



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

SAMTAL OM LIVET

EN UTVÄRDERING AV EXISTENTIELLA SAMTAL
REGION JÖNKÖPINGS LÄN, SEKTION FOLKHÄLSA

Inger Jansson
Mars 2019

Hälsöhögskolan i Jönköping har av sektion Folkhälsa, Region Jönköpings län fått i uppdrag att utvärdera Existentiella samtal som utförs av det sociala företaget Origo Resurs. Uppdraget har utformats och genomförts i dialog med ansvariga för projektet under perioden hösten 2017 - mars 2019.

Ett stort tack till samtliga som på olika sätt har medverkat och bidragit till genomförandet av utvärderingen.

Jönköping, mars 2019

Inger Jansson

Fil.dr. Leg. Arbetsterapeut, specialist inom arbetsliv

Hälsöhögskolan, Avdelningen för rehabilitering

Tryckt med stöd från Arvsfonden



Innehåll

Introduktion	1
Bakgrund	2
Psykisk ohälsa	2
Åtgärder och metoder för att minska den psykiska ohälsan	3
Aktivitetsvetenskaplig teori med ett hälsoperspektiv	5
Teorier om existentiell hälsa	6
Kursen Samtal om livet	7
Syfte	9
Metod och tillvägagångssätt	9
Fokusgruppintervjuer	9
Enkät före och 3 månader efter avslut i Samtal om livet	10
Resultat	11
Resultat enkät	11
Upplevda krav i arbetet	12
Försörjning före och tre månader efter kursen Samtal om livet	12
Stressrelaterad hälsa	13
Existentiell hälsa	15
Resultat fokusgruppintervjuer	17
Lämna en social karantän	18
Samtalsmiljö att se fram emot	22
Intryck, uttryck och reflektion	25
Kursens avtryck	29
Resultatdiskussion	32
Från alienation till tillhörighet	32
Egenreflektion som verktyg eller evidensbaserade rekommendationer	34
Masker och roller vid sjukskrivning och rehabilitering	36
Ordinerade samtal – samtal och kommunikation	38
Tillgänglighet till andra samhällsaktörer	39
Metoddiskussion	40
Referenser	41

Sammanfattning

På fyra orter i Region Jönköpings län har vårdcentraler kunnat hänvisa patienter till kursen *Samtal om livet* som genomförs av det sociala företaget Origo Resurs.

Kursen ingår i ett projekt som har pågått i 2,5 år och är finansierat av Arvsfonden.

Kurserna har genomförts i samverkan med Region Jönköpings län och

Försäkringskassan. Projektet har legat i linje med Region Jönköpings läns strategi *”Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård”*.

Denna utvärdering bygger på grupper som har träffats tre timmar per vecka, sammanlagt elva tillfällen, från januari 2018 till mars 2019. Kursen syftar till att mobilisera sina resurser och hittar egna strategier för bättre hälsa, fysiskt, psykiskt, socialt, existentiellt och i relation till arbete.

Deltagare var personer med psykisk ohälsa som vill stanna upp och hitta egna, hållbara hälsostراتيجier. De har varit i arbete på hel- eller deltid med hel- eller partiell sjukskrivning men även personer med sjukersättning har deltagit.

Arbets sättet i kursen, *Samtal om livet* har varit erfarenhetsbaserat, lösningsinriktat och inkluderat gestaltande kreativa övningar, enligt Origo Resurs modell. Kursen har genomförts i en hemliknande miljö, företrädesvis med tillgång till trädgård.

Utvärderingen bygger på fyra fokusgruppintervjuer med deltagare i *Samtal om livet* (n- 12), en individuell intervju och en fokusgruppintervju med handledare för samtalen (n- 6). Utvärderingen bygger även på enkäter före start, och tre månader efter avslut i *Samtal om livet* (n-35). Till underlaget för rapporten inkluderas även två möten med presentation av och dialog om preliminärt resultat. Vid dessa dialogmöten har representanter för styrgruppen för *Samtal om livet*, deltagare i kursen, handledare och företrädare för Origo Resurs medverkat.

I resultatet från enkäterna framkommer att deltagarna främst upplevt sociala krav i sin arbetssituation. Därefter följer upplevelser av mentala/psykiska krav medan fysiska krav har upplevts i lägst omfattning.

Arbetsåtergången har ökat med två heltider trots att det redan vid start var totalt 14 heltidsarbetande. Den stressrelaterade ohälsan skattad med KEDS har minskat signifikant och den existentiella hälsan skattad med Origos frågeformulär har ökat signifikant tre månader efter avslut. De signifikanta skillnaderna gäller både för samtliga deltagare (n-35), och de deltagare som arbetat minst 50 % (n-13) både före och efter deltagande i kursen.

I intervjuerna framkom kategorierna 'Lämna en social karantän', 'Samtalsmiljö att se fram emot', 'Intryck, uttryck och reflektion' och 'Kursens avtryck'. I kategorin 'Lämna en social karantän' beskrivs deltagarnas erfarenheter och upplevelser av tiden i sjukskrivning före start i Samtal om livet. Dessa erfarenheter kontrasteras mot erfarenheterna och upplevelserna i kursen. Kategorin 'Samtalsmiljö att se fram emot' beskriver den accepterande och välkomnande sociala och fysiska miljön. I kategorin 'Intryck, uttryck och reflektion' beskrivs hur deltagarna genom intryck, uttryck och reflektion påbörjar en dynamisk förändringsprocess av sina tankemönster. I kategorin 'Kursens avtryck' framkom hur deltagarna upplever sig komma närmare sina känslor och börjar känna förväntan. Vidare har kursen haft avtryck på deltagarnas värderingar, agerande och relationer. I intervjun med handledarna beskrevs svårigheter att rekrytera deltagare trots ett uttalat behov av insatsen.

Utvärderingen pekar på att denna typ av reflekterande existentiella samtal kan utgöra ett viktigt och sannolikt ett kostnadseffektivt komplement till behandlande insatser inom primärvården.

Introduktion

Origo Resurs är en ideell förening och socialt företag som bedriver arbetsinriktad rehabilitering. Origo Resurs verksamhetsidé är att 'skapa arbetsmiljöer, förhållningssätt och livsnära samtal som befrämjar varje deltagares utveckling inom flera områden' (1, s. 7). Origo Resurs modell utgår från ett helhetsperspektiv på människan. Den existentiella dimensionen av hälsa är central i modellen och omgärdas av psykisk, social och fysisk hälsa tillsammans med förmåga att arbeta och individens livsmiljö. Origo Resurs erbjuder meningsfulla arbetsuppgifter, personligt stöd och Samtal om livet (1).

Denna utvärdering är inriktad på Samtal om livet som sker i grupper i Region Jönköpings län. Samtalen riktar sig till personer som vill eller behöver stanna upp mitt i livet för att hitta hållbara hälsostراتيجier. Utifrån hälso- och sjukvårdens definition är målgruppen främst personer med lättare till medelsvår psykisk ohälsa, vilka också ibland benämns med termen CMD (common mental disorders) (2). I denna rapport kommer dock begreppet psykisk ohälsa att användas genomgående.

Bakgrund

I bakgrunden kommer först en beskrivning av psykisk ohälsa och dess inverkan på aktivitetsutförande då det är av stor betydelse för att klara ett arbete. Därefter följer en beskrivning av åtgärder och metoder för att minska den psykiska ohälsan och öka arbetsåtergången. Då arbetsförmåga och aktivitetsutförande är en central aspekt i Origo Resurs metod ges en presentation av en aktivitetsvetenskaplig teori med ett hälsoperspektiv. Därefter följer en beskrivning av några teoretiker med en existentiell, hälsorelaterad inriktning.

Psykisk ohälsa

Den psykiska ohälsan är ett alltmer tilltagande problem både för individer och för samhället. Förutom själva lidandet på grund av den psykiska ohälsan i sig, innebär den en lägre livskvalitet, ett utanförskap och en försämrad ekonomisk situation för individen. För samhället innebär det kostnader för ökat vårdbehov och för sjukskrivning och frånvaro i arbetslivet (2). Under första kvartalet 2018 var 45 procent av sjukfallen relaterade till psykisk ohälsa (3).

Längre och mer intensiva symtom i form av ångest, depression och stress är uttryck för psykisk ohälsa. Ångestsyndrom innebär ett tillstånd då rädslan och ångesten är av sådan intensitet att vanliga livsuppgifter upplevs som svåra eller närmast omöjliga att genomföra (4). Långvariga ångestillstånd kan leda till svårighet att slappna av med medföljande kroppsliga obehag som muskelspänning, hjärtklappning, magbesvär, svettningar och störd nattsömn (4–5). Depression innebär ett tillstånd då den drabbade personens sinnesstämning leder till ett minskat emotionellt engagemang, passivitet och oföretagsamhet. Depression kan leda till kognitiva störningar såsom koncentrationssvårigheter, minnesstörningar och ökad uttrötthet. Depression kan även yttra sig i svårighet att planera och fatta beslut, nedsatt motivation, stresskänslighet och nedsatt uthållighet (5). Ett långvarigt ökat stresspåslag kan medföra ökad fysisk och psykisk trötthet och begränsad energi. Stressreaktioner kan ge upphov till sömnstörningar och kognitiva störningar såsom minnesstörningar. Vid långvarig belastning kan utmattningssyndrom uppstå. Utmattningssyndrom fastställdes som diagnos år 2003 då Socialstyrelsens riktlinjer

publicerades. Dock har dessa riktlinjer inte uppdaterats sedan dess (6). Affektiva och somatiska problem är vanligt förekommande vid utmattningssyndrom.

Psykisk ohälsa leder dessutom i högre grad till längre sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning än vid insjuknande i andra sjukdomar. Psykisk ohälsa får därmed stora och omfattande konsekvenser för individens möjligheter att försörja sig genom arbete (2).

Åtgärder och metoder för att minska den psykiska ohälsan

En rad åtgärder har genomförts för att stävja den accelererande utvecklingen av den psykiska ohälsan. En rehabiliteringsgaranti infördes 2008 och pågick fram till 2015 och övergick därefter i överenskommelser mellan socialdepartementet och SKL (7). Både rehabiliteringsgarantin och överenskommelserna innebar ekonomisk ersättning till hälso- och sjukvården för att erbjuda och genomföra behandlingar för målgruppen i arbetsför ålder. Ett forskningsprogram, REHSAM, genomfördes under åren 2009–2011 i Sverige för att utveckla metoder för att minska ohälsan (8). Det har även genomförts en internationell metaanalys av randomiserade kontrollerade studier kring återgång i arbete efter sjukskrivning för muskuloskeletala och / eller psykiska problem som genomfördes mellan åren 1995–2015. Både resultatet från REHSAM-programmet och denna metaanalys visade förbättrad hälsa men dock endast marginella effekter på arbetsåtergång (8).

Vilka specifika insatser som är mest effektiva, när de bör sättas in och när de förväntas ge bäst resultat har inte framkommit i dessa studier. Trots alla ansträngningar fortsätter den psykiska ohälsan att öka. Under de senaste åren är det framförallt den stressrelaterade ohälsan som har ökat. Det är främst kvinnor som drabbas (2).

