

# **Dialogmøtet - en samtale med eller uten dialog?**

## **En kvalitativ studie av sykemeldtes opplevelse av dialogmøtet etter 6 måneders sykemelding**

Therese Thuen Davies

Masteroppgave  
Masterprogram i helsefag  
Helsefremmende arbeid og helsepsykologi

HEMIL- senteret, Det Psykologiske Fakultet



Våren 2010

## Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en interessant og lærerik prosess. Den har gitt meg en ny innsikt i, og iver etter å jobbe med tiltak som kan redusere sykefraværet. Jeg håper andre kan dra nytte av oppgaven og at den kan bidra til videre forskning på området.

Det er mange som fortjener en takk for å ha vært med på denne prosessen. Jeg vil først og fremst takke informantene som deltok i denne studien, og delte sine opplevelser om dialogmøtet.

Studien hadde tross alt ikke vært mulig å gjennomføre uten dem. I denne sammenheng vil jeg også takke NAV- kontorene som var behjelpelige med å sende ut informasjonsskriv. Deretter vil jeg takke seniorrådgiver Odd Bjørnstad ved Statens arbeidsmiljøinstitutt for god støtte tidlig i prosessen. Takk for at du ledet meg på riktig vei.

Videre vil jeg rette stor takknemlighet til mine veiledere, Nina Grieg Viig og Grethe Ulveseter. Takk for saklig og god veiledning. Dere har vært en fantastisk støtte i denne prosessen, og deres råd har vært uunværlige!

Takk til veninne og medstudent, Ane Grete Vik for korrekturlesing og faglige innspill underveis i prosessen.

Til sist, men ikke minst, vil jeg rette oppmerksomheten mot min familie, som alltid er fantastiske støttespillere! Takk til mamma og pappa for at dere alltid er der, og gir meg tro på det jeg gjør.

Takk til min søster, Thilde for at du alltid lytter og kommer med gode råd. Takk går også til dere alle tre for korrekturlesing. Takk til min tålmodige mann Kevin, for forståelsen du har vist meg i denne prosessen. Hverdagen som mastergradstudent hadde vært vanskelig uten deg.

Bergen, 27. juni 2010

Therese Thuen Davies

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	.....
Innholdsfortegnelse.....	.....
Sammendrag.....	.....
Abstract.....	.....
1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Problemfelt .....	2
1.3 Hensikt.....	3
2.0 Teoretisk forankring- et helsefremmende perspektiv.....	4
2.1 Helsefremmende ideologi.....	4
2.2 Empowerment .....	6
2.3 Salutogenese.....	12
2.4 Tidligere forskning.....	15
3.0 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	20
4.0 Metode.....	21
4.1 Forskningsdesign .....	21
4.2. Utvalg og utvelgelse.....	23
4.3. Innsamling av datamaterialet.....	25
4.4 Analyse av datamaterialet .....	26
4.5 Verifisering.....	27
4.6 Rollen som forsker.....	29
4.7 Etiske aspekter.....	30
5.0 Resultater.....	31
5.1 Forventninger til dialogmøtet.....	31
5.2 Faktorer som preget opplevelsen av dialogmøtet.....	33
5.3 Motstandsressurser.....	41
5.4 Medbestemmelse og innflytelse over egen situasjon.....	44
5.5 Oppsummering av resultater.....	47
6.0 Diskusjon.....	48
6.1 Dialogmøtet, med eller uten dialog?.....	48
6.2 Salugenese eller patogenese i fokus på dialogmøtet?.....	52
6.3 Legges det til rette for å fremme empowerment av sykemeldte på dialogmøtet?.....	62
7.0 Konklusjon.....	68
7.1 Implikasjoner for videre praksis.....	71
7.2 Implikasjoner for videre forskning.....	72
8.0 Referanseliste.....	74
9.0 Vedlegg.....	.....
Vedlegg 1.....	.....
Vedlegg 2.....	.....
Vedlegg 3.....	.....
Vedlegg 4.....	.....
Vedlegg 5.....	.....

## Sammendrag

*Bakgrunn:* Tiltak for å minske sykefraværet har vært et fokusområde for forskning og politiske føringer i en årrekke. Dialogmøte 2, etter 6 måneders sykefravær, er ett av tiltakene som skal få sykemeldte raskere tilbake i arbeid eller annen aktivitet. Til tross for at dialogmøtet har vært lovfestet siden 2007, foreligger det lite forskning på området.

*Hensikt:* Denne studien har til hensikt å utforske og søke en forståelse for hvordan sykemeldte opplever dialogmøtet etter 6 måneders sykefravær. I denne sammenheng var det ønskelig å utforske hvorvidt dialogmøtet opplevdes som en arena for deltagende dialog, med fokus på helsefremmende faktorer.

*Matriale og metode:* Studien benytter et eksplorerende design og bygger på kvalitative halvstrukturerte forskningsintervju med syv sykemeldte. Utvalget baserte seg på et tilgjengelighetsutvalg. Analysen av transkribert data ble foretatt med ad hoc meningsgenererende metode, hvor kategorier ble utviklet fra datamaterialet. Diskusjonen er basert på teori om salutogenese og empowerment.

*Resultater:* Majoriteten av informantene opplevde dialogmøtet som unødvendig for sin situasjon, og følte at det ikke kom noe konkret ut av møtet. Det opplevdes som vanskelig å få i gang en dialog, og det var lite fokus på ressurser og muligheter. Studien stiller spørsmål ved valget av dialogmøter som begrep. Informantene opplevde variende grad av medbestemmelse, og dialogmøtet bidro dermed i liten grad til empowerment. Kun en av informantene opplevde et positivt dialogmøte, som gjennom en deltagende dialog fremmet ressurser og muligheter.

*Konklusjon:* Dialogmøtet burde kanskje fokusere mer på helsefremmende eller salutogene prinsipper, for på denne måten å bidra til deltagelse og empowerment. Dermed kunne det fokuseres mer på den enkeltes ressurser, noe som i større grad kunne muliggjøre tilbakekomst i arbeid eller annen aktivitet.

*Nøkkel ord:* Dialogmøtet, sykemeldte, helsefremmende arbeid, helse, empowerment, paternalisme, salutogenese, patogenese, tilbakekomst i arbeid

## **Abstract**

*Background:* Over the years, science and politics have focused on finding efforts to reduce absence due to illness. One of these efforts is the dialogue meeting after 6 months sickness absence, which is supposed to lead to a quick return to work or other activity. Despite the fact that this meeting has been laid down by law since 2007, minor research is available on the area.

*Purpose:* This study was intended to explore, and gain an understanding of the experiences of those attending the dialogue meeting after 6 months of absence due to illness. It was desirable to explore whether or not the meeting was experienced as an arena for participating dialogue, focusing on health promoting factors.

*Material and methodology:* This study is explorative, using qualitative semistructured in depth interviews with seven absentees due to illness. The selection was based on an availability sample. The analysis of the transcribed data was based on ad hoc methodology for finding categories developed from the data. The discussion was based on empowerment and salutogenic theory.

*Results:* The majority of the participants in this study found the dialogue meeting unnecessary for their situation, and felt they gained nothing worthwhile from it. Getting a dialogue going was experienced as hard, with little focus on resources and opportunities. The study questions the use of dialogue meetings as a term. The participants experienced varying degrees of participation in decision making, and as a result the dialogue meeting contributed little towards empowerment. Only one of the participants experienced a positive dialogue meeting, that through a positive dialogue promoted resources and opportunities.

*Conclusions:* In order to promote participation and empowerment, the dialogue meeting should probably focus more on health promoting or salutogenic principles. With that, it could be focused more on peoples resources, and thereby return to work could be made possible.

*Key words:* Dialogue meeting, Absence due to illness, health promotion, health, empowerment, paternalism, salutogenic theory, pathogenesis, return to work

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Bakgrunn

Sykefravær har av både samfunnsøkonomiske og helsemessige årsaker, vært et fokusområde for forskning og politiske føringer i en årrekke. Utviklingen av sykefraværet har vært mer eller mindre stigende fra 2001 (Matsekaasa, 2009; Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2006). Med unntak av en tydelig nedgang i 2004, viser tall fra Arbeids- og velferdsetaten ([NAV], 2009) at det legemeldte sykefraværet har gått opp med 0,6 % siden 2001. Samtidig har det, særlig for kvinner, vært en jevn økning i det egenmeldte sykefraværet, noe som kan være et resultat av utvidet adgang til bruk av egenmelding (Matsekaasa, 2009). Tall fra Statistisk Sentralbyrå ([SBB], 2009) viser en kraftig vekst i det totale sykefraværet fra 7,0 % 3. kvartal 2008 til 7,7 % 3. kvartal 2009. Det legemeldte sykefraværet gikk opp med 11 % samme periode, og er på 6,9 % (NAV, 2009).

