina upplevelser och erfarenheter samt hur jag uppfattar och tolkar deras berättelser. Sett till KASAM-komponenterna så uppfattar jag det som att deras *begriplighet* generellt sett är låg (Antonovsky, 2005). Informanterna tycks ha svårt

att hitta någon fullständig begriplighet i det som har hänt omkring dem, men de försöker nu att hitta en begriplighet i sin egen tillvaro. För någon går den processen lättare, för någon annan är det svårare. Även om det nu går lättare för vissa, så tycks det ha funnits en tid (närmare nyinsjuknandet) när livet upplevdes vara i kaos och att man på många sätt kände sig som en ”olycksfågel”. Individerna visste inte då hur de skulle kunna komma ur sitt upplevda kaos. Men av olika orsaker så har vissa av dem i stor utsträckning ändå lyckats att *hantera* den besvärliga situationen och kan nu se ljusare på sin tillvaro. Kanske beror det delvis på att dessa personer har andra människor runt sig som stödjer dem och som har hjälpt dem att hantera sitt ”nya” liv med ohälsa. Det har exempelvis rört sig om familjemedlemmar, kuratorer och kyrkan/den religiösa tron. Det är mer bekymmersamt för dem som upplever sig vara mer ensamma i livet och i sin svåra situation, att hantera svårigheterna. Om man tittar på denna studies intervjupersoner så kan man undra hur livet hade sett ut för dem om de inte hade haft sina barn eller sin religiösa tro. Alla har uppgivit att de har haft någon eller flera perioder i livet när det har känts meningslöst och de har varit djupt deprimerade. De har fått stöd från vården med medicinering och/eller samtalsstöd, men jag kan se att stöd från andra faktorer, såsom familjen och tron, måste ha haft väldigt stor betydelse för dem. Nu kan åtminstone några av dem känna en större *mening* i sina liv.

5.5 Nyorientering

Intervjupersonernas berättelser tyder på att de ofta har känt sig utelämnade, svikna och i perioder varit isolerade i hemmet. Vissa av dem har ”kommit ut på andra sidan” och börjat ta saken i egna händer. En möjlig förklaring är att dessa personer har fått stöd och hjälp med att på olika sätt analysera sina resurser och de har blivit medvetna om vilka resurser de har till sitt förfogande och på det sättet så sakteliga återtagit makten över sitt eget liv igen. Steg för steg tycks de ha lyckats nyorientera sig i det nya livet och på något sätt accepterat det faktum att inte längre vara fullt frisk. Dessa personer har till stora delar fått en sammanhållen rehabilitering som har tagit hänsyn till individens fysiska och psykiska hälsa. Studien visar även på vikten av att dessa individer har någon utomstående att regelbundet få tala med (t ex en kurator). En person som individen inte står i något beroendeförhållande till och som inte behöver ta ställning till i vilken utsträckning individen är sjuk eller ej. Personen kan lyssna på individen, vara ett stöd och förhoppningsvis kunna bidra med nya infallsvinklar. När det gäller samtal och kommunikation visar Elisabeth Björk Brämbergs forskning (2008) att vårdpersonal behöver bli bättre på att kommunicera med patienterna (hennes avhandling gällde det specifikt gruppen invandrare). Det finns mycket man kan åstadkomma i ett öppet samtal där man kan arbeta med att tillsammans med individen synliggöra hennes situation, möjligheter och begränsningar.

Gemensamt för alla intervjupersoner i studien är att de tidigare har varit driftiga människor, som sörjer att de inte längre kan vara lika aktiva som tidigare. Så här kan man även behöva arbeta med att orka se sina begränsningar, på något sätt acceptera dem och försöka finna nya möjligheter. Livet kan på många sätt inte längre se ut så som det gjorde innan sjukdomen kom.