De verktyg som finns för att hantera den psykiska ohälsan är främst hemmahörande inom den medicinska kontexten. Åtgärder som hälso- och sjukvård kan erbjuda vid lättare till medelsvår psykisk ohälsa är främst sjukskrivning, farmakologisk behandling och samtal. För denna målgrupp finns två aktuella riktlinjer från Socialstyrelsen: Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning (9) och Socialstyrelsens

försäkringsmedicinska beslutsstöd för utmattningssyndrom (5) där man hänvisar till Socialstyrelsens publikation Utmattningssyndrom - stressrelaterad ohälsa från 2003 (6). I denna publikation stödjer sig Socialstyrelsen på en metaanalys av van der Klink m fl (10) som kommit fram till att kognitiv beteendeterapi (KBT) är den mest effektiva behandlingsmetoden följt av multimodal rehabilitering och avspänningsträning. Vidare noteras i Socialstyrelsens publikation att flertalet av KBT-interventionerna i de ingående studierna i metaanalysen genomförts i grupp under relativt kort tid (6). Även i de nationella riktlinjerna för ångest och depression är KBT den samtalsform som huvudsakligen rekommenderas. Vidare förekommer att man rekommenderar andra metoder såsom fysisk aktivitet och mindfulness (9). Vad Socialstyrelsen däremot inte tar upp men som van der Klink m fl (10) diskuterar, är den stora skillnad som förelåg i resultat mellan personer med hög kontroll i sin arbetssituation och de med låg kontroll i arbetssituationen. Resultaten för både KBT och multimodal rehabilitering var signifikant bättre för personer med hög kontroll i arbetssituationen (10). Detta indikerar att arbetsmiljön och arbetsorganisationen kan ha betydligt större betydelse än individuella faktorer för att minska den psykiska ohälsan.

Sjukskrivning har visat sig vara en mindre effektiv metod vid långtidsbehandling. Längre sjukskrivningar har till och med visat sig vara kontraproduktiva och bidra till ökad ohälsa och isolering (11). Ungefär 30 % av Sveriges befolkning har varit eller är sjukskrivna för psykisk ohälsa som är stressrelaterad (12). I riktlinjerna för utmattningssyndrom rekommenderas att sjukskrivningen ska vara aktiv, vilket innebär att det ska finnas pågående behandling under sjukskrivningen (6).

Sjukskrivningen kan dock behöva inledas med en kortare passiv period på grund av att individen kan ha svårighet att tillgodogöra sig någon aktiv behandlingsinsats på grund av trötthet (6).

För patienter med psykisk ohälsa rekommenderas framförallt kognitiv KBT utöver eventuell farmakologisk behandling. KBT är en samtalsbaserad behandlingsmetod som avser att medvetandegöra patienten om negativa automatiska tankar och bli medveten om förhållandet mellan tankar, känslor och handlingar för att därigenom kunna göra förändringar av sin syn på sig själv vilket kan leda till ett förändrat beteende (13). Såsom KBT tillämpas inom primärvården i Sverige handlar det oftast om relativt korta behandlingsperioder om c:a fem behandlingstillfällen.

Vidare karaktäriseras samtalen av att vara specialiserade och inriktade mot ett specifikt syfte såsom rådgivande eller krisbearbetande (14).

Aktivitetsvetenskaplig teori med ett hälsoperspektiv

Wilcock och Hocking (15), som båda är teoretiker inom aktivitetsvetenskap, använder begreppen *doing*, *being*, *becoming* och *belonging* i sin beskrivning av det mänskliga görandet ur ett hälsoperspektiv. *Doing*, görande, innebär de uppgifter och aktiviteter som vi människor utför och det inkluderar allt från vardagliga saker som att göra frukost till mera komplicerade och ovanliga aktiviteter. Motiven för och konsekvenserna av det vi gör varierar. Det kan handla om att utföra det vi känner oss tvungna att göra eller det vi gör för nöjes skull. Variationerna är oändliga. Görandet är en förutsättning för överlevnad, hälsa och för utveckling, både av individer och samhällen. Dock är inte allt *doing* konstruktivt. *Doing* kan vara både skadligt för oss själva, för andra och för vår miljö.

Being, varande, är den aspekt som relaterar till reflektion över sitt *doing*. I *being* ges utrymme för reflektion och eftertanke både kring motiv och konsekvenser av *doing*. *Being* ger också plats för nya idéer, göra upp planer och hur man ska kunna verkställa *doing*. *Being* har därmed en balanserande inverkan på *doing*.

Belonging, tillhörighet, är den aspekt som relaterar till att ingå i ett sammanhang med andra människor men kan även åsyfta tillhörighet till en geografisk plats. *Belonging* ger möjlighet att känna acceptans från omgivningen och att känna trygghet. Genom *belonging* kan en människas fulla potential utvecklas.

Becoming, blivandet, innebär utveckling och förändring i relation till *doing*. *Becoming* är en ständig process under vilken vi utvecklas och utmanas i vårt *doing*. Men processen kan även vara den omvända och innebära att man på grund av olika faktorer hindras i sin utveckling (15).

Teorier om existentiell hälsa

De existentiella dimensionernas betydelse för den psykiska hälsan har uppmärksammats av bland andra Donald W. Winnicott (1896–1971), Viktor Frankl (1905–1997), Hans-Georg Gadamer (1900–2002), Aaron Antonovsky (1923–1994) och Emmy Van Deurzen (1951-).

Winnicott (16), brittisk barnläkare och psykoanalytiker, hävdade lekens betydelse för att kunna utvecklas. Han menade även att leken fortsatte hos den vuxna människan och tar sig uttryck i kulturella och andliga aktiviteter. Han såg dessa aktiviteter som nödvändiga för att få ihop den inre verkligheten med den yttre. Denna förening mellan inre och yttre verklighet försiggår i det så kallade övergångsområdet eller det potentiella rummet. Enligt Winnicott (16) är det leken i övergångsområdet som hjälper oss att skapa mening och ger hälsa.

Frankl, österrikisk neurolog och psykiater, menade att människans stora utmaning är att finna mening i sitt liv. Att upptäcka och uppleva mening i livet ger, enligt Frankl, resurser och motivation att klara svårigheter och motgångar (17).

Gadamer var en tysk filosof som bland annat studerade hälsans väsen (18). Enligt Gadamer är hälsa något undanlidande, något som inte ger sig tillkänna på samma sätt som sjukdom gör. Hälsan är inte mätbar men trots detta går det ändå att beskriva hälsa. Vidare menade Gadamer att hälsan upplevs eller känns på något speciellt sätt som sjukdom gör. Hälsa kännetecknas av en balans som inte kan upprätthållas utan vårt medvetande. Hälsa innebär även en harmoni som enligt Gadamer är svårfångad och gåtfull. ”Hälsa är att i glädje ta sig an sina livsuppgifter” är en ofta citerad fras från Gadamer. Gadamer har även formulerat en mera realistisk hälsodefinition än WHO:s definition från 1948 som innebär ett fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Enligt Gadamer är hälsa snarare ett ”labilt jämviktstillstånd med dålig prognos” (18). Gadamer var även kritisk till den tilltagande specialiseringen inom sjukvården som han menade inte tog hela människan i beaktande (18).

Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, är mest känd för att ha myntat och fokuserat på begreppet salutogenes, det vill säga de faktorer som håller oss friska i motsats till patogenes, det vill säga de faktorer som gör oss sjuka. Enligt Antonovsky (19) är tillvaron full av stressorer som är, eller kan uppfattas vara, antingen riskfaktorer eller friskfaktorer. I sitt verk *Hälsans mysterium* (19), utvecklar han sina tankar kring begreppet *känsla av sammanhang* (KASAM) bestående av komponenterna meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet (19).

Van Deurzen (20), professor och existentiell terapeut. har arbetat fram en modell för existentiell psykoterapi. I denna modell sker en så kallad livsinventering av individens livsvärld. I livsinventeringen ingår de tre aspekterna, *att klarlägga antaganden, att klarlägga värden och att klarlägga personliga resurser*. Vid klarläggande av antaganden utgår man från fyra dimensioner av upplevelse av världen. Dessa fyra dimensioner är den fysiska, den sociala, den personliga och den andliga dimensionen (20). Den fysiska dimensionen har med vår relation till naturen och vår kropp att göra. Den sociala dimensionen har med våra relationer till andra att göra medan den personliga dimensionen har med vår relation till oss själva att göra. Den andliga dimensionen, slutligen, har med vårt förhållande till det okända att göra, vilka övertygelser vi har. Antaganden är det vi förutsätter är sant utan att ifrågasätta det. Att klarlägga värden innebär att identifiera det som är viktigt och betydelsefullt. Att identifiera vad som är värdefullt gör det lättare att handla och välja väg med de egna värderingarna som vägvisare (20). Den tredje aspekten av livsinventeringen är klargörandet av personliga resurser. Detta innebär att reflektera över vilka resurser man har och hur de kan användas för att kunna följa de värden man identifierat (20).

Kursen Samtal om livet

Kursen Samtal om livet enligt Origo Resurs modell utgår från den existentiella hälsan som en sammanhållande dimension och bygger sitt arbetssätt på en erfarenhetsbaserad pedagogik med nära anknytning till Antonovskys KASAM-

begrepp (19, 21). I denna pedagogik ser man individens egna upplevelser som utgångspunkt för den egna, individuella lärprocessen. Stor vikt läggs vid bemötande och förhållningssätt och man ser på både handledare och deltagare som medvandrare och medskapare (1). Kursen består av sammanlagt elva träffar med olika teman. Varje träff har ett tema och kan handla om exempelvis självkänsla och självförtroende, vårda kroppen, bli vän med tankar och känslor, motivation till arbete och hitta sina livsvärden. Inslagen bygger på både berättelser och samtal och gestaltande övningar av olika slag. I samtalen ingår också att ge varandra positiv bekräftelse. Vidare delger man varandra tips och ger exempel på hur man har hanterat olika situationer. Någon dokumentation av samtalen sker inte. I alla sessioner förekommer inslag som främjar eftertanke och egen reflektion (1, 21).

Syfte

Syftet med utvärderingen var att beskriva erfarenheter och upplevelser av kursen Samtal om livet framförallt ur deltagares men också ur handledares perspektiv. Vidare var syftet att följa upp förändringar av självskattad stress och existentiell hälsa före och efter deltagande i samtalsgrupper.

Metod och tillvägagångssätt

Utvärderingen har gjorts med hjälp av fokusgruppintervjuer med deltagare i Samtal om livet och med handledare för samtalen. Utvärderingen bygger också på enkäter före start, och tre månader efter avslut i Samtal om livet. Resultatet från enkäterna beskrivs deskriptivt och signifikanstestningen har utförts med hjälp av Wilcoxon Signed-Rank Test. Alla statistiska beräkningar är gjorda med verktyget SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Till underlaget för rapporten inkluderas även två möten med presentation av och dialog om det preliminära resultatet. Vid dessa dialogmöten har representanter för styrgruppen för Samtal om livet, deltagare i samtalsgrupperna, handledare och företrädare för Origo Resurs medverkat.

Fokusgruppintervjuer

Fokusgruppintervjuer har genomförts med fyra grupper med deltagare tre månader efter avslutad kurs och en fokusgruppintervju med handledare. En individuell intervju med en deltagare har genomförts som ej kunde medverka i fokusgruppintervjun.

Frågeområdena i intervjuerna har varit desamma för båda grupperna. Frågeområdena har kretsat kring upplevelser och erfarenheter av kursen och dess inverkan på vardagen, vad samtalen kretsar kring och om det är något speciellt med kursen.