Tilrettelegging for, og oppfølging av sykemeldte har vært i særlig fokus siden inngåelsen av den første intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA) mellom myndighetene og partene i arbeidslivet høsten 2001 (Arbeidstilsynet, 2007). IA avtalen legger føringer om samarbeid mellom regjeringen og partene i arbeidslivet for et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunnet (Arbeidsdepartementet, 2010). Avtalen inneholder ulike mål som skal bidra til reduksjon i sykefravær og uføretrygd, samt utvikling av den enkeltes ressurser og arbeidsevne (Arbeidsdepartementet, 2010). Målet om en reduksjon i sykefraværet på minst 20 %<sup>1</sup> innen utgangen av avtalen i 2005, har fått mest oppmerksomhet. En interdepartemental arbeidsgruppe mellom Arbeids- og Sosialdepartementet, Moderniseringsdepartementet og Finansdepartementet (2005) gjorde en evaluering av avtalen, og man så en marginal reduksjon i sykefraværet uten at målet var nådd. I tillegg hevder Hammer (2007) at IA avtalen ikke har gitt de resultater man ønsket seg. Med grunnlag i positive resultater ved andre delmål, var likevel en videreføring av avtalen ønskelig. Det ble dermed inngått ny IA avtale mellom partene med varighet fra 2006-2009 (Arbeids- og Sosialdepartementet, 2005; Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2006).

For ytterligere å støtte opp om målene i IA avtalen i forhold til forebygging og redusering av sykefraværet, la Arbeids- og inkluderingsdepartementet fram Endringslov til arbeidsmiljøloven

<sup>1</sup> I forhold til 2. kvartal 2001 (Arbeidsdepartementet, 2010).

og folketrygdloven (2007). Hovedendringene i Arbeidsmiljøloven (2005) går ut på at arbeidsgiver i større grad enn tidligere skal legge til rette for og følge opp sykemeldte, og arbeidstaker har også fått større medvirkningsplikt (Arbeidstilsynet, 2007; Endringslov til arbeidsmiljøloven og folketrygdloven, 2007). Tiltakspakken krever at arbeidstaker og arbeidsgiver skal samarbeide om en oppfølgingsplan som skal innhentes av NAV allerede etter 6 ukers sykemelding (Arbeidsmiljøloven, 2005; Arbeidstilsynet, 2007; NAV, 2007). Etter senest 12 ukers sykemelding skal arbeidstaker inkalle til dialogmøte 1 med arbeidstaker og bedriftshelsetjeneste (BHT). I følge Arbeidsmiljøloven (2005) § 4.6 fjerde ledd skal arbeidsgiver formidle skriftlig referat om møtet til Arbeids- og Velferdsetaten (NAV).

I følge Folketrygdloven (1997) § 8.7 skal NAV innkalle den sykemeldte og arbeidsgiver til dialogmøte 2 senest ved seks måneders sykefravær<sup>2</sup>. Dersom arbeidstaker ønsker det, skal sykemeldende lege også være tilstede. På dialogmøte 2 skal oppfølgingsplan gjennomgås, resultat av bedriftsinterne tiltak vurderes og eventuelle behov for nye tiltak på arbeidsplassen diskuteres (Arbeidsmiljøloven, 2005; Folketrygdloven, 1997; Teigen, 2008). Hensikten med dialogmøte 2 er å få den sykemeldte raskere tilbake i arbeid eller annen aktivitet. På dette møtet skal det også vurderes om det er behov for annen bistand, som yrkesrettet attføring eller rehabilitering (Arbeidstilsynet, 2007; NAV, 2007). Fokus for denne studien har vært hvordan de sykemeldte opplever nettopp dette dialogmøtet.

## 1.2 Problemfelt

Dialogmøtene kom som et resultat av behovet for en dialogarena hvor de medisinske premisser og arbeidsplassens muligheter for tilrettelegging kunne drøftes med respekt for den sykmeldtes begrensninger og muligheter for aktivitet (Arbeids- og Velferdsdirektoratet, 2008). Videre skulle dialogmøtet innebære et forpliktende samarbeid mellom partene, og være et treffpunkt for effektiv oppfølging av den enkelte sykemeldte, heller enn separate samtaler med de ulike involverte parter (Arbeids- og Velferdsdirektoratet, 2008). Dette samsvarer med utviklingen i helsevesenet, hvor man beveger seg vekk fra den tradisjonelle rådgivende rollen overfor pasienter og isteden søker mot brukermedvirkning. De ulike aktører innen helsevesenet får etterhvert en mer veiledende rolle, og man ønsker også her en dialog med dem saken gjelder,

---

<sup>2</sup> Det er nylig ingått ny IA avtale for perioden 2010-2013, hvor fristene rundt oppfølging av sykemeldte er endret. Denne studien vil imidlertid forholde seg til avtalen som utløp i 2009, da det er denne informantene har forholdt seg til (NAV, 2010).

hvor de selv kan utrykke seg om egen helsetilstand.

Prinsippene for helsefremmende arbeid, definert i Ottawacharteret (World Health Organisation [WHO], 1986, s. 1) som «*prossessen som setter folk istand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse*», står også i overenstemmelse med denne utviklingen. Helsefremmende arbeid kan sees på som en prosess hvor man «empower» individer eller grupper ved å gi dem mulighet til å definere sine egne behov, og å delta i beslutninger om egen helse og livssituasjon. Man ønsker med andre ord å flytte fokus fra en monolog der ekspertene vet best, til en dialog der den som trenger hjelp og den som hjelper samarbeider med bedre helse som mål. Likeledes er dialogmøtene i regi av NAV lagt opp til at den sykemeldte selv skal kunne delta i beslutninger som gjelder sin egen arbeids- og livssituasjon. I dialog med dem saken gjelder, håper man å komme fram til produktive løsninger som bringer dem ut av situasjonen som sykemeldt og tilbake i aktivitet.

På oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet ble det foretatt en evaluering av IA avtalen for hele avtaleperioden 2001-2009 (Ose, Bjerkan, Pettersen, Hem, Johnsen, Lippestad, Paulsen, Mo & Saksvik, 2009). Det ble foreslått at det ville være gunstig med et større fokus mot hva som hindrer arbeidstakere å falle ut av arbeidsmarkedet, heller enn å bygge ut tiltak som får dem som allerede har falt ut, tilbake i arbeid (Ose et al. 2009). Dette viser til et ønske om et skift mot et mer helsefremmende fokus også i sykefraværarbeidet.

### **1.3 Hensikt**

Som nevnt over, har dialogmøter for sykemeldte vært lovfestet siden mars 2007. Det foreligger likevel lite forskning på hvordan dem tiltaket gjelder opplever dette møtet. Hensikten med denne studien er å utforske og søke en forståelse for hvordan sykemeldte opplever dialogmøtet etter 6 måneders sykefravær. Med utgangspunkt i bakgrunn og problemfelt vil det undersøkes hvorvidt dialogmøtet oppleves som en arena for inkluderende og deltagende dialog slik føringene tilsier (Arbeidsmiljøloven, 2005; Folketrygdloven, 1997; NAV, 2007; Teigen, 2008). Deretter vil det være aktuelt å undersøke om tilrettelegging for og inkludering av sykemeldte, i form av dialogmøter, er i tråd med prinsippene for helsefremmende arbeid. Da særlig empowerment. I denne sammenheng blir det også relevant å se om dialogmøtene faktisk bidrar til at den sykemeldte opplever medbestemmelse i beslutninger som gjelder egen helse og



livssituasjon. I tillegg vil det søkes forståelse for om dialogmøtene er i tråd med oppfordringen til Ose et.al (2009) om et mer positivt fokus på den enkeltes ressurser, framfor de begrensinger som fører til ekskludering fra arbeidslivet.

## **2.0 Teoretisk forankring- et helsefremmende perspektiv**

### **2.1 Helsefremmende ideologi**

Det teoretiske grunnlaget i denne studien bygger på en helsefremmende ideologi, med særlig vekt på begreper som empowerment og salutogenese. Det vil imidlertid være relevant å starte med en introduksjon av begrepene helse og helsefremmende arbeid, for dermed å vise det grunnlaget disse danner.