Detta är naturligtvis en sorg, men det gäller att utforska och se över hela fältet med resurser – finns inte längre de fysiska resurserna på samma sätt som tidigare så kanske det exempelvis finns sociala resurser att arbeta med. När individen förmår att se sin nya livssituation och att på olika sätt kunna stärka sina resurser, kan hon återta makten över sitt eget liv igen. Detta stämmer väl överens med det Ann-Christin Larsson beskriver i sin avhandling om hur man kan se empowerment i betydelsen av förändrade resurser (Larsson, 2007). Med känslan av att vara stärkt, ha ökat sin självkänsla och sitt självförtroende samt att uppleva att man, på ett eller annat sätt, ingår i ett sammanhang, så är möjligheterna till förnöjsamhet i livet mycket större. Då är chanserna också mycket större till att i någon form kunna återgå till ett aktivt liv, möjligen ett nytt arbetsliv, även om det kanske inte längre kan bli på heltid. Sjöstrand (1980) talar om att individens tilltro till sin egen förmåga kommer att avspeglas i hennes karriärval, men denna studie visar på att för att få möjlighet att göra karriärval i sitt liv så måste man själv uppleva att man har en hälsa som tillåter det. När man inte kan få hjälp och stöd som underlättar livet eller som rentav gör att man blir frisk, så hamnar man oundvikligen utanför möjligheterna att få välja vilka vägar man vill gå i livet. Då har man inget eget val. Då är det mycket lätt att känna sig maktlös.

6. Slutsatser

Med utgångspunkt från studiens forskningsfrågor, redogörs här för mina slutsatser.

Vilken form av arbetslivsinriktad rehabilitering har individerna fått?

Intervjupersonerna har fått en mängd olika former av rehabilitering. För individerna tycks det inte vara så lätt urskiljbart om den rehabilitering de har fått räknas som medicinsk eller arbetslivsinriktad. I vissa fall är det nog sannolikt även så att dessa former går ihop då individen kanske har påbörjat någon åtgärd som är arbetslivsinriktad, men samtidigt kan behöva fler åtgärder som är av medicinsk karaktär. Man kanske behöver gå fram och tillbaka mellan åtgärderna i flera olika steg. Därmed har vi tydliggjort att skiljelinjen mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering inte alltid är helt uppenbar.

Individerna verkar vara för sjuka för arbetslivsinriktade åtgärder. Men de befinner sig på en skör linje mellan att anses sjuka respektive friska. Den rehabilitering som intervjupersonerna uppger att de har fått är: mediciner, sjukgymnastik, akupunktur, vattengymnastik, TENS (transkutan elektrisk nervstimulering), arbetsprövning, arbetsträning, sammanhållna rehabiliteringsprogram, smärtklinik, paraffinbad, samtalsstöd, kurator, vattengymnastik, varmbassäng, rörelsegrupper, arbetsterapi samt kroppsbehandlingar av olika slag.

Hur upplevde individerna den arbetslivsinriktade rehabiliteringen?

Undersökningen visar att intervjupersonerna har olika upplevelser av den rehabilitering de har fått. Flera uppger att arbetsprövning/arbetsträning har varit svårt att orka med och klara av. Det är även en form av rehabilitering som de uppger att de blivit tvingade att genomgå. En generell uppfattning verkar vara att den sammanhållna rehabiliteringen på smärtkliniker har varit betydelsefull, där man under rehabiliteringstiden har fått möta ett helt team av samverkande yrkesgrupper. Ett annat viktigt inslag i rehabiliteringen anses samtalsstöd vara (som främst har givits av kuratorer). Detta upplever man vara en förutsättning för att överhuvudtaget orka med att fortsätta kämpa och att klara av hanteringen av vardagen.

Flera av intervjupersonerna har upplevt att det har sagts till dem att de är för sjuka för att jobba. Å andra sidan fick en av intervjupersonerna höra att alla möjligheter ligger öppna för henne. Båda dessa uttalanden gjorde individerna besvikna och arga.

Vad inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har haft stor betydelse för dem?

Den arbetslivsinriktade rehabilitering som har haft stor betydelse för individerna har varit när de har förstått meningen med rehabiliteringsinsatserna och har känt sig delaktiga i processen. Det är då som insatserna har fått en positiv effekt. Samtalsstöd är för flera av informanterna avgörande för att de har orkat fortsätta kämpa med sin hälsa och sin vardag. En grundläggande utbildning/kunskap i kroppskänedom och information om sjukdomen/sjukdomarna har också varit viktig för personerna.

Vilken roll har den arbetslivsinriktade rehabiliteringen spelat för individens självkänsla och karriärutveckling?