Enkät före och 3 månader efter avslut i Samtal om livet

Enkäten består av bakgrundsfrågor om civilstånd, arbetslivserfarenhet, utbildning och försörjning. I enkäten ingår en fråga hämtad från Work Ability Index (WAI) (22) använts men i modifierad form. I den ursprungliga frågan ska de huvudsakliga självskattade kraven i arbetet skattas i kategorierna psykiska krav, fysiska krav respektive både psykiska och fysiska krav. Modifiering har gjorts genom tillägg av sociala krav och formuleringen psykiska krav har ändrats till psykiska / mentala krav. Vidare ingår Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS) (23) och Origos frågeformulär (ej publicerat material) i enkäten.

Självskattningsformuläret KEDS (23) består av nio områden med påståenden att ta ställning till. Syftet med frågorna är att främja hälsa och förebygga stressrelaterad sjukdom genom att identifiera risker för eventuellt utmattningstillstånd. De nio frågorna i formuläret berör koncentration, minne, kroppslig uttrötthet, uthållighet, återhämtning, sömn, överkänslighet för sinnesintryck, upplevelsen av krav och irritation och ilska. Varje fråga skattas från 0 till 6 där 0 står för inga besvär och 6 står för stora besvär. Enligt informationen på hemsidan (23) innebär en sammanlagd poäng över 19 en ökad risk för ohälsa.

Origos frågeformulär består av de fem frågorna Hur mår du i din kropp just nu, Hur mår du psykiskt just nu, Hur har du det med vänner och familj, Hur känner du inför livet i stort och Hur orkar/klarar du att arbeta. Frågorna besvaras på en skala från 1–10 där 1 är sämsta möjliga alternativ och 10 är bästa möjliga alternativ.

Resultat

Inledningsvis presenteras resultatet från enkäterna före start i Samtal om livet och tre månader efter avslut i Samtal om livet. Därefter presenteras resultatet från fokusgruppintervjuerna.

Resultat enkät

Den kvantitativa delen av utvärderingen har omfattat deltagare som påbörjat Samtal om livet från och med januari 2018 fram till mars 2019. Totalt har 39 personer besvarat enkäten i samband med start och 35 personer varav 32 kvinnor och 3 män, besvarat enkäten tre månader efter avslut i samtalsgrupperna. Medelåldern bland deltagarna var 49 år och varierade mellan 23 och 68 år. Medeltalet för antalet yrkesverksamma år var 26. En tredjedel av deltagarna hade högskole- eller universitetsutbildning. Ungefär lika stor andel hade 2-årigt gymnasium som högsta utbildningsnivå. Andelen gifta/sambo och ensamstående var lika stor (tabell 1). Beträffande yrkesområde som deltagarna arbetat inom kan 14 klassificeras som kontaktyrken, det vill säga arbete inom skola, vård och omsorg.

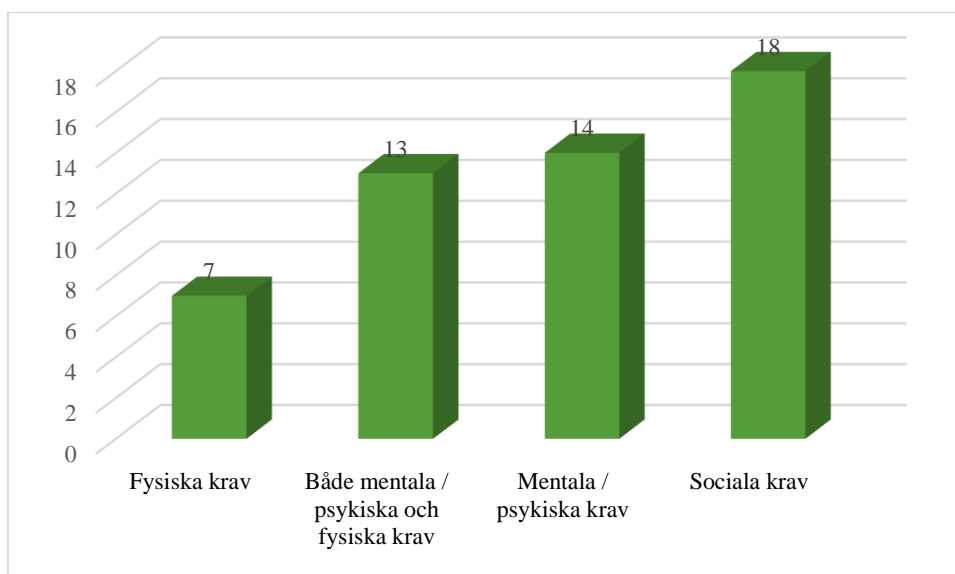
Tabell 1. Beskrivning av deltagare som besvarat enkäten före och efter deltagande i samtalsgrupp (n=35).

Kön	Kvinnor	32
	Män	3
Ålder	-35	5
	36-45	8
	46-55	13
	56-	9
Utbildningsnivå	Grundskola eller folkskola	8
	2-årigt gymnasium	11
	3-4-årigt gymnasium	4
	Högskola / universitet	12
Civilstånd	Ensamstående	17
	Gift/sambo	17
	Särbo	1
Antal yrkesverksamma år	0-10	4
	11-20	9
	21-30	12
	31-40	5
	41-50	5

Upplevda krav i arbetet

På frågan om vilka krav man främst upplevt i sin arbetssituation var de sociala mest förekommande (n-17) medan de fysiska kraven var minst förekommande (n-7).

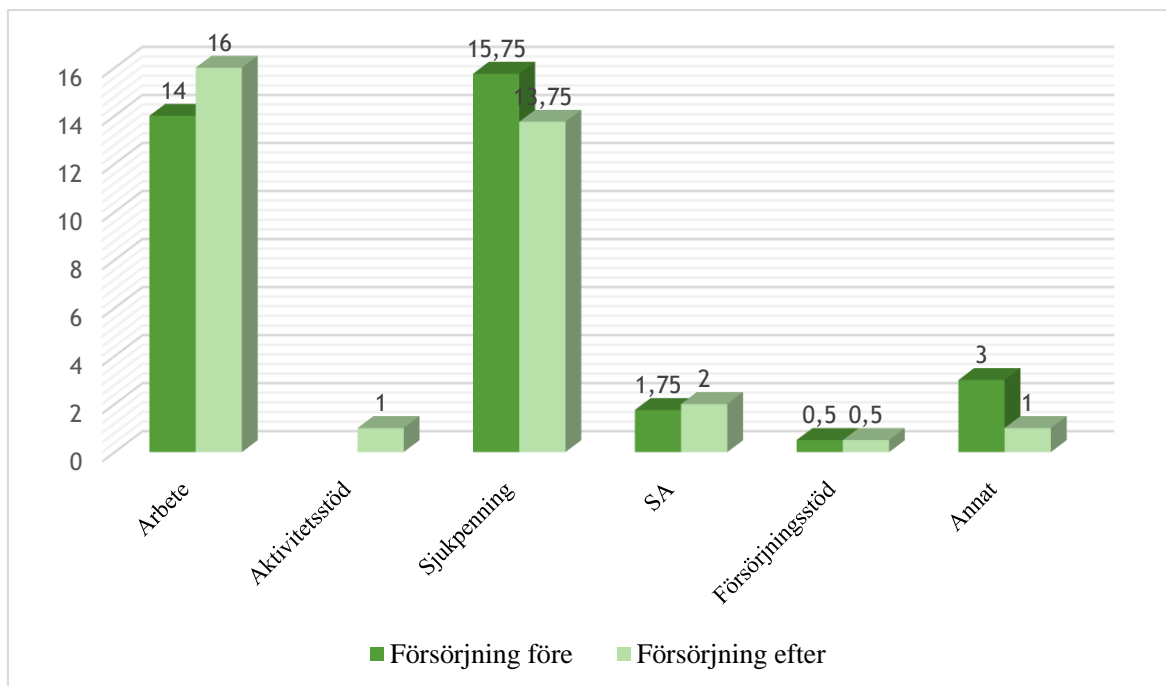
Sjutton deltagare uppgav ett krav och 14 deltagare uppgav två krav. Tre respektive fyra krav uppgavs av en deltagare vardera (figur 1).



Figur 1. Upplevda krav i sin arbetssituation (n-33). Flera alternativ kunde väljas.

Försörjning före och tre månader efter kursen Samtal om livet

Före start i Samtal om livet var sammanlagt 14 personer i heltidsarbete (n-35). Tre månader efter avslut i Samtal om livet var sammanlagt 16 personer i heltidsarbete (n-34). Bland de 35 deltagarna har försörjning genom sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning minskat från 17,5 heltider före till 15,75 heltider efter (figur 2).



Figur 2. Försörjning före och efter deltagande i kursen Samtal om livet.

Stressrelaterad hälsa

Beträffande stressrelaterad hälsa skattad med KEDS har flera variabler förbättrats signifikant. Minne, uthållighet och återhämtning har förbättrats signifikant och deltagarna har skattat en signifikant minskning av kroppslig uttrötthet, överkänslighet för sinnesintryck, irritation och ilska och upplevelse av krav. Dock har ingen signifikant förändring skett beträffande koncentrationsförmåga och sömn. KEDS totalt har förbättrats signifikant och vid eftermätningen börjar skattningarna närma sig den gräns på 19 som ses som gränsen mellan hälsa och ohälsa (tabell 2).

Tabell 2. KEDS, vid start och tre månader efter avslut i Samtal om livet (n=35).

	Vid start			Tre månader efter			Signifikans-nivå <0,05
	Medel	Md	Min-Max	Medel	Md	Min-Max	
Koncentrationsförmåga	2,60	3	0-5	2,43	2	0-6	0,509 ns
Minne	2,71	3	0-6	2,26	2	0-6	0,035*
Kroppslig uttröttbarhet	2,91	3	0-6	2,54	2	0-6	0,035*
Uthållighet	2,80	3	0-5	2,23	2	0-6	0,008*
Återhämtning	3,54	4	1-6	2,86	3	0-6	0,008*
Sömn	2,97	3	0-6	2,66	2	0-6	0,160 ns
Överkänslighet för sinnesintryck	3,11	3	0-5	2,57	2	0-6	0,011*
Upplevelse av krav	3,11	3	1-5	2,43	2	0-5	0,005*
Irritation och ilska	2,71	3	0-5	1,91	2	0-4	0,004*
KEDS totalt	26,49	26	3-43	21,89	22	6-48	0,000*

*Signifikant på nivån $p = < 0.05$, ns- ej signifikant, Md-Median

Även för de deltagare som arbetade minst 50 % både vid start och efter kursen (n=13), har den stressrelaterade hälsan skattad med KEDS, förbättrats signifikant.

Dock är färre delvariabler signifikant förbättrade (tabell 3).

Tabell 3. KEDS, vid start och tre månader efter avslut i Samtal om livet. Deltagare som arbetar 100–50 % både före och efter deltagande i Samtal om livet (n=13).

	Vid start			Tre månader efter			Signifikans-nivå <0,05
	Medel	Md	Min-Max	Medel	Md	Min-Max	
Koncentrationsförmåga	2,38	3	0-4	2,46	3	0-5	0,730 ns
Minne	3,08	3	1-6	2,38	2	1-4	0,107 ns
Kroppslig uttröttbarhet	2,62	3	0-4	2,31	2	0-4	0,271 ns
Uthållighet	2,46	2	1-5	1,85	2	0-3	0,033*
Återhämtning	3,31	3	1-6	2,77	3	1-5	0,336 ns
Sömn	2,38	2	0-5	2,15	2	0-4	0,469 ns
Överkänslighet för sinnesintryck	3,08	3	1-5	2,23	2	0-4	0,020*
Upplevelse av krav	2,92	3	1-5	2,31	2	0-5	0,160 ns
Irritation och ilska	2,69	3	1-4	1,85	2	0-3	0,046*
KEDS totalt	24,92	25	10-39	20,31	19	6-33	0,005*

*Signifikant på nivån $p = < 0.05$, ns- ej signifikant, Md-Median

Existentiell hälsa

Den existentiella hälsan, skattad med Origos frågeformulär, har förbättrats signifikant. Samtliga variabler förutom Hur har du det med vänner och familj har förbättrats signifikant.