#### 2.1.1 Helse

Helse er et begrep under stadig diskusjon, og blir definert forskjellig avhengig av blant annet nasjonalitet, profesjon og kronisk sykdom (Mæland, 2005; Naidoo & Wills, 2000, 2009; Tones & Green, 2004). Verdens helseorganisasjon<sup>3</sup> (WHO, s. 100) definerte i 1946 helse som «*en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom*». Denne definisjonen har senere blitt utvidet, og helse kan sees på som opplevelse av velvære, gode relasjoner og som en *ressurs* til å bygge motstand mot sykdom (Mæland, 2005). Hjort (1994, s.95) hevder at helse er «*å ha overskudd til hverdagens krav*». En slik definisjon av helsebegrepet understreker oppfatningen av helse som ressurs, og inkluderer den enkeltes opplevelse av å fungere i og mestre hverdagen samtidig som man står imot påkjenningene man møter (Mæland, 2005).

Helse som ressurs representerer et positivt syn på helse, og blir motsetningen til det tradisjonelle sykdomsforebyggende arbeidet hvor helse betegnes som fravær av sykdom (Arntzen & Hauger, 2003). Helse sees således i et større perspektiv enn det biologiske, og begrepet *livskvalitet* har etterhvert blitt mer gjeldende. Livskvalitet bidrar med et mer holistisk perspektiv, der individet sees i sammenheng med sine omgivelser (Tones & Green, 2004). Dermed handler helse om organiseringen av samfunnet og hvordan en omgås med sine omgivelser, og forståelsen av begrepet blir i stor grad en sosial konstruksjon (Hauge, 2003; Mæland, 2005). Helse og

---

<sup>3</sup> ved daværende helsedirektør Karl Evang

livskvalitet blir definert utfra den enkeltes behov og sosiale omgivelser. Et viktig startpunkt for helsefremmende arbeid blir dermed å klargjøre hva helse betyr for de involverte (Arntzen & Hauger, 2003).

### 2.1.2 Helsefremmende arbeid

Helse som ressurs står også sentralt i helsefremmende arbeid, definert i Ottawacharteret (WHO, 1986, s. 1) som «*prossessen som setter folk istand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse*». Ottawacharteret (WHO, 1986), danner idegrunnlaget for det helsefremmende arbeid, og ble manifestert på den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada. Viktigere enn selve dokumentet var likevel det faktum at mennesker fra ulike profesjoner var samlet for å nå et mål høyere enn sitt eget profesjonsmål; «*Social justice in the form of equity in health*» (Mittelmark, personlig kommunikasjon 22.1.2008). Med vekt på å involvere folket, og samarbeid fra ulike samfunnssektorer, ønsket man å oppnå «bedre helse for alle i år 2000» (WHO, 1986). Konferansen ble etterfulgt av andre verdenskonferanser som har hatt innflytelse på utviklingen og forståelsen for det helsefremmende arbeidet (Hauge & Mittelmark, 2003, s. 41)

Nutbeam (1998, s. 1-2) ser på helsefremmende arbeid som en omfattende sosial og politisk prosess, som ikke bare retter seg mot å styrke individet, men også mot å endre sosiale, økonomiske og miljømessige tilstander slik at de igjen kan ha en positiv effekt på individets helse. Helsefremmende arbeid har altså fokus på hele individet i sin sammenheng, og oppfordrer alle samfunnssektorer til å jobbe sammen for bedre helse. Myndighetene har støttet opp om denne oppfatningen av helsefremmende arbeid som en prosess på tvers av ulike sektorer. I stortingsmelding nr 37 (Sosial- og helsedepartementet, 1992) ble det stadfestet at det ikke er nok å behandle skader når de er oppstått, men at det må settes igang tverrfaglige tiltak for å fremme helse, også utenfor helsesektoren. Det handler ikke om å legge ned forbud mot risikofaktorer, men å legge til rette for at befolkningen får styrke og motstandskraft til hverdagens krav, og dermed mulighet til å delta aktivt i samfunnet (Hauge & Mittelark, 2003).

Helsefremmende arbeid foregår der folk lever, på arbeidsplasser, skoler og i lokalsamfunnet (Hauge & Mittelark, 2003; Nutbeam, 1998). Helsefremmende arbeid må dermed være tverrfaglig og inngå i all offentlig politikk og etater, for å kunne gi hele befolkningen mulighet til å velge helse og «det sunne liv» (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2008). I tillegg sikter helsefremmende arbeid mot en grasrot tilnærming, hvor den saken gjelder og

lokalsamfunnet inlemmes i beslutningsprosesser (Mittelmark, et al., 2008; Naidoo og Wills 2009). At befolkningen selv deltar aktivt i beslutninger om eget liv og miljøet rundt seg, er viktig i helsefremmende arbeid (Mæland, 2005). Helsefremmende arbeid er dynamisk, og mangfold, spontanitet og engasjement må tilstrebes. Ulike nasjoner og arenaer for helsefremmende arbeid vil ha forskjellige områder og helseutfordringer de prioriterer, men felles er et mål om å engasjere dem det gjelder i arbeidet for å oppnå gode resultater (Mæland, 2005). Motsetningen vil være en ekspertstyrt, ovenfra og ned og paternalistisk tilnærming, hvor dem saken gjelder får en underordnet rolle (Starrin, 2007).

### 2.1.1 Helsedeterminanter

Helsefremmende arbeid tar sikte på å avdekke og forstå sammenhenger mellom helse og helsedeterminanter på forskjellige nivå i omgivelsene (Tones & Green, 2004). Dahlgren og Whitehead (1991) presenterer en sosial helsemodell, og viderefører dermed det helsefremmende budskap. De illustrerer at sosiale helsedeterminanter er alt fra arv, livsstil, sosiale nettverk, arbeid- og leveforhold og sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige forhold som alle krever tverrfaglig samarbeid (Dahlgren & Whitehead, 1991). Disse helsedeterminantene favner bredere enn kun de biologiske, og viser nok engang at god helse er avhengig av faktorer i miljøet rundt oss.

Å være i arbeid er en viktig sosial helsedeterminant hos den voksne populasjonen da det, blant annet, påvirker selvtillit, velvære og økonomisk status (Marmot, Siegrist & Theorell, 2006; Naidoo & Wills, 2009). Miljøet på en arbeidsplass er også viktig for helse, og spiller en sentral rolle for organiseringen av det sosiale og økonomiske liv (Marmot, Siegrist & Theorell, 2006). Videre er sosial støtte fra arbeidskollegaer, venner og familie, i tillegg til individuelle motstandsressurser, viktig for å hindre mistriivsel og uhelse (Ebeltoft, 1990). Som sykemeldt står man for en periode utenfor arbeidslivet, noe som i seg selv kan ha en negativ helseeffekt (Mæland, 2005). Dette vil da, blant annet, være en konsekvens av udekkede sosiale behov og økonomiske bekymringer (Helsedirektoratet, 2008).

## **2.2 Empowerment**

### 2.2.1 Empowerment som ideologi i helsefremmende arbeid

Empowermentideologien bygger videre på tanker rundt frigjøring og bevisstgjøring av undertrykte. Det handler her om å redusere avmakt, få kontroll over hverdagen og dermed endre

livsbetingelser, individuelt eller kollektivt (Slettebø, 2000). På norsk er empowerment forsøkt oversatt med ulike begrep som myndiggjøring, maktmobilisering og styrking, uten at noen av dem syntes å være helt dekkende (Askheim & Starrin, 2007; Slettebø, 2000; Stang, 2001). Felles for begrepene er at de handler om å gi noen myndighet eller gjøre noen i stand til noe.

Uavhengig av hvilket begrep man velger, må det defineres utfra den konteksten det settes inn i (Stang, 2001, s. 14). Denne studien benytter seg av begrepet empowerment uten å oversette det, da det synes mest dekkende og er kjent innenfor rammene til helsefremmende arbeid.

Empowerment som ideologi står sentralt i helsefremmende arbeid (Askheim & Starrin, 2007; Hauge & Mittelmark, 2003; Naidoo & Wills, 2000, 2009; Tones & Green, 2004; Tveiten, 2007). Nutbeam (1998, s. 6) definerer empowerment som «*a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health*». Empowerment, lik helsefremmende arbeid, blir dermed en «bottom up» tilnærming, der man gir folket større makt og deltagelse i beslutninger om egen helse (Mittelmark et al., 2008; Nutbeam, 1998). Man finner empowerment på individ- system- og samfunnsnivå, hvor de ulike nivåer influerer hverandre. Empowerment på individnivå refererer i all hovedsak til hver enkelts individuelle mulighet til å ta beslutninger og kontroll over eget liv, og kalles gjerne psykologisk empowerment (Nutbeam, 1998). For å oppnå dette må også empowerment inlemmes i de andre nivåene; i offentlig politikk og ved at man jobber sammen for å bedre helsedeterminanter og livskvalitet i lokalsamfunnet (Nutbeam, 1998). Empowerment av samfunn skjer når samfunnet får større makt og innflytelse gjennom rettferdig fordeling av ressurser. At flere nivåer trekkes inn i empowermentbegrepet hindrer at empowerment kun gjøres til et individuelt ansvar (Nutbeam, 1998).