Det varierar mellan informanterna. Vissa delar av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen tycks ha spelat en större roll för individernas självkänsla (t ex samtalsstöd och olika former av kroppskänedom), medan andra delar av densamma troligen har bidragit till en sämre självkänsla (t ex arbetsträning/arbetsprövning). Individerna uppger att de inte har fått någon hjälp med regelrätt karriärvägledning. Det har mer ingått som delar i samtal med andra yrkesgrupper (inte specifikt studie- och yrkesvägledare/karriärvägledare). Informanterna uppger generellt att de är så pass sjuka att det inte har varit aktuellt med någon konkret vägledning för att hjälpa dem i deras karriärutveckling. Den individ som nu är aktiv i arbetslivet, har skaffat det arbetet på egen hand.

7. Diskussion

7.1 Resultat

Avsikten med studien, om man betänker frågorna i intervjumallen, var att även få veta om individerna hade fått karriärvägledning som en del av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Men det visade sig att ingen av de fem intervjupersonerna hade fått någon specifik karriärvägledning. Andra yrkesgrupper hade vid olika tillfällen talat med individerna om hur deras framtid avseende arbetslivet skulle kunna se ut, men så vitt intervjupersonerna visste hade de inte talat med någon studie- och yrkesvägledare/karriärvägledare. Kanske beroende på att de inte hade bedömts redo för den insatsen, eller så kanske det beror på att andra yrkesgrupper har tagit på sig delar av detta uppdrag.

Vid intervjuerna framkom det så mycket annat än det jag egentligen hade för avsikt att få veta för att kunna besvara studiens forskningsfrågor. Informanterna var sjukare än vad jag hade trott att de skulle vara. I de flesta fallen kändes frågan om karriärvägledning inte aktuell, eftersom de inte fanns några förutsättningar för ett aktivt arbetsliv i nuläget. Det kändes även som att informanterna inte visste vad karriärvägledning innebar eller på vilket sätt de skulle kunna ha nytta av detta. Jag tror att mina intervjupersoner skulle kunna ha nytta av karriärvägledning, men det primära behovet för dem nu är att få tillräcklig medicinsk hjälp och rehabilitering. Dessvärre finns idag inget botemedel mot fibromyalgi och intervjuerna tyder tyvärr på att dessa individer får ännu fler problem med den fysiska hälsan med åren. De uttryckte en stor oro för vad förändringarna i sjukförsäkringen kommer att innebära för dem nu och framöver. Några av de frågor som jag upplevde att de oroar sig för är: Ska jag tvingas ut och arbeta trots att jag inte kan, orkar och är sjuk? Ska jag tvingas fortsätta att leva under svåra ekonomiska förhållanden och vara beroende av försörjning från min man och mina vuxna barn? Ska jag någonsin bli frisk och få mitt liv tillbaka igen? Finns det någon som kan hjälpa mig?

Det blir svårare för individerna att stärka sin tilltro till sin egen förmåga om inte omgivningen, rehabiliteringsaktörer eller myndigheter tror på individen. En människas arbete för att stärka sin subjektiva prestationsförmåga (self-efficacy) bör sannolikt ligga primärt på individen själv, men det vore bra om de omgivande aktörerna också bidrog till denna process istället för tvärtom.

7.2 Metod

Intervjupersonerna hade ett oerhört stort behov av att prata och de verkade ha en stor förhoppning om att jag skulle kunna få ut deras budskap till myndigheterna och personal inom vård och rehabilitering. De ville gärna prata om lite andra saker än vad jag hade tänkt mig från början. På grund av känsligheten i frågeställningarna lät jag ändå personerna fortsätta att berätta, men i den mån jag ansåg det passande försökte jag återföra samtalet till frågorna i intervjumallen.

Jag hade förberett mig på att intervjuerna skulle kunna komma att bli mycket känsllosamma, men ett par av dem blev ännu mer känsllosamma än vad jag hade trott på förhand. Eftersom informanterna generellt tycktes känna stor glädje över att någon intresserade sig för deras erfarenheter, ville de berätta mycket under den relativt korta tiden vi hade till vårt förfogande. Det blev ibland svårt att hålla sig strikt till de planerade frågeställningarna. Jag är däremot inte säker på hur man skulle ha kunnat göra det på ett annat sätt och ändå komma åt syftet med studien.