Tabell 4. Origos frågeformulär, vid start och tre månader efter avslut i Samtal om livet (n=35).

	Vid start			Tre månader efter			Signifikansnivå < 0,05
	Medel	Md	Min-Max	Medel	Md	Min-Max	
Hur mår du i din kropp just nu?	4,74	4	2-10	5,66	5	1-10	0,003*
Hur mår du psykiskt just nu?	5,20	5	2-8	6,29	6	4-10	0,000*
Hur har du det med vänner och familj?	5,88	6	2-9	6,40	7	2-10	0,068
Hur känner du inför livet i stort?	5,43	5	2-8	6,49	6	2-10	0,004*
Hur orkar/ klarar du att arbeta?	4,29	5	1-9	5,26	5	1-10	0,007*
Origo frågeformulär totalt	25,40	25	12-39	29,94	28	14-47	0,000*

*Signifikant på nivån $p = < 0.05$, ns- ej signifikant, Md-Median

Denna signifikanta förbättring vad gäller den existentiella hälsan skattad med Origos frågeformulär gäller även för de deltagare som arbetade minst 50 % (n=13) både före och efter kursen (tabell 5).

Tabell 5. Origos frågeformulär, vid start och tre månader efter avslut i Samtal om livet. Deltagare som arbetar 100–50 % både före och efter deltagande i Samtal om livet (n=13).

	Vid start			Tre månader efter			Signifikansnivå < 0,05
	Medel	Md	Min-Max	Medel	Md	Min-Max	
Hur mår du i din kropp just nu?	4,77	4	2-10	5,62	5	1-10	0,187
Hur mår du psykiskt just nu?	5,54	5	3-8	6,54	6	4-10	0,041*
Hur har du det med vänner och familj?	6,17	7	2-8	6,69	7	4-10	0,205
Hur känner du inför livet i stort?	5,38	5	2-8	6,69	7	2-10	0,028*
Hur orkar/ klarar du att arbeta?	5,69	5	4-10	7	6	4-10	0,047*
Origo frågeformulär totalt	27,23	28	15-44	32,54	33	15-44	0,022*

*Signifikant på nivån $p = < 0.05$, ns- ej signifikant, Md-Median

Resultat fokusgruppintervjuer

Fyra fokusgruppintervjuer har genomförts med deltagare tre månader efter avslut i Samtal om livet. En individuell intervju har genomförts i anslutning till en av fokusgruppintervjuerna. Denna intervju redovisas i resultatet tillsammans med denna fokusgruppintervju av konfidentialitetsskäl. Sammanlagt har 14 deltagare (12 kvinnor och 2 män) medverkat i fokusgruppintervju eller i intervju och 6 kvinnliga handledare deltagit i en fokusgruppintervju (tabell 6).

Tabell 6. Deltagare i fokusgruppintervjuer och intervju.

Fokusgrupp	Deltagare kvinnor/män	Ålder min-max
Fokusgrupp 1 (fg1)	4/0	27-57
Fokusgrupp 2 (fg2)	4/0	43-68
Fokusgrupp 3 (fg3)	1/1	46-65
Fokusgrupp 4 (fg4) Individuell intervju	3/1	45-53
Fokusgrupp handledare (fgh)	6/0	38-64

I intervjuerna framkom kategorierna Lämna en social karantän, Samtalsmiljö att se fram emot, Intryck, uttryck och reflektion och Kursens avtryck (tabell 7).

Tabell 7. Kategorier och underkategorier från fokusgruppintervjuer

Lämna en social karantän	Samtalsmiljö att se fram emot	Intryck, uttryck och reflektion	Kursens avtryck
Tappa greppet	Känna sig välkommen	Berätta och ta del av andras berättelser	Inverkan på känslor och förväntningar
Känslor av utanförskap och isolering	Handledarnas förhållningssätt	Gestalta och skapa	Inverkan på värderingar
Masker i samspelet med omgivningen	Den fysiska miljön	Reflektera	Inverkan på agerande och relationer
Känslor av mindervärde och skuld	Samtal utan pekpinnar	Mentala souvenirer	

Lämna en social karantän

Under denna kategori beskrivs deltagarnas erfarenheter och upplevelser av insjuknandet och tiden i sjukskrivning före start i Samtal om livet. Dessa erfarenheter kontrasteras mot erfarenheterna och upplevelserna i kursen. Karantänen skapas av både yttre och inre faktorer. I denna kategori återfinns underkategorierna, *tappa greppet*, *känslor av utanförskap och isolering*, *masker i samspelet med omgivningen* och *känslor av mindervärde och skuld*.

Tappa greppet

Deltagarna beskriver erfarenheter av otillräcklighet att klara av olika situationer som har resulterat i sjukskrivning. Framst är det arbetsrelaterade situationer som de berättar om men det kan även handla om komplicerade relationer som tårt på dem. Under den första sjukskrivningstiden kan även enklare, vardagliga situationer som att laga mat och handla innebära en stor påfrestning. Ett flertal vardagssituationer beskrivs som övermäktiga att hantera. Deltagarna beskriver hur de under lång tid känt sig otillräckliga och fått allt svårare för att klara både arbete och annat i livet.

Till slut har detta resulterat i att man tagit in och känner sig så dålig som man upplever att omgivningen tycker att man är. Man upplever irritation från omgivningen och man har svårt att förstå och därmed även att berätta vad man upplever.

”Men när det blir för mycket och alla lägger allt på en från alla håll och kanter och det inte finns någon empati och man får aldrig nån klapp på axeln eller såna grejer, för så var det för mig, jag skulle fixa allt... och sen om man inte räcker till då börjar man känna sig dålig och då blir folk sura och så började de gnälla, det kvittade var man stack in huvudet” (fg 1).

Känslor av utanförskap och isolering

Deltagarna beskriver svårigheter med att på ett enkelt sätt formulera hur man mår samtidigt som man uttrycker behov av att få delge hur man känner sig utan att omedelbart mötas av beskäftiga kommentarer, ”-ja, folk tror att det är bara att resa på sig och ge sig ut att jogga lite” (fg 3). Att få uttrycka sig och bli lyssnad till beskrivs som betydelsefullt. ”Det viktigaste är väl egentligen att bli hörd på att man får älta, för jag tror ändå att man måste få älta prata, prata, prata, även om en person får höra samma sak tio gånger... Tyvärr måste nog de runtomkring ha tålamod och lyssna” (fg 1).

Det framkommer i diskussionerna att man inte känner sig lyssnad till eller förstådd i sin vardag i mötet med familj, vänner och bekanta och även professionella inom vården. Deltagarna upplever både misstroende och ett undvikande från omgivningen när de vill förmedla hur de mår och hur de har det. ”Det är väl för att det är ogripbart på nåt vis...Man förstår inte, man tycker... men det är väl bara att rycka upp sig” (fg 2).

Det gäller såväl de närmaste som professionella inom vården. Misstron kan uttryckas genom bagatelliserande kommentarer som ”ja, jag vet det är jobbigt, jag låg i feber förra veckan” (fg 3) medan avståndstagandet framförallt visar sig i beteenden och kroppsspråk. ”De frågar hur mår du, och du börjar prata och

plötsligt står de och tittar på annat, kollar klockan...när man råkat ut för det så många gånger...ja, då säger man att det är bra” (fg 3).

Dessa upprepade reaktioner från omgivningen gör att man tystnar och slutar försöka förmedla hur man mår och man börjar låsa in sig i sitt dåliga mående. ”...och till slut, varför ska jag prata om det här? Man märker på gensvaret. Man märker, nu blir det för mycket om det där igen, nu pratar hon om det där igen. Så man får lägga band på sig själv, man blir väldigt lyhörd inför omgivningen faktiskt” (fg 2).

Deltagarna beskriver upplevelser av att känna sig inlåsta i sina tankar och i sitt dåliga mående. ”Man är väldigt, väldigt ensam och man har ingen att diskutera med. Till slut går man bara i sina egna tankar” (fg 1). Detta leder till en känsla av ensamhet med sina problem och samtalsämnen med vänner och bekanta blir färre då man saknar jobbprat som en sammanhållande länk i umgänget med andra ”...har man inte ett normalt arbete då är man utanför” (fg 4).

Även i intervjun med handledarna framkommer erfarenheter som kan relateras till isolering. I intervjun beskrivs svårighet att rekrytera deltagare till kursen Samtal om livet trots att man i kontakten med primärvården fått uppfattningen att det finns ett stort behov av dessa insatser. De handledare som har en organisatorisk tillhörighet i primärvården upplever dock inga svårigheter att få deltagare med behov av att delta i kursen.

Masker i samspelet med omgivningen

Deltagarna beskriver att de många gånger tar på sig en mask när de ger sig ut för att träffa andra människor. Att ta på sig en mask kan innebära att sminka sig, klä sig lite mera omsorgsfullt och sätta ett leende på läpparna. Ibland kan masken ligga nära det verkliga känsloläget men ibland är den en nödvändig sköld för att orka möta omvärlden. ”Masken är ju en låtsas...man låtsas att man mår bättre än man gör” (fg 3). I fokusgruppintervjuerna framkommer att man upplever att omgivningens reaktion enbart är inriktad på denna mask och dess positiva uttryck. Deltagarna beskriver hur de kan mötas av kommentarer som ”oj, vad du ser pigg ut” (fg 3) när de i själva verket mår sämre än vanligt.

”Oftast blir man bemött på olika sätt om man är sminkad eller inte. Här [kursen Samtal om livet] vet vi på nåt sätt... det har inte med det att göra. Och det är även så man kan bli bemött inom sjukvården. Det pratade vi också om att man kunde bli bemött lite så, lite hur man...det yttre ser ut” (fg 3).

Denna mask kan skydda mot undringar och frågor från omgivningen och den kan även vara till hjälp för att klara av en situation. Men masken kan samtidigt vara energislukande att upprätthålla. Flera av deltagarna uttrycker att de kan vara helt utmattade av att upprätthålla denna mask. Masken kan också innebära att man känner sig tvungen att leva upp till en förväntad sjukroll.

”-Han [läkaren] kan säga lite grejer som är rätt roliga och ... jag skrattar ju då och direkt efteråt tänkte jag, men Gud, jag kan ju inte sitta här och skratta, jag blev nästan rädd, tänkte att... gjorde jag fel nu (skratt), gjorde han så med mening för att se hur jag mår om jag kunde skratta. 'Skrattar hon nu, ja då mår hon nog inte så dåligt'. Man tar åt sig allt, man ser hur folk reagerar, vad gjorde jag nu, nu tror de nog inte att det är som det är. Man får inte vara glad,

-nej, just det, skrattar jag då får jag ingen ersättning (skratt)

-då får vi gå till soppköket” (fg 3)

Känslor av mindervärde och skuld

I den upplevda isoleringen påverkas självkänsla och självvärdering. Deltagarna beskriver upplevelser av att känna sig värdelösa på grund av att de inte maktat med sin situation och hamnat i sjukskrivning. I diskussionerna framkommer att man upplever att människor värdesätts utifrån om de arbetar eller inte.