I følge Norges offentlige utredninger, nr 18, «Det er bruk for alle» (Sosial- og helsedepartementet, 1998) var ikke empowerment særlig utbredt som systematisk strategi og arbeidsmetode i Norge. Det uttryktes likevel et ønske om å styrke grunnlaget for at helsefremmende arbeid i større grad skulle ta slike strategier i bruk for å styrke folkehelsearbeidet (Sosial- og helsedepartementet, 1998). På denne måten ville empowerment kunne være et middel for å nå et av målene innen helsefremmende arbeid, sosial rettferdighet. En søker dermed en balanse i fordelingen av makt og ressurser, deriblandt helse (Mittelmark, et al., 2008).

### 2.2.2 Empowerment som metode, mål og prosess

I følge Slettebø (2000) er empowerment et begrep av tredelt betydning, og kan sees på som

metode, mål og prosess. Empowerment som metode fokuserer på de ressursene folket allerede har, og går ut fra at de har kunnskap og mulighet til selv å vite hva som er best for dem (Slettebø, 2000). Empowerment som mål betyr å øke enkeltindividets eller lokalsamfunnets makt slik at de får mulighet til å endre på forhold for dermed å oppnå bedre helse (Slettebø, 2000).

En tredje måte å forstå empowerment på, er som en prosess som fører til at folk setter søkelys på sine egne problemer og blir istand til å realisere sine egne løsninger (Slettebø, 2000). Denne forståelsesmåten er sentral innenfor helsefremmende arbeid. Kieffer (1984, s. 27) hevder at empowerment ikke er en artikkel man kan tilegne seg, men en omformingsprosess som blir satt i verk ved aktivt å delta. Empowerment blir dermed en prosess hvor man mobiliserer ressurser for å kunne håndtere de utfordringer en står overfor og dermed fremme sin egen eller felleskapets helse (Sørensen, Graff-Iversen, Haugstvedt, Enger-Karlsen, Narum, & Nybø, 2002). Dette kan være en sosial, kulturell, psykologisk eller politisk prosess, hvor man kan uttrykke sine behov og bekymringer, og ta del i politisk eller sosial handling for å imøtekomme disse bekymringene (Nutbeam, 1998, s. 6). Befolkningen blir dermed aktive samarbeidspartnere for å bedre sin helse, mer enn bare en målgruppe, noe som i seg selv kan gi økt mestring og bidra til bedre helse (Mæland, 2005, s. 70).

Forståelsen av empowerment som en prosess på ulike nivåer, støttes av mange. Rappaport (1984, s. 3), en av empowerment litteraturens frontfigurer, definerer empowerment som «*en prosess som fører til at mennesker, lokalsamfunn og organisasjoner oppnår mestring i livet*». Prosessen kan, i følge Slettebø (2000, s. 63) bestå av delprosesser som utvikling av selvtillit, gruppebevissthet, reduksjon av selvbebreidelse og økning av egen kompetanse. De involverte kan da bli mer bevisst på hvordan samfunnsmessige forhold virker inn på egne problemer, og dermed unngå å bli for individorientert. På denne måten kan undertrykte grupper utvikle selvtillit, stille krav til endring og dermed utvikle sin evne til å handle for å bedre sin helse (Slettebø, 2000, s. 63). Empowerment blir dermed en prosess som gir enkeltindivid og lokalsamfunn kunnskap og evner slik at de kan øke sin kapasitet til å påvirke hendelser, og dermed bedre sin hverdag. Tones og Green (2004) går utover dette og likestiller begrepet empowerment med helse. De hevder at å ha god helse er det samme som å være «empowered» (Tones & Green, 2004). Som motstykke setter de en maktesløshet, hvor befolkningen ikke opplever eller evner å ta kontroll over faktorer av betydning for helsen (Tones & Green, 2004).

### 2.2.3 Deltagelse

Utvikling av personlig kompetanse og bevissthet over egen situasjon og hvordan en kan påvirke sine omgivelser, er noen av forutsetningene for kontroll over eget liv (Tveiten, 2007). I tillegg er deltagelse essensielt for å kunne definere behov og problemer, og ta beslutninger som handler om egen helse (Tveiten, 2007). Rappaport (1981, 1984) beskrev empowerment som at folk oppnår kontroll over sitt liv ved å *delta* aktivt i en prosess, sammen med andre, for å endre de sosiale og politiske realiteter de lever under. Det handler ikke nødvendigvis om å oppnå sosial og politisk kontroll, men at man ser seg selv som mer deltagende i politiske prosesser og beslutninger (Kieffer, 1984). Deltagelse og en følelse av tilhørighet blir dermed en viktig del av empowermentprosessen, hvor folket forsøker å ta kontroll over helsedeterminantene som påvirker deres liv (Tveiten, 2007). Når dem saken gjelder selv deltar og legger fram de faktorene som er viktig for å oppnå bedre helse, kan de oppnå en følelse av eierskap til prosjektet eller problemløsningen (Tones & Green, 2004). Kieffer (1984) mener empowerment har en todelt betydning; kompetanse til å kunne delta i og påvirke beslutninger, og utvikling av de nødvendige ferdigheter for å oppnå dette.

I følge Tones og Green (2004) bidrar deltagelse til empowerment. På samfunnsnivå vil befolkningen føle at de selv har oppnådd noe ved å delta for å forsøke å påvirke politikken. På individnivå vil deltagelse føre til en følelse av kontroll i eget liv (Tones & Green, 2004). En forutsetning for empowerment er nettopp deltagelse i avgjørelser som gjelder eget liv og helse (Tveiten, 2007). Kieffer (1984) fant i sitt studie at man ikke skal forsøke å gjøre for andre det de kan gjøre for seg selv. Man burde heller forsøke å samarbeide med folket, slik at de, gjennom deltagelse, kan utvikle de emosjonelle og praktiske ressursene som er nødvendig for «*empowering growth*» (Kieffer, 1984, s. 28). For å oppnå dette er man avhengig av at «ekspertene» på ulike områder er villige til å dele sin makt og la noen beslutninger være opp til dem det gjelder (Green & Kreuter, 1999; Tveiten, 2007). Deltagelse som forutsetning for empowerment har høstet endel kritikk, og man stiller spørsmål ved om alle grupper og mennesker faktisk har mulighet å delta i beslutninger om egen helse (Green & Kreuter, 1999; Tveiten, 2007). Mennesker, med eksempelvis kognitiv svikt eller språkproblemer, kan ha nedsatt evne til å medvirke i spørsmål om eget liv og helse (Tveiten, 2007). Det blir da viktig at den som hjelper erkjenner at man har mer kunnskap enn bruker, og handler på vegne av dem for deres eget beste. Martinsen (1990) kaller dette svak paternalisme, hvor den hjelpende handler slik hun/han tror bruker hadde ønsket det og bruker trekkes med i beslutningene når det er til deres beste.

#### 2.2.4 Empowerment som motsvar til paternalisme

I følge Starrin (2007, s. 63) utgjør paternalisme og empowerment to ulike måter å forholde seg på når en skal hjelpe mennesker. Gibson (1991) gjorde en analyse av begrepet empowerment, og fant at både individ, institusjoner, organisasjoner og samfunn deler ansvaret om å gi folket mulighet til å ta ansvar for egen helse. Hun hevder videre at dette vil kreve en så omfattende endring av holdninger og tankgang at et paradigmeskifte er nødvendig (Gibson, 1991). Et paradigmeskifte vil innebære et skift i maktstrukturen fra det tradisjonelt paternalistiske, hvor hjelpeapparatet er ekspertene og vet best, til en empowerment tankegang, hvor enkeltmennesket og samfunn får autonomi og medbestemmelse (Gibson, 1991; Stang, 2001). I en empowermentmodell, må myndighetene og ekspertene gi fra seg ansvar og styring, og ha tiltro til at befolkningen selv finner ut hva som er best for dem (Tones & Green, 2004). Man tar dermed avstand fra tanken om overordnet og underordnet, og konsentrerer seg om de horisontale relasjonene mellom mennesker (Starrin, 2007, s. 64). Idealtypen innen empowermentmodellen, er ildsjelen som maner til kamp og ønsker å skape engasjement og delaktighet (Starrin, 2007). Kjennetegn ved modellen er et inkluderende språk som skaper trygghet, og gir den enkelte en opplevelse av å bli sett og hørt (Starrin, 2007).