7.3 Framtid

Med denna studie har jag skrapat lite på ytan till flera mångfacetterade och komplexa frågeställningar. Några frågor som vore intressant att undersöka vidare är vad det är mer konkret som gör att människor som är sjuka klarar av sin situation? Vilka stödjande funktioner har helt konkret hjälpt individerna? Det vore även intressant att intervjua karriärvägledare som arbetar inom arbetslivsinriktad rehabilitering om deras upplevelse av sitt arbete med detta. Hur förmår man att hjälpa individer som av vissa anses tillräckligt friska för att arbeta, men av andra anses för sjuka? Om individen själv känner sig för sjuk, men kommer till mig som vägledare för att hon/han är ålagd att söka arbete för att få ekonomisk ersättning, hur kan man då hjälpa och stödja individen?

En annan tanke jag fick under intervjuernas gång är att samhället kanske ofta överskattar de sjukas kunskaper om regler, rättigheter och skyldigheter och underskattar betydelsen av att individer faktiskt har kunskaper om dessa faktorer. Projekt som *NIKE* och *Hälsa Välkommen* kan här fylla en viktig funktion. Sannolikt skulle liknande projekt behövas även för inrikesfödda personer.

8. Litteratur

8.1 Referenser

8.1.1 Böcker & publikationer

Andersson, Annika; Heed, Vanja. & Larsson, Ann-Christine (red.). (2007). *Varför frågar ingen oss? Om långtidssjukskrivning och vägen tillbaka till (arbets)livet*. Stockholm: Santerus förlag.

Antonovsky, Aaron. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.

Arbetskyddsstyrelsen. (1994). *AFS 1994:1. Arbetsanpassning och rehabilitering*.
http://www.av.se/dokument/afs/AFS1994_01.pdf

Backman, Jarl. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bandura, Albert. (red). (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.

Berg, Insoo Kim & De Jong, Peter. (2007). *Att bygga lösningar. En lösningsfokuserad samtalsmodell*. Stockholm: Mareld.

Björk Brämberg, Elisabeth. (2008). *Att vara invandrare och patient i Sverige – ett individorienterat perspektiv*. Doktorsavhandling. Växjö: Växjö universitet.

Brattberg, Gunilla. (2003). *Rehabiliteringspedagogik*. Stockholm: Värkstad.

Darvishpour, Mehrdad & Westin, Charles. (2008). *Migration och etnicitet – Perspektiv på ett mångkulturellt Sverige*. Lund: Studentlitteratur.

Demmelmaier, Ingrid. (2010). *Behaviours, Beliefs and Back Pain: Prognostic Factors for Disability in the General Population and Implementation of Screening in Primary Care Physiotherapy*. Doktorsavhandling. Uppsala: Uppsala universitet.

Försäkringskassan. (2008). *Socialförsäkringen i siffror 2008*. Stockholm: Försäkringskassan.

Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn. (1997). *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

- Kvale, Steinar. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, Ann-Christine. (2007). *Empowermentprocesser – ett sätt att öka långtidssjukskrivna kvinnors resurser?* Doktorsavhandling. Linköping: Linköpings universitet.
- Leth, Göran & Thurén, Torsten. (2000). *Källkritik för Internet*. Stockholm: Styrelsen för psykologiskt försvar. Rapport 177.
- Marshall, Catherine & Rossman, Gretchen B. (2006). *Designing Qualitative Research*. Thousand Oaks (USA): Sage Publications.
- May, Tim. (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Moula, Alireza (red). (2009). *Empowermentorierat socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Peavy, Vance. (2007). *Konstruktivistisk vägledning – teori och metod*. Stockholm: Trinom förlag ab.
- Regeringen. Proposition 2009/10:45 *Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen, m.m. i samband med förstärkta insatser för återgång i arbete*.
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/13/41/36/58f8ce6a.pdf>
- SAOL, Svenska Akademiens ordlista över svenska språket. (2002). Stockholm: Norstedts.
- Sjöstrand, Per. (1980). *Teorier om yrkesval*. I: Franke-Wikberg, Sigbrit & Lundgren, Ulf P. (red) *Karriär och levnadsbana: En antologi om studie- och yrkesval*. Sid 24-59. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Lägesrapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Vahlne Westerhäll, Lotta; Bergroth, Alf & Ekholm, Jan (red). (2006). *Rehabiliteringsvetenskap – rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Åsenlöf, Pernilla. (2005). *Individually Tailored Treatment in the Management of Musculoskeletal Pain: Development and Evaluation of a Behavioural Medicine Intervention in Primary Health Care*. Doktorsavhandling. Uppsala: Uppsala universitet.