”- Vi är långt ner allihop.

- ni upplever att ni är långt ner?”

- de som jobbar är högre upp än vi är. Yrkeslivet är måttstocken. Är du sjukskriven, ojdå” (fg 4).

Bland deltagarna förekommer även upplevelser av att känna skuld över att man mår dåligt. Det kan handla om att det inte varit riktigt tillåtet att få lov att uttrycka hur man mår. Att må psykiskt dåligt har uppfattats som att man belastar och till och med förstör för sin omgivning. Att till exempel inte orka medverka i gemensamma aktiviteter, isolera sig eller ha ett utagerande beteende och samtidigt uppfatta besvikelse och sorg från närstående ger känslor av skuld. ”Det fick jag höra från mina föräldrar när jag började må dåligt att, det var som om jag var taskig mot mina föräldrar för att jag mådde dåligt” (fg 3).

Samtalsmiljö att se fram emot

I denna kategori beskrivs både den sociala och fysiska miljön för kursen. I kategorin ingår underkategorierna *känna sig välkommen, handledarnas förhållningssätt, den fysiska miljön* samt *samtal utan pekpinnar*. Denna samtalsmiljö skapar en känsla av tillit vid deltagandet i kursen.

Känna sig välkommen

Deltagarna beskriver hur både bemötande och miljöerna som de befinner sig i är välkomnande och de upplever att det finns en omtanke. De upplever ett värdigt bemötande. ”Att komma och få en smörgås *uppdukad*, alltså det är en sån lyx, att jag får det, att nån gör det för *mig*” (fg 2).

Vidare beskriver deltagarna att sessionerna mjukstartar. Man småpratar med varandra innan man börjar samtalet. På samma sätt upplever man inte heller några abrupta avslut. Sessionerna har därmed en infasande början och ett utfasande avslut. Detta är en positiv upplevelse som man inte alltid har erfarenhet av från sjukvården. Där kan både början och avslut ske på ett mera abrupt sätt.

Vid start av varje session går man laget runt och samtliga deltagare får lov att beskriva sitt läge både känslomässigt och vad som har hänt. Deltagarna upplever en frihet från värdering av sina upplevelser. Vilket läge man än beskriver så uppfattas det på ett tillåtande och accepterande sätt. Man känner att man får lov att vara som

man är. ”Vi gick laget runt när vi fikade. Hur har din vecka varit...det gjorde vi alltid, och då var vi väldigt ärliga, det var verkligen allt” (fg 2). I denna ’laget - runt runda’ har man möjlighet att släppa på masker och duktighetsroller och ändå känna sig värdefull.

Handledarnas förhållningssätt.

Deltagarna upplever handledarna som både ledare och medaktörer i samtalen. I den ledande funktionen presenterar handledarna samtalsregler och leder temana. Att det finns vissa grundregler inger en känsla av trygghet. Vidare upplevs handledarna som inkännande och visar omtanke. De upplevs skapa en ombonad och trygg atmosfär och kan också inspirera och skapa stämning med hjälp av exempelvis dikter eller musik. Vidare beskrivs hur handledarna också är deltagare i samtalen. De bjuder på sina egna erfarenheter av att hantera svåra situationer. I fokusgruppintervjuerna framkommer att detta upplevs positivt och bidrar till att fördjupa samtalen. För deltagarna är det tydligt att handledaren inte sitter inne varken med sina egna erfarenheter eller med några ”rätta” svar. De ”rätta” svaren är något man får komma fram till själv. I fokusgruppintervjun med handledarna framkommer det att de upplever det skönt och befriande att släppa på det traditionella professionella, mera återhållsamma förhållningssättet och få delta med sina egna erfarenheter av svårhanterade situationer. ”Det tycker jag är skönt, för det blir en, det blir en skön, behaglig stämning i gruppen tycker jag redan från början på något sätt, att man känner här möts vi som, här möts vi som människor”(fg h). Handledarnas erfarenheter är att deltagarna är nöjda och reagerar positivt på detta. ”Det här tar ju nästan varenda person upp, att de känner vad skönt att ledaren också berättar, så att vi känner att vi är på samma villkor utan att man för den skull tappar ledarskapet” (fg h).

Den fysiska miljön

Deltagarna beskriver den fysiska miljön där man har samtalen som avslappnande och rofylld. Samtalen äger rum på olika platser som samtliga är utanför hälso- och sjukvårdens lokaler. Det kan vara ett samlingsrum i ett församlingshem med äldre,

tidstypiska möbler. Denna inredning och möblering skiljer sig från den funktionella och kliniska möblering som man har inom vården. Möblerna är inte alltid fysiskt ergonomiska men upplevs snarare som 'själsligt ergonomiska'. "Man känner sig som en prinsessa, man sjunker ju ner lite, oj vad långt ner, men de är sköna att sitta i" (fg 4). Att mötas av till exempel tända ljus och möjlighet till en stunds småprat innan sessionen startar uppskattas och uppfattas som ett utvecklande av att se varandra som medmänniskor. På samtliga platser där fokusgruppintervjuerna genomfördes fanns möjlighet att både vistas och samtala ute. Den rogivande, stimulerande och 'själsligt ergonomiska' miljön underlättar för deltagarna att känna sig avslappnade och därmed ha lättare för att våga öppna sig och vara mottagliga.

Samtal utan pekpinna

Bland deltagarna förekommer erfarenheter av att få upprepade uppmaningar om att förbättra sin livsstil för att må bättre när man gått i samtal/behandling inom vården. Det kan handla om att övergå till en sundare livsstil, till exempel att börja motionera. Dessa uppmaningar kan upplevas som alltför beskäftiga och alltför svåra att påbörja och kunna genomföra. Detta leder till en känsla av misslyckande innan man ens försökt börja med någon förändring. "Man måste förstå att en del kanske mår jättebra av motion men det finns såna som jag som inte klarar det. Det känns ibland som att det blir lite för enkelspårigt. Hjälpen ska vara lika för alla" (fg 3). I kursen kan man däremot delge olika erfarenheter och därmed mer eller mindre direkt presentera olika lösningar, strategier och tips utan att uppmana.

Deltagarna uttrycker en tydlig medvetenhet om att man bara säger det man vill säga och att allt man säger stannar i gruppen. I sessionerna är det tydligt att det är lika accepterat att avvakta med att berätta och delge som att göra det. För personer med svårighet att öppna upp sig ger möjligheten att avstå från att säga något en känsla av frihet och att kunna bibehålla sin integritet. Att kunna ta del av andras berättelser och sedan berätta när man är mogen för det ger en känsla av kontroll och integritet. Deltagarna kontrasterar detta mot de professionella samtal i vården som man har erfarenhet av. De flesta har goda erfarenheter men det förekommer upplevelser som skiljer sig från dem de har i Samtal om livet. I de professionella samtalen inom vården upplevs att man som patient ska presentera sina besvär som sedan ska tolkas

och definieras av den professionelle. ”Jag är så rädd att man...blir stämplad, eller vad ska jag säga. Den personen som sitter i den stolen kanske misstolkar det man säger och får det till ett annat mående än vad det är” (fg 3). Deltagarna beskriver att de i samtal i vården ibland även kan sakna en tvåvägskommunikation, ett samtal där man talar tillsammans och där man ger varandra återkoppling och respons.

”...de har bara suttit och tittat på en och nickat och sagt ja och nej...Man sitter där och bara pratar och pratar. Till slut vet man inte vad man ska säga för man får ju ingen respons. Det är svårt att sitta och prata med någon som inte ger respons” (fg 1).

Vidare beskrivs en mera påtaglig upplevelse av att vara sjuk när man går på samtal inom vården. ”Det här med kurator och psykolog, att man stämplar sig själv. ’Jaha, nu ska man gå dit’. Alltså man går ju inte dit med fröjd, för att ha kul, som man känt när man gått hit då” (fg 2).

Intryck, uttryck och reflektion

I denna kategori beskrivs hur deltagarna får intryck genom andras berättelser och gestaltande uttryck, får uttrycka sig genom att berätta, genom att skriva, genom bildliga och andra gestaltande uttryck. Det egna uttrycket och gestaltandet blir i sin tur nya intryck som ökar förståelsen för sig själv. Det ger också redskap för att hantera situationer på nya sätt. Uttrycken och intrycken startar ett dynamiskt reflekterande som går utanför de vanliga tankemönstren och fortsätter även utanför kursen. Denna kategori innehåller underkategorierna *berätta och ta del av andras berättelser, gestalta och skapa, reflektion och mentala souvenirer*.

Berätta och ta del av andras berättelser

Deltagarna beskriver en tydlig medvetenhet om att de själva väljer när och vad de vill berätta. I fokusgruppintervjuerna framkommer att det är viktigt att känna integritet och välja vad och när man berättar något som är känsligt. ”Det var samma

i samtalen, vill man inte lämna ut sig så måste man inte” (fg 4). Deltagarna beskriver att de upplever sig accepterade oavsett vad man tar upp och berättar om och att de känner sig trygga och därmed våga öppna sig. ”Jag känner att jag *vågar* öppna upp mig, vågar säga saker som man kanske inte säger till vem som helst. Här är det så självklart att man vågar säga det man mår dåligt över och hur man mår” (fg 3). Det förekommer även upplevelser av att man är mindre personlig och mindre på djupet i samtalsgrupperna. ”Här är inte så personligt. Men det ger mig mer egentligen på grund av man träffar andra människor och ser andra situationer” (fg 2).

I de existentiella samtalen får deltagarna även intryck genom de andras berättelser. De andra är både deltagare och handledare som bidrar med sina erfarenheter och upplevelser. ”Att få prata och någon lyssnar. Att jag är intressant, och de andra tittar och nickar och tycker att jag är spännande och intressant. Och att någon annan pratar och jag känner igen mig. Och att man har, liksom, får ha, får vara med och ge lite coaching åt varandra” (fg h).

Man möter och samtalar med andra människor i samma situation. Man kan känna igen sig i andra. Deltagarna beskriver att de psykiska besvären har gjort att man känt sig ensam och isolerad. ”Man kan känna sig ensam ibland, är det bara jag som känner så här, och det är man ju inte, rent logiskt vet man, men det blir en helt annan sak att möta andra och lyssna på deras berättelser...det tycker jag har varit det bästa” (fg 2). Att kunna relatera till andra och andras upplevelser och erfarenheter ger en känsla av att känna sig ’normal’, att inte vara ensam om sina besvär. För en del är det en ny erfarenhet att samtala och prata om sina känslor. ”För mig var det en helt ny upplevelse att prata, jag kommer från en familj där man inte pratar...det har varit ett enormt uppvaknande för mig som jag haft nytta av” (fg 2).

Gestalta och skapa

I kursen Samtal om livet ingår skapande moment. I fokusgruppintervjuerna framkommer att de skapande momenten initialt har känts lite främmande men dessa moment har sedan upplevts som sköna och avkopplande. Att få bli uppslukad i det

skapande har gett möjlighet att låta tankarna vila. De skapande momenten där tankar och känslor fått ett konkret uttryck och visualiserats har hjälpt till att stärka den mentala process man befunnit sig i. Vidare har deltagarna uppskattat det enkla materialet. Man har inte behövt köpa in något utan de skapande aktiviteterna har genomförts med material som är lättillgängligt.