I den paternalistiske modellen er idealtypen den strenge far eller patriarken som vet hva som er best for oss. Disse kan man idag finne, blant annet, innen byråkrati og politikk (Starrin, 2007). De har med seg «den støttende mor», som gjerne jobber innen velferdsektoren, og som forventes å være lojal mot patriarkens autoritet, samtidig som de opptre støttende og formildende på hans beslutninger (Starrin, 2007). I motsetning til empowermentmodellen går man her utfra at folket er uvitende og passive, og har behov for hjelp og styring ovenfra for å kunne mestre sine problemer (Slettebø, 2000; Starrin, 2007, s. 63).

Ønsker man å bevege seg mot en empowermentmodell, må man endre fordelingen av makt og øke folkets kontroll over egne liv (Slettebø, 2000). Skal man oppnå dette, må ulike profesjoner erkjenne at de må endre sin praksis (Rønning, 2007, s.45). Det hjelper ikke å «empower» individer om ikke strukturelle maktforhold er endret, og derfor må arbeidet med individuelle og strukturelle forhold gå hånd i hånd (Rønning, 2007, s.45). I tillegg bør man vedkjenne seg at empowermentprosessen er vedvarende og langvarig gjennom livsløpet, og ikke noe man kan oppnå over natten (Kieffer, 1984).

### 2.2.5 Dialog og veiledning som middel i empowermentprosessen

Fellesskap, deltakelse, gjensidig ansvar, kunnskap, ferdigheter og holdninger kan utvikles i en flerstemmig dialog, hvor deltagerne utfyller og kontrasterer hverandre (Bakhtin, 1981, s.282). Videre hevder Bakhtin (1981) at en dialog er en samtale mellom to eller flere personer i den hensikt å holde en løpende kontakt og utveksle meninger, erfaringer og kunnskap. Freires (1974) teori om de undertryktes pedagogikk, fokuserer på hvordan folk gjennom dialog kan bli aktive og kritiske, vinne selvtillit og utvikle ny kunnskap. Dialogen har da en intensjon om å fremme bevisstgjøring og kritikk, avdekke og forskyve makt, og lede til praktisk handling for endring (Freire, 1974). Bakhtin (1981) og Freires (1974) pedagogiske ideer og teorier om dialogisk tilnærming kan knyttes opp mot empowerment og veiledning av brukere (Tveiten, 2007 s 72).

Som tidligere nevnt legges det, i helsefremmende arbeid, stor vekt på empowerment eller det å omfordele makt og myndighet fra ekspert til bruker (Branstad, 2003). Dialog mellom samfunnsgrupper, politikere og andre fagfolk er virkemiddelet for å oppnå dette (Branstad, 2003). Individrettet eller psykologisk empowerment kan bidra til at selvbildet endres, og kan foregå i en konsultasjon eller veiledning med bruker (Malterud & Walseth, 2004). Tveiten (2007) hevder at i veiledning av brukere, innebærer dialogen at brukerne tar del i beslutninger om eget liv, da de selv er eksperter på seg selv. Dialogen handler da om å gjøre den enkelte oppmerksom på dette og dermed øke deres bevissthet på egne ressurser, og skape mening (Tveiten, 2007). I følge Stang (2001) kan dialogen og empowermentprosessen misbrukes dersom veileder forsøker å gjennomføre egne planer og ideer på brukers vegne. Dersom dette er tilfelle kan bruker oppleve en monolog fra veileders side, der partene ikke er likeverdige og det ikke skapes en felles forståelse (Tveiten, 2007). Ved en monolog sendes budskapet til målgruppen, uten at et svar forventes (Branstad, 2003). Tiltross for at fagutøver har en ekspertrolle, bør det skapes en gjensidig dialog som er i tråd med prinsippene innen empowermentideologien; brukermedvirkning og bruker som ekspert på seg selv (Tveiten, 2007, s. 71). Å fremme empowerment gjennom dialog krever da relasjoner og holdninger basert på likeverd og en arena fri for makt, der brukers egne ressurser og verdier står i fokus (Malterud & Walseth, 2004; Stang, 2001). Tveiten og Severinsson (2004) fant i et studie om helsesøstres erfaring med veiledning av brukere, at for å lykkes krever dialogen lytting, spørsmål, råd, undervisning, støtte, bekreftelse og utfordring. I tillegg må fagutøverne styrke brukernes ressurser, selvstendighet, trygghet og ivareta deres rettigheter (Tveiten, 2007).

Kieffer (1984) deler empowerment prosessen opp i fem faser, der veiledningen nok engang står



sentralt. Første fase er en mobilerende episode som vekker bevissthet og engasjement, etterfulgt av en fase preget av usikkerhet og analyse av situasjonen. Fase tre utgjør selve veiledningen, hvor veileder skal være støttende og bidra til å kartlegge situasjonen. I neste fase prøver man ut kunnskap og reflekterer over erfaringer (Kieffer, 1984). Det er gjerne aktuelt med påfølgende veiledninger i denne fasen. I siste fase hevder Kieffer (1984) at man har oppnådd nødvendige ferdigheter til deltagende kompetanse.

## 2.3 Salutogenese

Antonovsky (1996) hevdet at helsefremmende arbeid var i ferd med å stagnere i mangel på et teoretisk grunnlag, og foreslo «salutogenese» som teoretisk rettesnor for praksis. Ulike forfattere har senere tatt opp denne tråden, og Hanson (2007) beskriver hvordan salutogenese kan benyttes som tilnærming til helsefremmende arbeid på arbeidsplassen. Salutogenese som teori i helsefremmende arbeid vil rette blikket mot alle mennesker uavhengig av helsestatus, fokusere på salutogene faktorer, og ta et oppgjør mot patogenese (Antonovsky, 1996). Når vi orienterer oss utelukkende etter en negativ helseforståelse, blir vi mer opptatt av sykdomsforebyggende enn helsefremmende prosesser (Antonovsky, 1985). Dette kan være uheldig når målet er å bedre helsen ikke bare å redusere sykdom (Antonovsky, 1985).

### 2.3.1 Salutogenese versus patogenese

Salutogenese består av *saluto* som betyr helse eller å være hel, og *genese* som betyr opphav (Lindstrøm & Eriksson, 2009). Salutogenese handler dermed om det som gjør oss friske, om helsens opprinnelse (Langeland, 2007; Mæland, 2005; Tones & Green, 2004). Hanson (2007) hevder at salutogenese er selve kjernebegrepet i helsefremmende arbeid, og at det essensielle er å finne fram til de salutogene faktorene i ens liv. Salutogene faktorer er helsefremmende faktorer som øker trivsel og styrker helse til tross for at man utsettes for risiko eller patogene faktorer (Antonovsky, 1987; Langeland, 2006). Salutogene faktorer kan være alt fra fysiologiske behov som frisk luft og vann, til forhold som fremmer selvrealisering og vekst, som en god samtale eller kulturopplevelse (Langeland, Wahl, Kristoffersen & Hanestad, 2007; Mæland, 2005; Tellnes, 2003). De generelle motstandsressursene vi innehar og benytter i møte med eventuelle stressorer regnes også som salutogene faktorer (Langeland, 2007; Langeland et al., 2007). I motsetning til salutogenese, bygger patogenese på pathos som betyr sykdom, og dermed omhandler sykdomsfremkallende forhold (Langeland, 2007; Mæland, 2005; Tones & Green, 2004). Patogene faktorer kan være forurenset luft og vann, virus og risikofaktorer som tobakk og

alkohol (Tellnes, 2003). Patogenese har vært det tradisjonelle fokus innen den vestlige biomedisinske modellen, hvor man har fokusert på de risikofaktorerene som fører til sykdom og dårlig helse (Naido & Wills, 2009).

### 2.3.2 Teori om salutogenese

Antonovskys (1979, 1987) teori om salutogenese representerer altså et bredere helseperspektiv enn det tradisjonelt sykdomsforebyggende. Antonovsky (1979, 1987) så helse som en kontinuum helse- uhelse, hvor optimal velvære er det ene ytterpunktet mens total helsesvikt er det andre. Han mente at vi alle befinner oss et sted på denne aksen til enhver tid, og at målet er å komme så nært helse eller velvære som mulig (Antonovsky, 1979, 1987; Langeland, 2006). Lindstrøm og Eriksson (2005) hevder at nøkkelementene for en salutogen utvikling er kapasitet til å benytte tilgjengelige ressurser og effektiv problemløsning. De skriver videre at til tross for at salutogenese etterhvert er anerkjent innen helsefremmende arbeid, trenger man likevel en økt forståelse for, og anvendelse av, begrepet innen områder som medisin, psykologi og sosialt arbeid (Lindstrøm & Eriksson, 2005). Det er ikke dermed sagt at teorien om salutogenese skal overta for den medisinske modellen, eller patogenese (Antonovsky, 1987). De kan derimot komplimentere hverandre. I tillegg til behandling av syke, har vi behov for en rettesnor til, ikke bare hvordan vi skal møte stress og motgang, men hvordan vi faktisk kan vokse på det (Antonovsky, 1987; Langeland, 2007). Teorien om salutogenese fokuserer, som nevnt tidligere, på de faktorer som fører til effektiv mestring og helse, og vil dermed være aktuell for flere profesjoner i sitt arbeid med ulike brukere (Langeland, 2006).