8.1.2 Internet

Regeringens proposition 2009/10:45, Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen m.m. i samband med förstärkta insatser för återgång till arbete:

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/13/41/36/58f8ce6a.pdf> (2010-05-16)

Socialförsäkringen i siffror 2008, Försäkringskassan:

http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Publikationer/Socialforsakingen_%20i_siffror/socialforsakingen_i_siffror_2008.pdf (2010-05-10)

Reumatikerförbundets medlemstidning: www.reumatikervarlden.se (2010-05-10)

Projektinformation NIKE, Reumatikerförbundet:

<http://www.reumatikerforbundet.org/start.asp?sida=3779> (2010-05-10)

Artikel om fibromyalgi i Läkartidningen:

http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/10133/LKT0835s2328_2332.pdf (2010-05-16)

Svenska Akademiens ordlista: <http://www.svenskaakademien.se/web/Ordlista.aspx> (2010-05-13)

Uppföljning av Pernilla Åsenlöfs doktorsavhandling:

[http://www.europeanjournalpain.com/article/S1090-3801\(09\)00022-6/abstract](http://www.europeanjournalpain.com/article/S1090-3801(09)00022-6/abstract) (2010-05-15)

Intervju med Pernilla Åsenlöf angående self-efficacy:

http://www.sjukgymnastforbundet.se/Fysioterapi/Documents/Fysioterapi_2009/12_09/Selfefficacy_fysioterapi_nr%2012_09.pdf (2010-05-12)

SASSAM – strukturerad arbetsmetod för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering, metodhäfte, Försäkringskassan:

http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Instruktioner/Handlingar/SASSAM/SASSAM_metodbroschyr0608.pdf (2010-05-15)

Pressmeddelande, ohälsotalet i mars 2010, Försäkringskassan:

<http://www.forsakringskassan.se/irj/servlet/prt/portal/prtroot/docs/guid/5088f0d2-802e-2d10-d8b3-c717c53cb68d> (2010-05-15)

Månadsrapport sjukförsäkringen, Försäkringskassan:

<http://www.forsakringskassan.se/nav/3dc1eb2d4849de08875e86066916b05f> (2010-05-12)

Projektinformation Hälsa Välkommen, Arvsfonden:

http://www.arvsfonden.se/Pages/ProjectPage____36770.aspx (2010-05-06)

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning, Vetenskapsrådet:

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (2010-05-06)

8.2 Bakgrundslitteratur

Andersson, Anette & Lindström Jessica. (2005). *"Individen i centrum" – en studie av försäkrades upplevelser av avstämningmötet i en arbetslivsinriktad rehabilitering*. C-uppsats, Högskolan Kristianstad.

Astvik, Wanja; Mellner, Christin & Aronsson, Gunnar. (2006). *På väg - En kvalitativ studie av långtidssjukskrivning, arbete och rörlighet*. Arbete och hälsa, 2006:3. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Brattberg, Gunilla. (2008). *Att hantera det ohanterbara – om coping*. Stockholm: Värkstaden.

Eklund, Maria & Ossowicki, Mattias. (2004). *Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser*. Rapport 2004:8. Riksförsäkringsverket.

Frijda, Nico H.; Manstead, Anthony S.R. & Bem, Sacha (red). (2002). *Emotioner och övertygelser – hur känslor påverkar våra tankar*. Lund: Studentlitteratur.

Gerner, Ulla. (2005). *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen – hinder och möjligheter*. Doktorsavhandling, Stockholms universitet.

Holm, Ulla. (2009). *Det räcker inte att vara snäll – Om empati och professionellt bemötande i människovårdande yrken*. Stockholm: Natur & Kultur.