I fokusgruppintervjuerna framkommer att de skapande momenten hjälper till att nå känslor, nå ord och nå förståelse. De gestaltande övningarna kan väcka känslor som man inte tidigare varit i kontakt med. I en övning har deltagarna fått välja vykort för att beskriva en känsla. För flera deltagare är det påfallande hur bilden har hjälpt dem att få en ökad förståelse för sin situation. ”När jag såg vilket kort jag själv valde, då blev jag nästan gråtfärdig, Gud, är jag så här. Bilden förstärkte det jag kände” (fg 1).

Gestaltandet kan också underlätta att klä sina känslor och upplevelser i ord. I en av fokusgruppintervjuerna återges ett exempel på hur bilder och visualiseringar har hjälpt deltagare att formulera sig verbalt. ”Han hade väldigt svårt att berätta saker. Men fick han några bilder framför sig då blev han lite mer talför” (fg 1).

Gestaltandet kan också underlätta att förstå sin situation. ” Bilden hjälpte mig att se hur jag hade det. Det tog bara några minuter innan vi var färdiga med våra val. Det symboliska har hjälpt till att förstå sig själv” (fg 2). En annan deltagare hade valt ett kort på en person som håller ett paraply över en annan person. När en egen tolkning har gjorts av innebörden i att hålla upp ett paraply för någon annan kan man börja leka med tanken att det kan vara annorlunda. ”Bilden jag valde det var en bild av någon som håller upp ett paraply över en annan person. Det symboliska har hjälpt till att förstå sig själv och nu kan jag hålla upp ett paraply för andra men andra kan också hålla upp ett paraply för mig” (fg 2).

Reflektera

Bland deltagarna beskrivs en upplevelse av att de före kursen bara kört på utan att varken känna eller tänka efter. Man har inte gett sig tid att stanna upp och reflektera och ifrågasätta hur man lever sitt liv. Reflekterandet beskrivs som en

process som man utvecklar under kursens gång. Flera deltagare uttrycker ovana att reflektera. ”Det sätter ju igång mycket här inne. Och tankarna som kommer sen. Det slutar ju inte bara för att man går hem” (fg 4). Processen beskrivs som att någon väcker en fråga eller tar upp något som man sedan kan spinna vidare på i sina egna reflektioner. ”Man fick hjälp av andras tankar liksom, eller hur man skulle kunna tänka” (fg 2).

Ovanan vid att reflektera framkommer också i fokusgruppintervjun med handledarna. Här beskrivs en erfarenhet av att det kan dröja in till halva kursen innan deltagarna börjar ge sig tid att reflektera. Deras upplevelser är att det krävs mod att reflektera. När man reflekterar och vänder sig inåt blir de egna värderingarna tydliggjorda och kan vara svåra att förverkliga och leva efter. ”Det är många som inte ens har reflekterat över vad vill jag, vad vill jag i allt det här, man ser utåt väldigt mycket... vad händer om jag känner en massa saker och inte kan ta hand om det här själv? Vem ska hjälpa mig?” (fg h).

Att ta in och lyssna på andra både beträffande värderingar och mera konkreta tips gör att man får andra infallsvinklar på sina problem. Tankarna och reflekterandet är inte bara bundet till själva sessionerna utan fortsätter även när man kommer hem. Hela tiden i samtalsgrupperna sker en växelverkan mellan att uttrycka sig, ta emot intryck och att reflektera. Dessa uttryck och intryck görs både verbalt och icke verbalt i form av gestaltandeövningar. I det ständiga reflekterandet tar man till sig av andra och nya tankar.

”Jag tror att kombinationen här, kring att lyssna till andra, kring att dela, till också till att få sitta några minuter att få fundera själv, vilket många har svårt att göra, men här gör vi det i princip en gång, ja, vi gör det flera gånger under den här perioden när vi ses, och då kommer de igång...så tror jag egenreflektionen kommer igång” (fg h).

”Det man fått med sig härifrån det är att man börjat tänka. Så här har jag inte tänkt innan. Man får en annan infallsvinkel om man säger så” (fg 2).

Mentala souvenirer

Gestaltningarna har ibland mynnat ut i ting som till exempel ett armband där de olika delarna har olika symboliska värden. Deltagarna beskriver dessa ting som påminnelser om de tankar och känslor som är förknippade med dem. Dessa ting fungerar som mentala souvenirer och hjälper dem att vidmakthålla ett nytt sätt att tänka. I en av övningarna använder man glasspinnar för att bygga staket mot det man vill hålla ifrån sig och avgränsa emot. Det kan handla om dysfunktionella relationer eller att balansera uppgifter. Det konkreta byggandet av ett symboliskt staket stärker det man vill uppnå. ”Vi klistrade de här glasspinnarna... ja, jag älskar mitt jobb och kan jobba alldeles för mycket, och så vill man orka och så tar man på sig mer men man har inte kroppen riktigt med sig och man vill vara alla till lags. Men det är jätteviktigt att kunna sätta gränser. Men det var lättare när vi satte det här staketet. Det blir konkret när man gör saker” (fg 2).

Kursens avtryck

I kategorin 'Kursens avtryck' beskrivs hur deltagarna upplever sig komma närmare sina känslor och börjar känna förväntan. Vidare har kursen haft avtryck på deltagarnas värderingar, agerande och relationer. I denna kategori återfinns underkategorierna *inverkan på känslor och förväntningar*, *inverkan på värderingar* och *inverkan på agerande och relationer*.

Inverkan på känslor och förväntningar

I fokusgruppintervjuerna beskrivs en upplevelse av att känna sig friare i att uttrycka känslor och att uttrycka hela sitt känsloregister utan att känna skuld eller frustration. Man upplever att det både är tillåtet och upplevs som naturligt att känna sig både ledsen, glad, rädd, orolig och ångestfylld i samvaron i kursen, till skillnad från andra sammanhang där man upplever att det är tabu att visa sina känslor så öppet. ”När paniken, ångesten, frustrationen, ilskan... varför ska jag må så här, då är det skönt att komma iväg de där timmarna. Få dän alla de där tankarna och få känna sig 'normal' för en gångs skull” (fg 3). Denna upplevelse av att kunna uttrycka sina

känslor friare leder till att man mår bättre och känner sig bättre till mods. Att ge sig iväg till kursen har därmed upplevts som något som man känt förväntan inför och sett fram emot. Denna upplevelse av förväntan har för flera inneburit att känna något man inte känt på länge. ”Det är positivt att du kan se framåt... om du får en sådan här kurs när du börjar få näsan över vattenytan igen, då har du nåt att se fram emot” (fg 1). Bland deltagarna uttrycks även att de har fått respons från sin omgivning att de förändrats och verkar gladare än tidigare. ”Mina barn har sagt att du är mycket gladare nu mamma” (fg 2).

Inverkan på värderingar

I fokusgruppintervjuerna lyfter deltagarna fram hur deras värderingar har påverkats i den dynamiska process där de har börjat reflektera över vad som är viktigt och värdefullt i livet. Man beskriver en upplevelse av att nästan ha tappat bort det värdefulla som man faktiskt har. Att få återupptäcka detta beskrivs som en positiv upplevelse. ”-Det behöver inte vara något märkvärdigt, det behöver inte vara någon charterresa till Thailand - i det lilla, i det dagliga, det finns alltid nånting” (fg 1). I detta reflekterande har man upptäckt företeelser i livet som man känner tacksamhet för. ”Det här att ta fram det goda i livet, tacksamhet, att man försöker se det goda och förstärker det goda och se det man har, det har gett mig jättemycket” (fg 2). Det framkommer också att man i högre grad börjar fokusera mera på det som är värdefullt och som man uppskattar i stället för att fokusera på det som inte fungerar. ”Man tar med sig erfarenheterna och kan hitta glädjen i annat. Att man kan hitta glädjen i det lilla förstärker det goda i livet” (fg 1).

Inverkan på agerande och relationer

I fokusgruppintervjuerna framkommer att deltagarna har börjat ändra på sitt agerande men framförallt lyfts hur de börjat se annorlunda på relationer. Vad gäller agerande återkommer att man oftare tänker efter vad och varför man påbörjar att göra något. Deltagarna beskriver att de har lättare för att begränsa sig. ”På jobbet så finns det ju dom som verkligen tar över men då tänker jag att jag får sätta en gräns, jag behöver inte säga så mycket till den personen, jag gör mitt...utan att vara

otrevlig på nåt sätt, utan man räddar sig själv” (fg 2). Vidare beskriver man ett mera förankrat och genomtänkt agerande. Det kan gälla situationer i arbetslivet. ”Jag försöker planera jobbet mera nu i stället. Det är bättre att göra ett riktigt jobb och planera det än behöva komma tillbaka efter en månad. Det får ta den tid det tar” (fg 1). Även i privatlivet har man börjat ifrågasätta och ändra på slentrianmässigt agerande ”Vi ska ha kräftkalas nu på lördag, det blir knytkalás, det behöver inte vara så mycket...” (fg 2). Att tänka efter vad och varför man vill göra något kan också innebära att man börjar med något nytt eller något som man inte gett sig tid till men som upplevs som berikande. ”Jag har börjat i kör nu” (fg 3).

Deltagarna beskriver att man ofta diskuterat relationer i kursen. Att fundera på sina relationer och hur man förhåller sig till dem har upplevts som något nytt. ”Vi pratade mycket om relationer överhuvudtaget, måste man ha relationer med den här personen och vill du utveckla den eller avsluta den? Det var väldigt tånkvärt för att många är ju ändå energitjuvar, för det pratade vi mycket om” (fg 1).

Att man inte behöver se relationer som något oföränderligt och opåverkbart har upplevts som en ny och befriande upptåckt. Deltagarna beskriver den positiva upplevelse de känner av att det är tillåtet att avgrånsa sina relationer till andra och då även närstående personer om man upplever dem som energikrävande. Man uttrycker en lättnad i att känna att man kan minska umgången utan att få dåligt samvete. ”Bara det att veta att det är OK att sätta en gråns, bara det var ju viktigt och ett första steg” (fg 2).

Inverkan på relationer kan också innebära en fördjupad och bättre relation till personer i omgivningen.

”Min 16-åring han tyckte han märkte skillnad på mig, och det är ju det bästa man kan höra. Och igår kom han och satte sig uppe hos mig och det var också en sån skån känsla att han valde mig utan att jag frågade efter det eller tåtade på honom” (fg 2).

Resultatdiskussion

Från alienation till tillhörighet

I resultatet från fokusgruppintervjuerna framkom kategorin, Lämna en social karantän där deltagarna beskriver tidigare erfarenheter och upplevelser under tiden för insjuknande och sjukskrivning. De beskriver upplevelser av att tappa greppet, känslor av utanförskap och isolering. De uttrycker att de känner sig utan värde, ensamma och fast i samma tankar. De beskriver svårigheter med att upprätthålla sociala kontakter och ingå i gemenskaper (figur 3).



Figur 3. I en social karantän.