Salutogenese fokuserer på hele mennesket og personens historie, heller enn på potensielle risikofaktorer (Langeland et al., 2007; Langeland, 2006). I stedet for å fokusere på eventuelle diagnoser, ser man hele personen slik den fungerer i sin sosiale kontekst og miljø (Langeland et al., 2007; Lindstrøm & Eriksson, 2009). Antonovsky (1979, 1987) så, avhengig av den enkeltes motstandsressurser, på stressorer i livet som potensielt helsefremmende framfor sykdomsframbringende. Hans hovedfokus var hvorfor noen mennesker overviner motstand, kriser og voldsomme begivenheter uten å bli syke (Antonovsky, 1984, 1987; Langeland, 2006). Teorien om salutogenese kan anvendes på individ, gruppe og samfunnsnivå (Lindstrøm & Eriksson, 2005). I følge Eriksson og Lindstrøm (2008) er generelle motstandsressurser og sence of coherence (SOC) Antonovskys svar på spørsmålet om hva som skaper helse.

### 2.3.3 Generelle motstandsressurser

Mennesker innehar ulike indre og ytre motstandsressurser som gjør det lettere å møte livets

utfordringer (Lindstrøm & Eriksson, 2009). Motstandsressurser kan være materielle som eksempelvis god økonomi eller genetiske og psykologiske prosesser som sosial støtte, mestringsstrategier, kunnskap og selvtillit (Lindstrøm & Eriksson, 2005; Langeland, 2006; Malterud & Walseth, 2004). Uavhengig av hvilke ressurser man måtte inneha, er det essensielle at man er i stand til å ta i bruk disse for sitt eget beste og dermed utvikle bedre helse (Lindstrøm & Eriksson, 2009).

Sosial støtte, det at man tilhører et sosialt nettverk og opplever å bli satt pris på, er en viktig motstandsressurs (Stansfeld, 2006). Den sosiale støtten kan være følelsesmessig, bekreftende, informerende eller instrumentell (Dalgard, 2008). Emosjonell eller følelsesmessig støtte er den man får fra sine omgivelser, og som kan gi oss et bedre selvbilde og selvtillit (Stansfeld, 2006). Slik støtte kan være tillit, kjærlighet og omsorg (Dalgard, 2008). Bekreftende støtte er tilbakemeldinger i form av bekreftelser fra familie, venner, arbeidskollegaer og sosiale instanser (Dalgard, 2008). Videre er informerende støtte rådgivning, og anbefalinger som kan hjelpe den enkelte med problemløsning i forhold til sosiale og personlige utfordringer (Dalgard, 2008; Stansfeld, 2006). Til slutt er instrumentell støtte den mest konkrete form for støtte, og inkluderer økonomisk støtte og praktisk hjelp fra offentlige instanser eller omgangskrets (Dalgard, 2008). Sosial støtte vil i møte med utfordringer i livet, kunne virke som en buffer og dermed ha en positiv effekt på helse og velvære (Schwarzer, Knoll & Rieckmann, 2004). Den enkeltes ressurser vil gi ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet, som igjen er viktig for å kunne utvikle en følelse av sammenheng i tilværelsen (Antonovsky, 1987).

#### 2.3.4 Sence of coherence

Antonovsky (1987) hevdet at en viktig salutogen faktor er opplevelsen av verden som rimelig sammenhengende og forutsigbar, og kalte dette sence of coherence (SOC). Antonovsky (1979) mente at SOC ble dannet i barndom og tidlig voksen alder. Lindstrøm og Eriksson (2009) hevder at man, til tross for dette, i de senere år har funnet at SOC er en utviklingsprosess gjennom livet. Ved å øke folks oppmerksomhet, «empower» dem og oppmuntre til deltagelse i beslutninger med mening for den enkelte, kan SOC økes (Lindstrøm & Eriksson, 2009). Antonovsky (1984) aksepterte etterhvert at forandringer og utfordringer gjennom livsløpet kan endre en persons SOC. Videre hevder han at SOC dermed blir formet av tre typer livserfaringer; stabile livserfaringer, balanse mellom krav og evner og deltagelse i beslutninger av sosial betydning (Antonovsky, 1984).

SOC karakteriseres av komponentene forståelighet, håndterbarhet og mening (Antonovsky, 1987; Langeland, 2006). Antonovsky (1984) kom fram til disse komponentene i en studie av mennesker som hadde opplevd voldsom traume, men likevel opplevde mestring. Grunnlaget for hans teori om salutogenese ble dermed dannet, da han fant at felles for disse menneskene var en opplevelse av livet som forståelig, håndterbart og meningsfullt (Hanson, 2007). Forståelighet omfatter hvorvidt man innehar en forståelse for situasjonen man er i, og er avhengig av om man har fått tilstrekkelig informasjon og har en ordnet og strukturert tilværelse (Antonovsky, 1987; Heggdal, 2008). Håndterbarhet dreier seg om i hvilken grad man tror, og opplever, at ens egne og omgivelsenes ressurser er tilstrekkelige for å overvinne de krav man blir stillt, og at man ikke opplever livet som urettferdig (Antonovsky, 1987; Heggdal, 2008). Til slutt er mening hvorvidt selve livssituasjonen oppleves som meningsfull (Antonovsky, 1987). Denne komponenten forteller noe om hvorvidt man er villig til å ta utfordringer og er innstilt på å finne mening i dem. I følge Antonovsky (1987; Langeland, 2006) er dette den viktigste komponenten, og er av følelsesmessig betydning, avhengig av om man har ting i livet som engasjerer en. Har man noe i sitt liv av stor betydning og engasjement, kan dette føre til at man opplever tilværelsen som meningsfull. Dermed kan man også øke opplevelsen av forståelighet og håndterbarhet (Antonovsky, 1987, 1996). Disse komponentene er alle nødvendige for å oppleve verden som sammenhengende, men kan vektlegges forskjellig av ulike mennesker. Det som er viktig er at man har et eller flere områder i livet hvor de gjør seg gjeldende (Antonovsky, 1987). SOC reflekterer dermed menneskers syn på livet og deres evne til å overvinne stressorer de møter (Lindstrøm & Eriksson, 2005).

## **2.4 Tidligere forskning**

Som nevnt innledningsvis foreligger det lite forskning på sykemeldtes opplevelser av dialogmøtet, som er fokuset ved denne studien. Det foreligger imidlertid en brukerundersøkelse og et arbeidsnotat fra NAV i forhold til dialogmøter. Disse kan imidlertid ikke sees å være publisert, og vil dermed ikke tas i bruk som eksempler på tidligere forskning. Det er heller ikke funnet noe forskning på dialogmøtet, eller lignende tiltak, i andre land enn Norge. I løpet av tiden denne studien har pågått, har det likevel kommet en kvalitativ studie på sykemeldtes opplevelser av dialogmøtet. I tillegg finnes det tidligere forskning på hvordan det oppleves å være sykemeldt og hvordan en kan tilbakeføres i arbeid. Videre finnes det forskning knyttet til delmål 1 i IA avtalen om reduksjon i sykefraværet. Dette inkluderer, blant annet, en rapport på tiltak som fremmer sykefraværsoppfølgingen i forbindelse med «Raskere tilbake- ordningen». Videre er møtet mellom den sykemeldte og trygde- og helsevesen, og hvordan dette oppleves for

begge parter også blitt studert. I denne sammenheng finnes det forskning på hvordan en kan fremme ressurser og empowerment hos sykemeldte gjennom dialog. I det følgende vil det refereres til eksempler på studier som er gjort på hvert av disse områdene.