Johnreden, Ann-Christin. (2006). *Personer med funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga*. Rapport 2006:3. Arbetsmarknadsstyrelsen.

Knutsson, Helena & Persson, Kristian. (2001). *Funktionshindrade personer med nedsatt arbetsförmåga – ett arbetsgivarperspektiv*. Forskningsrapport 2001:5. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering.

Lidwall, Ulrik; Marklund, Staffan & Skogman Thoursie, Peter. (2004). "Utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige" i *Arbetsliv och hälsa 2004*. Gustafsson, R.Å. & Lundberg, I. (red) Arbetslivsinstitutet. Stockholm: Liber AB.

Lindqvist, Rafael & Hetzler, Antoinette (red) (2004). *Rehabilitering och välfärdspolitik*. Lund: Studentlitteratur.

Sjöberg, Malena (red) (2002). *Arbetsliv och funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.

SOU 2000:78 *Rehabilitering till arbete en reform med individen i centrum*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2006:100 *Ambition och ansvar*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2006:107 *Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2006:59 *Arbetslivets (o)synliga murar. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2009:89 *Gränlandet mellan sjukdom och arbete – Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/ Försörjningsförmåga*. Stockholm: Fritzes.

Statistiska Centralbyrån (SCB). (2002). *Integration till svensk välfärd? Om invandrares välfärd på 90-talet*. Rapport 96. Levnadsförhållanden. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.

Stjernström, Caroline. (2007). *Arbetslivsinriktad rehabilitering via arbetsgivarringar – kejsarens nya kläder eller framgångssaga?* D-uppsats, Stockholms universitet.

Vahlne Westerhäll, Lotta (red). (2008). *Arbets(o)förmåga - ur ett mångdisciplinärt perspektiv*. Stockholm: Santérus förlag.

Wright Nielsen, Tabitha. (2009). *Viljen til at frigøre – En undersøgelse af empowerment i praksis*. Doktorsavhandling, Lunds universitet.

9. Bilagor

9.1 Intervjumall – Teman

1. Bakgrundsfrågor
2. Form av arbetslivsinriktad rehabilitering
3. Form av karriärvägledning
4. Upplevelsen av dessa
5. Meningsfullhet
6. Egenmakt
7. Självkänsla
8. Behov
9. Framtid

9.2 Intervjumanual

Bakgrundsfrågor

1. Ålder
2. Ursprungsland
3. Tid i Sverige
4. Familjesituation
5. Boende
6. Studiebakgrund
7. Yrkesbakgrund
8. Nuvarande studie/yrkessituation
9. Orsak till arbetslivsinriktad rehabilitering

Karriärvägledningen/den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

1. När fick du arbetslivsinriktad rehabilitering?
2. Vilken form av karriärvägledning har du fått?
3. Karriärvägledning som du erbjudits men som inte blivit av?
4. Vilka förväntningar hade du på karriärvägledningen före rehabiliteringen?
5. Målet med rehabiliteringen? För dig? För den som stod för rehabiliteringen?
Samma mål eller olika?
6. Vilka tankar hade du om din framtida karriär före den arbetslivsinriktade rehabiliteringen?
7. Har dessa tankar förändrats i nuläget? Varför? Hur?
8. Hur upplevde du karriärvägledningen?
9. Vad upplevde du var betydelsefullt för dig med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen? Med karriärvägledningen?

10. Kände du att du hade möjlighet att påverka din arbetslivsinriktade rehabilitering? Beskriv gärna.
11. Upplevde du att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen gav dig något? Positiva aspekter resp. negativa aspekter. Beskriv gärna.
12. Upplevde du den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som begriplig? Hanterbar? Meningsfull? Beskriv gärna.
13. På vilket sätt tror du att din självkänsla påverkades av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen? Har den förändrats? Hur?
14. Annan karriärvägledning som du hade behövt/velat ha?
15. Något i karriärvägledningen som du upplevde att du inte behövde?
16. Hur ser din framtid ut vad gäller din karriär? Studier/yrke?
17. Behov av mer karriärvägledning? Mer arbetslivsinriktad rehabilitering?

Stockholms universitet
106 91 Stockholm
Telefon: 08-16 20 00
www.su.se



Stockholms
universitet