Samtliga dessa upplevelser är uttryck för alienation. Liknande upplevelser av alienation hos personer som är långtidssjukskrivna har beskrivits i andra studier. I en studie från 2007 (24) framkom hur personer som var både sjukskrivna och arbetslösa upplevde sig lämnade åt sitt öde och att ha fastnat i en tidskarantän. Andra studier har visat att passiv sjukskrivning under längre tid kan generera ytterligare besvär och bidra med både fler symtom och negativa sociala och ekonomiska konsekvenser (25–27). Sjukskrivningen som till en början har upplevts som ett andrum har med tiden utvecklats till ett vakuum. Enligt Wilcock och

Hocking (15) är alienation antitesen till ett positivt *becoming* (15). När en individ känner sig alienerad har han eller hon svårt att se någon lösning på sin situation och hamnar i tunnelseende. Det som var avsikten med sjukskrivning, att återfå hälsa och förmåga att arbeta, att förändras i en konstruktiv riktning, *becoming*, får därmed en kontraproduktiv effekt. Sjukskrivning är en viktig och nödvändig del av behandling men den alienerande bieffekten behöver uppmärksammas. Den sociala dimensionen är enligt den existentiella psykologin en av hörnstenarna i människans existentiella villkor (20). Att mista en naturlig tillhörighet till andra kan få allvarliga sociala konsekvenser. Här fyller samtalsgrupper och andra gemensamma aktiviteter en viktig roll i att upprätthålla en känsla av tillåtande och tillhörighet, *belonging*, vid exempelvis sjukskrivning eller vid problematiska livssituationer då de vanliga sammanhangen inte är tillgängliga eller tillräckliga.

I fokusgruppintervjuerna kontrasterar deltagarna sina tidigare erfarenheter av isolering mot hur de upplevt gemenskap och tillhörighet i kursen Samtal om livet och fått möjlighet att känna sig 'normala'. Den välkomnande atmosfären stärker känslan av tillhörighet. Vidare upplever man miljön som avslappnande och rofylld. Detta kontrasteras mot den mer kliniska atmosfär som man har upplevt vid samtal inom sjukvården. Att mötas av till exempel tända ljus och möjlighet till en stunds småprat innan sessionen startar uppskattas och uppfattas som ett utvecklande av att se varandra som medmänniskor. Man upplever att sessionerna mjukstartar. På samma sätt upplever man inte heller några abrupta avslut. Sessionerna har därmed en infasande början och ett utfasande avslut. Detta är en positiv upplevelse som man inte alltid har erfarenhet av från sjukvården. Där kan både början och avslut vara tydligt avgränsad inom fastställda tidsramar och ske på ett mer abrupt sätt.

Den välkomnande och accepterande atmosfären bland medmänniskor i liknande situation inbjuder till att se på företeelser och problem som man brottas med som delar av livet som alla drabbas av i högre eller mindre grad, snarare än symptom och diagnoser som till varje pris ska elimineras eller i varje fall reduceras. Allt fler livsproblem förses med en diagnosetikett (20). Medikaliseringstrenden kan i och för sig ge människor en fristad som är mer accepterad än att man betar sig avvikande och utanför normen. Medikaliseringen gör att man blir inkluderad i ett medicinskt paradig. Å andra sidan kan medikaliseringen innebära en fara beträffande

maktförhållanden. Medikaliseringen innebär att det är sjukvården som har tolkningsföreträde beträffande hur problem kan hanteras och åtgärdas. Detta innebär en maktförskjutning från den enskilda individen till experterna, det vill säga de professionella inom vården (20).

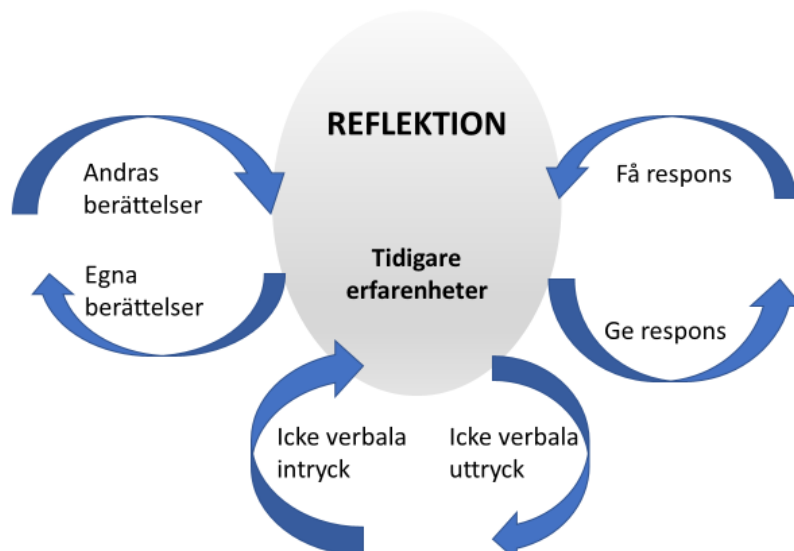
Egenreflektion som verktyg eller evidensbaserade rekommendationer

Deltagarna beskriver hur reflekterandet får dem att både omvärdera men också ändra sitt agerande. *Being*, varandet, som innebär att reflektera ses av Wilcock och Hocking (15) som essentiellt för att bli medveten om sina egna värderingar och sina mål och därmed balansera sitt *doing*, görandet. Betydelsen av *being* är enligt Wilcock och Hocking mindre uppmärksammat inom modern hälso- och sjukvård som snarare präglas av effektiva och rationella åtgärder som ger begränsat utrymme för eftertanke och reflektion (15).

Reflektionens betydelse har även hävdats av Hannah Arendt (28). I sina verk betonade Arendt tänkandet. Med tänkande menade Arendt inte enbart slentrianmässigt tänkande utan ett tänkande där man verkligen reflekterar och tänker efter. Hon såg tänkandet som beroende av aktivitet och vice versa vilket också ligger ilinje med Wilcock och Hockings *being*. Tänkande innebär ett stopp i aktivitet och därmed kan aktivitetens intention styras eller avbrytas. Arendt hävdade betydelsen av självständigt tänkande och även att kunna tänka ur andras perspektiv. Deltagarna beskriver hur de i början har svårt att tänka efter och reflektera men att kursen gett dem möjligheter att göra detta och att det har varit en viktig erfarenhet som de har med sig från kursen. Svårigheten att stanna upp och reflektera beskrivs också av handledarna. Handledarna beskriver att det kan ta flera tillfällen innan de märker att deltagarna verkligen börjar reflektera.

Att komma fram till egna lösningar genom reflekterande kan ställas i relation till de rekommendationer och förslag på lösningar man kan få i kontakt med sjukvården. I en av fokusgruppintervjuerna lyfts hur man mötts av uppmaningar att börja motionera vilket individen inte upplevde sig kunna göra. Inom hälso- och sjukvård

rekommenderar och föreslår man de metoder och åtgärder som har evidens. I fokusgruppintervjuerna beskriver deltagarna hur de med hjälp av tips men utan uppmaningar kan komma tillrätta med problem på egen hand. I det första fallet är lösningen mer eller mindre förskriven, motion, medan i det andra fallet presenteras förslag och tips som möjliga strategier. Här kan man fundera över sjukvårdens hanterande av evidensbaserade metoder. Av olika anledningar kan metoder fungera bättre eller sämre hos olika individer. Det kan finnas evidens för en metod eller åtgärd under ideala omständigheter och på gruppnivå, metodens så kallade efficacy (29). Slutsatsen kan då lätt bli att finns det evidens för att motion är bra mot psykisk ohälsa, bör alla börja motionera. Men hur metoden fungerar på den enskilda patienten/individ, i dennas kontext, det vill säga metodens effectiveness (29) är något annat. I mötet med enskilda patienter är det viktigt att förhålla sig till metodens effectiveness då olika personer har olika preferenser och omständigheter. Det egna tänkandet och reflektionen kan ge individen möjlighet att stanna upp och komma fram till vad han eller hon upplever som meningsfullt och betydelsefullt. Deltagarnas beskrivningar av hur reflekterandet sätts igång illustreras i figur 4.



Figur 4. I en reflekterande process.

Till skillnad från upplevelsen av isolering och tunnelseende som beskrivs i figur 3 förstärks reflekterandet av intryck och uttryck i en trygg miljö. Reflektionen blir ett verktyg för individen att börja hantera sin situation. Genom reflekterandet får man perspektiv både på sitt görande, *doing* och sina relationer. Att hitta och uttala det som man är tacksam för och de små värdefulla vardagliga saker som är betydelsefulla gör att man känner sig mera tillfreds. Man upptäcker att man hade mer än man trodde som kan ge en känsla av tillfredsställelse och tacksamhet. Ofta är det de små sakerna i livet som man vid närmare eftertanke börjar värdesätta på ett annat sätt. Genom reflekterandet börjar man också att göra avgränsningar i sitt liv. Det kan handla om vad man värdesätter att göra. Det kan även handla om vilka relationer man värdesätter och vilka energitjuvar man har omkring sig. Att få uttrycka att man vill och att det är tillåtet att man kan begränsa relationer som är tärande upplevs som en stor befrielse för många. Man beskriver en upplevelse av att relationer, framförallt till släktingar, är något som ska upprätthållas till varje pris trots att det upplevs påfrestande.

I fokusgruppintervjuerna framkom att det inte alltid var lätt att vara avgränsande i relationer. Denna svårighet kan ha avspeglats i resultatet från enkäten där frågan i Origos frågeformulär Hur har du det med vänner och familj (tabell 4 och 5) var den enda som inte var signifikant förändrad. Man kan tänka sig att avgränsning gentemot närstående inte är en helt okomplicerad process.

Masker och roller vid sjukskrivning och rehabilitering

Deltagarna beskriver att de ofta tar på sig en mask i kontakten med omvärlden. Masken kan hjälpa dem att hantera en situation men den kan också leda till att man upplever sig missförstådd. Deltagarna beskriver att de känner sig mötta av både misstroende och undvikande. I fokusgruppintervjuerna nämns den ogripbara karaktären som kännetecknar psykisk ohälsa som en möjlig anledning till dessa reaktioner hos omgivningen. Det ogripbara och outtalade tycks göra människor frustrerade och osäkra. Tidigare studier har visat att just det ogripbara vid psykisk ohälsa kan skapa frustration och osäkerhet hos omgivningen (2, 31–34). Osäkerheten kan finnas både hos den närmsta omgivningen, hos sjukvården och hos

arbetsgivare. Denna osäkerhet hos omgivningen i kombination med individens svårighet att beskriva och kommunicera sitt mående och sin förmåga kan innebära att även individen själv blir osäker på sin förmåga.

Användandet av en mask kan också kopplas till försäkringsmedicinska aspekter. Sjukvården har främst behandling som sitt uppdrag men även att tillhandahålla underlag för försäkringsmedicinska beslut. I Riksrevisionens rapport om bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa (32) framkommer att läkare upplever osäkerhet vid sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa. Denna osäkerhet tar sig bland annat uttryck i att män sjukskrivs längre än kvinnor (35) trots att funktions- och aktivitetsförmåga bedöms lägre hos kvinnor än hos män. Konsekvenser av de försäkringsmedicinska besluten har för individen mindre med själva hälsotillståndet att göra utan mer om försörjning och möjlighet att betala sina räkningar. En ständig upplevelse av osäkerhet kring sin försörjning kan vara en hindrande faktor i rehabiliteringen och snarare kapsla in individen i en sjukroll (24). I Samtal om livet är deltagarna medvetna om att ingen dokumentation görs och den försäkringsmedicinska aspekten är inte aktuell och handledarna har därmed inte någon roll som försäkringsmedicinsk grindvakt.

I en av fokusgruppintervjuerna framkom rädsla för att visa sig glad i kontakten med sin läkare. Denna rädsla för att visa sig glad eller kompetent kan förmodligen snarare ha med försörjningen att göra än med hälsotillståndet. Att tillfälligt vara glad och känna sig väl till mods behöver inte innebära att stämningläget är stabilt utan det kan ändras snabbt vilket gör att den psykiska uthålligheten är begränsad. Att vara uthållig, både fysiskt och psykiskt är en grundläggande förutsättning för arbetsförmåga (36). Uthållighet skattad med KEDS hade förbättrats för samtliga deltagare (se tabell 2). För de som arbetade minst 50 % både före och efter Samtal om livet var uthålligheten en av de variabler som förbättrats signifikant (se tabell 4).