#### 2.4.1 Opplevelse av dialogmøtet

På oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet gjennomførte Andreassen (2009) en kvalitativ undersøkelse av personer som hadde deltatt på dialogmøtet i regi av NAV. Som tidligere nevnt, kom denne undersøkelsen etter denne studien ble initiert. Andreassen (2009) gjennomførte telefonintervju med 20 informanter som hadde hatt dialogmøtet i 2007, og som hadde deltatt i en spørreundersøkelse i 2008. Informantene ble spurt om hvordan de opplevde dialogmøtet, og om arbeidsgivers oppfølging i sykemeldingsperioden. Informantene hadde både positive og negative opplevelser av dialogmøtet. De som hadde en positiv opplevelse nevner at de ble lyttet til og møtt på en god måte. Andre formidler derimot at NAV-representanten var passiv og lite støttende. Noen mente at møtet bidro til en god løsning, mens andre mente de ville kommet frem til samme resultat uten dialogmøtet, og at de fikk nødvendig oppfølging fra sine arbeidsgivere. Andreassen (2009) hevder at NAV har forbedringspotensial blant annet i forhold til bedring av innkallingsrutiner, vurdering av om leger skal delta, og tydeligere klargjøring av NAVs rolle i dialogmøtene. I tillegg viste det seg et sterkt behov for NAV, i forhold til å forbedre sin tilgjengelighet i overfor brukere.

#### 2.4.2 Opplevelsen av å være sykemeldt

Vidman (2007) intervjuet langtidssykemeldte i Arvidsjaur kommune i Sverige til sin doktorgradsavhandling, da hun mente det var behov for kvalitative studier om de sykemeldtes egne opplevelser. Deltagerne ble rekruttert gjennom trygdesystemet og hadde vært sykemeldt mer enn ett år. Utvalget var på 17. Studiet viser de sykemeldtes egne erfaringer både med det å bli sykemeldt, å være det over lang tid, og også hvordan en opplever de tiltak en har mottatt for å komme tilbake i jobb, med hovedvekt på moral. De sykemeldte delte opplevelsen av en moralsk plikt til å gjøre sitt beste for å komme tilbake i arbeid, og å delta i tiltak selv om de ikke hadde noen tro på at de ville fungere. Det ble også rapportert en opplevelse av mistro; at samfunnet ikke så på dem som faktisk syke, noe som gjorde vondt verre. Avhandlingen konkluderer med at moral, arbeid og sykemelding er nært beslektet, og kan ha ulike konsekvenser. Moralske vurderinger kan føre til sykemeldinger, de kan få folk tilbake til jobb eller de kan være et hinder for å få dette til.

### 2.4.3 Tiltak for å redusere sykefravær

Sollund, Trygstad og Johansen (2004) undersøker betingelser for myndiggjøring av arbeidere innen kommunal pleie- og omsorgssektor. Sollund, Trygstad og Johansen (2004, s. 126-127) hevder at til tross for den klare sammenhengen mellom arbeidsmiljø og fravær som både norsk og internasjonal sykefraværskforskning viser til, er ikke denne sterk nok til å si at fravær kun skyldes dårlig arbeidsmiljø. Sollund, Trygstad og Johansen (2004) er av den oppfatning at myndiggjøring eller empowerment vil kunne bidra i positiv retning når det gjelder sykefravær. Tiltak som kan være «empowering» kan for eksempel være utprøving av ønsketurnus, ulike samtaleteknikker, og økt innflytelse over oppgaveløsning. Prosjektet har undersøkt hva forskjellige kommunale aktører legger i begrepet empowerment, og hvordan de benytter det i praksis. 12 kommuner ble fulgt, og det er samlet inn kvalitative og kvantitative data av ansatte på alle nivå. Sollund, Trygstad og Johansen (2004) finner at det er to typer arbeidstakere, den myndiggjorte og den umyndiggjorte. Den myndiggjorte viser til tilstrekkelig informasjon og kommunikasjon til å vite hva som kreves, og makter å utføre en god jobb. Den umyndiggjorte opplever manglende kommunikasjon, og en ledelse som ikke tar tak i negative forhold på arbeidsplassen. Sollund, Trygstad og Johansen (2004) konkluderer med at de viktigste punktene tilknyttet myndiggjøring, er tillit, trygghet, og trivsel. For å kunne gjennomføre endringsprosesser i organisasjoner må det være tillit på alle nivåer. Videre hevder de at tillit skaper forutsigbarhet som er en forutsetning for trygghet, og dersom både tillit og trygghet er etablert, vil trivsel bli en følge. En slik endringsprosess er krevende, men kan bidra til å minske en bedrifts sykefravær (Sollund, Trygstad & Johansen, 2004).

Videre gjennomførte Malterud, Mæland og Ursin (2010) en studie på oppdrag av Helsedirektoratet, der de undersøker forhold som kan fremme sykefraværsoppfølging, med særlig fokus på tiltakene i «Raskere tilbake- ordningen». Data ble innsamlet gjennom fire gruppeintervjuer med 33 deltagere, hvorav sykmeldere, langtidssykmeldte arbeidstakere, arbeidsgivere og NAV-ansatte var representert. Resultatene viser, blant annet, at det jevnt over ikke er rom for gradert sykemelding, og at befolkningens og arbeidsgiveres oppfatning ofte er at man enten er syk eller frisk, noe som gjør et samarbeid mellom partene vanskelig. I tillegg viser det seg et behov for en lettere tilgjengelig oversikt over tilbud og tiltak, og en vesentlig innskrekning av byråkratiske prosedyrer og papirarbeid. Malterud, Mæland og Ursin (2010) hevder at nåværende dialogrutiner bør justeres, ved å ha dialogmøte 2 på et tidligere tidspunkt<sup>4</sup> og ved å stille strengere krav til kontakt mellom arbeidsgiver og arbeidstaker tiddlig i

---

4 Noe som er implementert i den nye IA- avtalen 2010-2013 (NAV, 2010).

fraværsperioden. Det viser seg at det ofte er vanskelig å få i gang en dialog, og da særlig med sykemelder (lege, kiropraktor). Det viser seg at disse ofte ikke er tilstede ved dialogmøte 2. I tillegg oppfordrer Malterud, Mæland og Ursin (2010) til mer tilgjengelighet og stabilitet i NAV-systemet, noe som kan forhindre at bruker får en budbringerrolle uten nærmere oppfølging. Studiens informanter består av tre sykemeldte fordelt på de fire gruppene, noe som satt dem i en minoritetsposisjon. Malterud, Mæland og Ursin (2010) hevder derfor at dataene ikke er egnet å uttale seg om hvordan sykemeldte arbeidstakere opplever sykefraværsoppfølging. Til slutt stiller de seg ulike spørsmål til videre forskning. Her er særlig spørsmålet som gjelder under hvilke betingelser tidlige dialoger mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, sykemelder og NAV kan bidra til å redusere videre sykefravær aktuelt i forhold til denne studien.

#### 2.4.4 Fremme empowerment og ressurser gjennom dialog

Müssner, Svensson, Söderberg og Alexanderson (2007) gjorde en kvalitativ undersøkelse hvor de ønsket å komme fram til hvorvidt en positiv opplevelse av møtet med trygde- og helsevesen er fordelaktig for tilbakekomst i jobb. 11 dybdeintervju med langtidssykemeldte ble utført, og det ble identifisert fem kvaliteter ved møtene av særlig relevans. Disse var å bli behandlet med respekt, å føle støtte, å etablere et personlig forhold, å oppfatte krav som velbalanserte og å delta i avgjørelser angående rehabilitering. Flere av dem som ble intervjuet presiserte også at de trodde at et positivt møte kunne muliggjøre tilbakekomst i jobb. Müssner et al. (2007) etterlyser mer forskning som kan utdype hvordan et møte mellom sykemeldte og trygde- og helsevesen kan fremme empowerment og selvtillit hos sykemeldte, og dermed utvikle profesjonelle strategier som kan øke tilbakekomst i jobb.

En annen studie av O'Brien, Cadbury, Rollnick og Wood (2008) tar for seg hvordan sykemeldte opplever konsultasjonen med sin lege, og hvordan sykemeldingspraksisen eventuelt kan forbedres. Bakgrunnen for denne studien var at det tidligere kun har vært fokusert på hvordan legene opplever sykemeldingspraksisen. 12 fastleger og 19 sykemeldte ble intervjuet. Resultatene viste at de fleste som oppsøkte sin lege ikke kom for å få sykemelding, men ville ha råd og veiledning om sin tilstand, arbeidsmuligheter og tilrettelegging. De fleste følte at legen ikke hadde informasjon om dette, noe som ledet til økt redsel. Studien konkluderer med at leger som skriver ut sykemelding uten å diskutere videre muligheter og ressurser ikke gir pasienten det de ønsker.