Användandet av en mask kan även relateras till Jaspers metafor om människan som likt en mussla bygger ett skyddande skal som Eriksson (37) refererar till i sin avhandling. När detta skal börjar krackelera står vi sårbara inför verkligheten. Att dölja sin sårbarhet med hjälp av en yttre mask uttrycktes av deltagarna som ett sätt att hantera sina svårigheter. Masken kan hjälpa tillfälligt, men enligt Jaspers,

behövs snarare en stabil grund etableras än en yttre överbyggnad. Bland deltagarna uttrycks att vad de fått med sig från kursen är att de duger som de är och denna upplevelse kan relateras till en stabilare grund och ökad trygghet i sig själv (37).

Ordinerade samtal - samtal och kommunikation

Flera av deltagarna har erfarenhet av samtalsbehandling inom vården, oftast med goda erfarenheter. Men det förekommer upplevelser av tydligt definierade roller i samtalen där man som patient ska presentera sina problem och som professionell definiera och tolka dem, vilket upplevdes begränsande. Vidare uttrycktes avsaknad av respons i samtalen med en professionell. Samtalsbehandling är en vanligt förekommande åtgärd vid psykisk ohälsa. Samtal inom primärvård är ofta manualbaserade och begränsade i antal (14). I vårt samhälle förekommer samtal ofta som en del i professionella sammanhang. Det kan handla om utvecklingssamtal i skolan, när vi mår psykiskt dåligt kan vi få stödjande samtal eller om vi inte inser vad vi bör göra, kan vi få motiverande samtal. I de mer formaliserade samtalen kan man skönja en reduktionistisk trend. Bornemark (38) lyfter faran med en alltför rationell syn på samtal inom välfärdssektorn. Genom en alltför långtgående standardisering och manualisering av samtal utifrån i förväg producerade mallar kan det personliga som uttrycks i samtalet försvinna. Mallarna blir snarare begränsande genom att reducera det personliga till generella kategorier som ska vara möjliga att mäta och följa upp (38). I kursen Samtal om livet beskrivs samtalen vara av en mer samskapande karaktär där deltagarna fyller på med idéer och reflektioner snarare än individuella utsagor som dokumenteras. Vem som har sagt vad blir därmed underordnat. Det är snarare de individuella reflektionerna som kan påverka individens värderingar som sedan kan vara till hjälp i en förändringsprocess. Samtalen kompletteras även med gestaltande inslag som, i överensstämmelse med Winnicots övergångsområde, ger möjlighet till kommunikation mellan den inre och den yttre världen (16). Samtalen, orden och uttrycken blir därmed verktyg för de enskilda individerna än underlag för diagnos och behandling. Orden flödar och är dynamiska i samtalen men stannar inte kvar och stelnar i någon journalanteckning som sedan kan användas för argumentation i någon riktning. Bornemark (38) problematiserar den betydelse som den skriftliga

dokumentationen tillmäts på bekostnad av den levda verkligheten. Här kan man relatera till den rädsla för eventuella konsekvenser som en deltagare uttryckte i kontakten med sin läkare när hon visade sig glad och skrattade.

Tillgänglighet till andra samhällsaktörer

I intervjun med handledarna framkom svårigheter att rekrytera deltagare till kursen Samtal om livet. I dokumentet 'Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård' från Folkhälsa och sjukvård, Region Jönköpings län (39) framgår en tydlig strävan mot att inkludera verksamheter utanför vården i hälsoarbetet. Här uttrycks dessutom en tydlig intention att även sträva mot en förflyttning till andra samhällsaktörer. "Arbetet ska bygga på förflyttningen från slutet till öppen vård, från sjukhus till vårdcentral och från vård till hälsofrämjande insatser tillsammans med andra samhällsaktörer och invånarna själva" (39). Vid de dialogmöten när det preliminära resultatet presenterades framkom en osäkerhet kring hur man konkret ska förhålla sig vid remittering till insatser utanför sjukvårdens verksamhetsområde, som exempelvis kursen Samtal om livet. Inom sjukvården ska metoder, åtgärder och behandlingar vara beprövade eller underbyggda med evidens för effekt mot ett medicinskt problem. Här kan, ur ett organisatoriskt perspektiv, en otydlighet anas vad gäller de övergripande intentionerna i regionens dokument 'Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård' och den praktiska tillämpningen när personal inom primärvården på ett rättssäkert sätt ska kunna remittera till insatser utanför vården.

Om man betraktar svårigheten att rekrytera ur ett patient- och medborgarperspektiv innebär det att möjliga insatser från andra samhällsaktörer inte kommer de till del som skulle behöva dem. Problemet att rekrytera blir därmed ur ett patient- och medborgarperspektiv ett tillgänglighetsproblem.

För att överbygga denna oklarhet och osäkerhet kring hur man på ett rättssäkert sätt främjar tillgängligheten till hälsofrämjande insatser utanför vården behöver dessa utvärderas och beforskas men även samverkan och samskapande mellan deltagare, handledare och olika representanter för vården behöver utvecklas.

Metoddiskussion

Denna utvärdering bygger på kvalitativa data och på en före- och eftermätning. En studie med exempelvis en kontrollgrupp skulle ge ett mera säkert resultat.

Antalet deltagare i subgruppen som arbetade minst 50 % både före och efter kursen var endast 13 vilket är en begränsning. Resultatet indikerar att kursen Samtal om livet har en främjande effekt på flera hälsovariabler även hos de som redan är i arbete vilket pekar på en promotiv och preventiv effekt. Dock behövs vidare studier för att dra några slutsatser.

Frågan om upplevelse av krav i arbetet från WAI (22) är en väletablerad och ofta använd fråga. Dock, utifrån resultatet i denna utvärdering kan man fråga sig om denna fråga har brister beträffande validitet. I denna utvärdering skattades de sociala kraven högst. Sociala krav finns inte med i WAI. Här kan man tänka sig att de krav som exempelvis finns i kontaktyrken inte blir synliggjorda med de svarsalternativ som finns i WAI. Även detta fynd behöver utvärderas vidare.

Origos frågeformulär är inget etablerat frågeformulär men har använts frekvent under flera år i Origo Resurs egna uppföljningar. Frågeformuläret är inte testat beträffande reliabilitet och validitet. Valet gjordes att ändå använda det för denna utvärdering då det speglar syftet med kursen Samtal om livet.

Referenser

1. Origos Resurs. Vår modell, våra värden. Rehabilitering för hela människan.
2. FORTE Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro.; 2015.
3. Samhällsförlusten av sjukskrivningar. Skandia försäkring; 2018. Hämtad 19 03 15 från <https://www.skandia.se/globalassets/pdf/press-och-media/rapporter-och-debatt/samhallskostnaden-for-langre-sjukfranvaro-181008.pdf>
4. Öhman A, Rück C. Ångestsyndrom. I: Herlofson J. o.a. red. Psykiatri. Lund: Studentlitteratur; 2009.
5. Socialstyrelsen. Riktlinjer för såringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsen. Hämtad 2019 03 15 från <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/stressreaktionkrisreaktion>
6. Socialstyrelsen. Utmattningsyndrom: Stressrelaterad psykisk ohälsa. Socialstyrelsen;2003.
7. Riksrevisionen. Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner. RiR 2015:19. Riksrevisionen; 2015.
8. FORTE. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. Rehabilitering och samordning – slutrapport [Elektronisk resurs].; 2017. Hämtad 19 03 15 från <http://forte.se/wp-content/uploads/2017/04/rehsam-slutrapport.pdf>
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017. Hämtad 19 03 15 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-4>
10. van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. Am J Public Health 2001;91(2):270- 276.
11. Vingård E, Alexanderson K, Norlund A. Consequences of being on sick leave. Scandinavian journal of public health. 2004;32(63_suppl):207-15.
12. Försäkringskassan. Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning. Korta analyser 2017:1. Försäkringskassan; 2017.
13. Farmer RF, Chapman AL. Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action. Washington, DC: American Psychological Association; 2008.
14. Landstinget i Östergötland. Utvärdering av samtalsbehandling I primärvården – effekter av behandlingen. Rapport FoUrnalen; 2013:3.

15. Wilcock A, A., Hocking C. An occupational perspective of health. Thorofare: Slack;2015.
16. Winnicott D. Människans natur (E. Hammelberg, övers.). Ludvika: Dualis förlag AB;1991.
17. Frankl V. E. Viljan till mening. Stockholm: Natur och kultur; 2003[1969].
18. Gadamer H-G. Den gåtfulla hälsan. Ludvika: Dualis;2003.
19. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur;1991.
20. Blåvarg. Existentiell terapi och förändring – när livet blir verkligt. I Stiwne (red). Existens och psykisk hälsa. Studentlitteratur; 2018.
21. Origo resurs. Samtal om livet.Handledningsmaterial för grupper.
22. FHVmetodik.se. Hämtad 19 03 15 från <http://fhvmetodik.se/work-ability-index/>
23. KEDS. Hämtad 19 03 15 från <https://www.keds.nu/om/>
24. Jansson I, Björklund A. The experience of returning to work. Work. 2007; 28.2: 121-134.
25. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer Rutz E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro (Sektionen för försäkringsmedicin Institutionen för klinisk neurovetenskap, Trans.). Stockholm: Karolinska Institutet;2011.
26. Backhans M. Fredlund P. Lindholm C. Sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukskrivning. In: Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T, editors, Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet;2005. p. 245–267.
27. Bryngelson A. Long-term sickness absence and social exclusion. Scandinavian Journal of Public Health. 2009; 37(8), 839-845.
28. Arendt H. The human condition: A study of the central dilemmas facing modern man. New York, NY: Doubleday; 1958.
29. Andrews G. Efficacy, effectiveness and efficiency in mental health service delivery. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1999; 33.3: 316-322.
30. Hjärtström Lappalainen J. När hälsan blev norm. I Stiwne (red). Existens och psykisk hälsa. Studentlitteratur; 2018.
31. Jansson I, Gunnarsson A B. Employers' views of the impact of mental health problems on the ability to work. Work. 2018;59.4: 585 - 598.
32. Riksrevisionen. Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa– en process med stora utmaningar. RIR 2018:11. Riksrevisionen;2018.

33. Ståhl C, Svensson T, Petersson G, Ekberg K. Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system. *Disabil Rehabil.* 2011;33(15/16):1373-82.
34. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity - a qualitative study. *BMC Public Health.* 2012;12(1):702-10.
35. Inspektionen för socialförsäkringen. ISF. Läkares sjukskrivning av kvinnor och män. Rapport 2016:13. ISF;2016.
36. Jansson I, Björklund A, Perseus K-I, Gunnarsson AB. The concept of 'work ability' from the view point of employers. *Work.* 2015;52(1):153-67.
37. Eriksson A-K M. Vid utmattningens gräns: Utmattningssyndrom som existentiellt tillstånd: Vårdtagares och vårdgivares erfarenheter av utmattningssyndrom och rehabilitering med en existentiell ansats i svensk vårdkontext. Diss. Mid Sweden University; 2016.
38. Bornemark J. Det omätbaras renässans: En uppgörelse med pedanternas världsherravälde. Volante; 2018.
39. Region Jönköpings län. Enheten Folkhälsa och sjukvård. Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård. Projektdirektiv 2016-06-09. Region Jönköpings län; 2016.