Videre tok Medin, Bendtsen og Ekberg (2003) utgangspunkt i en gruppe kvinner som etter medisinsk behandling og rehabilitering fortsatt var sykemeldt. Bakgrunnen for studien var å se om løsningsorientert rehabilitering ville ha effekt på helsesfremmende prosesser blant langtidssykemeldte. Kvinnene ble sammensatt i en gruppe og fikk utdelt en vignett som ble utgangspunktet for diskusjon. Målet var endring, å få de sykemeldte til å se bort fra sykdommen, ta kontroll over den og fremme egne ressurser. Resultatene viste at denne metoden for rehabilitering fremmet de sykemeldtes indre ressurser som selvtillit, i tillegg til eksterne ressurser som sosial støtte. To år etter var fire av syv kvinner tilbake i jobb. Studien konkluderer med at løsningsorientert rehabilitering satte igang en helsefremmende prosess, og at man burde fokusere på andre aspekter av den sykemeldtes individuelle muligheter og ressurser enn kun de rent medisinske.

Malterud og Hollnagel (1999) utførte et kasstudie, som benytter elementer av en salutogen tankegang. De viser hvordan en «empowering» dialog, under en legekonsultasjon kan endre holdninger. Studien tar utgangspunkt i en samtale mellom en kvinnelig pasient og hennes almenlege. Istedenfor en problembasert tilnærming, la legen vekt på, og fikk kvinnen til å fokusere på sine «strong points» eller ressurser, noe som skulle føre til en opplevelse av empowerment. Studiet kan ikke konkludere med at kvinnen følte seg «empowered», da konsultasjonen bare utgjorde en liten del av hennes sosiale liv. Viktigere er likevel effekten på legen, som gjennom å utfordre tradisjonelle metoder og motarbeide «disempowering» praksis, endret sin oppfatning av pasienten. Fra å se henne som passiv og ressurssvak, ble hun sterk og aktiv, tross for sin smerte.

Til slutt presenteres en studie av Lindstøm og Eriksson (2009), hvor de ved hjelp av en case study, integrerer salutogenese og Ottawa Charterets prinsipper i en teoretisk modell<sup>5</sup>. Modellen viser en balanse mellom risikofaktorer og ressurser (salutogene faktorer), og kan være nyttig i forskning og praksis, for å skape helsefremmende politikk (healthy public policy [HPP]) på en salutogen måte. Studiet er ikke relatert til sykemeldte, men viser likevel hvordan prinsippene for helsefremmende arbeid og teorien om salutogenese kan bidra til løsningsorienterte endringer for bedre helse. Lindstøm og Eriksson (2009) stiller spørsmål om 1) hva som må til for å gjøre HPP til en salutogen prosess, og 2) hvordan HPP kan gjøres begripelig, håndterbar og meningsfull for alle involverte. De kritiserer HPP for å konsentrere seg om helsesektoren, og mener HPP må bli tverrfaglig og sammenhengende, med fokus på «empowering» miljø der befolkningen kan

---

5 A process oriented coherent health promotion research model (Lindstøm & Eriksson, 2009).



identifisere egne ressurser. Case studyet utgjør et anonymt europeisk land med store utfordringer etter oppløsningen av Sovjettunionen, hvor ulike nøkkelpersoner ble intervjuet. Lindstøm og Erikssons (2009) modell kan benyttes på alle nivåer. Denne studien tok imidlertid for seg macroøkonomisk nivå, og man ble overrasket over hvor lett det var å løse ulike ressurs- og økonomiske problemer. Modellen ga umiddelbar salutogen problemløsning fordi man tenkte utenfor tradisjonelle politiske rammer. Resultatet ble ulike løsninger, som avskaffelse av militæret for å frigjøre ressurser, og oppstart av økologisk jordbruk og miljøvennlig offentlig kollektivtrafikk for å bedre økonomi og miljø. Løsningene førte til en høyere SOC og bedre helse blandt befolkningen.

### **3.0 Problemstilling og forskningsspørsmål**

På bakgrunn av teori og tidligere forskning, vil denne studien ta for seg følgende overordnede problemstilling;

- **Hvordan opplever sykemeldte dialogmøte 2 etter seks måneders sykemelding?**

For å kunne svare på denne problemstillingen vil det være aktuelt å svare på følgende forskningsspørsmål:

- **Opplevde informantene at det ble lagt til rette for en deltagende dialog på dialogmøtet?**

Med dette menes hvorvidt informantene opplevde at de var aktive deltagere på møtet. Var møtet en dialogarena, hvor deres ønsker og muligheter ble lyttet til, og tatt til følge?

- **Hva opplevde informantene var i fokus på dialogmøtet?**

Med dette menes å undersøke om informantene opplevde at dialogmøtet hovedsaklig fokuserte på muligheter eller begrensinger, og hvorvidt møtet var løsningsorientert. Dette vil også inkludere de faktorer informantene selv mente var avgjørende for hvordan de opplevde dialogmøtet, uavhengig av hvordan selve opplevelsen var. Det vil dermed undersøkes om informantene opplevde et fokus på salutogene (helsefremmende) faktorer eller patogene (risiko) faktorer på dialogmøtet.

- **Opplevde informantene at dialogmøtet bidro til å fremme empowerment?**

I denne sammenheng vil det undersøkes om informantene opplever å ha medbestemmelse eller innflytelse over beslutninger angående sin egen situasjon. I tillegg søkes det her en forståelse for om informantene opplevde at dialogmøtet hadde noen påvirkning på opplevelsen av å være sykemeldt og mulighetene for å komme tilbake i arbeid eller annen aktivitet.

- **Opplever informantene å ha motstandsressurser som hjelper dem å takle situasjonen som sykemeldt, og bidro dialogmøtet til å gjøre dem klar over disse?**

Det vil her undersøkes hvordan de sykemeldte opplever sin situasjon, og om de eventuelt opplever å ha spesielle egenskaper eller ressurser tilgjengelig som hjelper dem i hverdagen.

## **4.0 Metode**

### **4.1 Forskningsdesign**

Valg av forskningsdesign og metode bestemmes som en følge av studiens hensikt og problemstilling. Avhengig av valget, kan en undersøke ulike sider ved et fenomen (Dalland, 1993; Green & Thorogood, 2009; Hansen, 2006; Kvale, 1997; Malterud, 2003). I følge Green og Thorogood (2009) er forskningsdesign «*the what, how and why of data production*», og inkluderer type studie og metoden for datainnsamling.

#### 4.1.1 Eksplorerende design

Det foreligger lite kunnskap om hvordan sykemeldte opplever dialogmøtet etter seks måneders sykemelding, og det er dermed valgt et eksplorerende eller utforskende design for denne studien. Dette anvendes dersom man har relativt liten kunnskap på problemområdet, og ønsker å skaffe seg forståelse for, og innsikt i, et tema (Green & Thorogood, 2009; Hansen, 2006; Kvale, 1997; Malterud, 2003). I følge Patton (1990, 2002) har eksplorerende design en åpen tilnærming hvor hensikten er å forstå, ikke å forklare. Designet har ikke definerte hypoteser, men man kan eventuelt skape ideer til videre forskning på området (Patton, 1990, 2002). Dette samsvarer med forskningssprosjektets hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål, da disse går i dybden og søker detaljer og nyanser der det tidligere ikke finnes. I tillegg søkes det en forståelse for informantenes opplevelser av dialogmøtet.

Videre har studiet et induktivt design, hvor man, i følge Malterud (2003, s. 172) går fra det spesielle til det generelle, og ønsker å si noe på et allment nivå utfra enkelttilfellene som undersøkes. Ved en induktiv tilnærming får en nærhet til fenomenet eller enhetene som undersøkes, noe som bidrar til et holistisk perspektiv (Hansen, 2006). En slik tilnærming kan dermed gi en økt forståelse for hvordan sykemeldte opplever dialogmøtet. Et induktivt design går fra empiri til teori, og er med andre ord datastyrt (Malterud, 2003, s.172). Med en slik nedenfra og opp tilnærming, vil datamaterialet kunne brukes til å definere kategorier og begreper som kan gi ny innsikt. Disse kan så trekkes opp mot relevant teori på området og dermed gi forskningsbaserte svar. I følge Malterud (2003) trenger ikke en induktiv tilnærming nødvendigvis å sikte mot teoriutvikling. I denne studien har det derimot blitt viet oppmerksomhet mot å ikke bli for teoristyrt under tolkningen av datamaterialet.

#### 4.1.2 Valg av Metode

Dette forskningsprosjektet søker svar på hvordan et lite utvalg sykemeldte opplever dialogmøtet i regi av NAV. Det søkes forståelse for informantenes subjektive opplevelser av sin livssituasjon som sykemeldt, og selve dialogmøtet etter seks måneders sykemelding. På bakgrunn av hensikt og problemstilling, var det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming. Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 1993, s. 22). Metoden går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet, og å formidle forståelse for de fenomen som undersøkes (Dalland, 1993; Green & Thorogood, 2009; Malterud, 2003). Når man studerer et nytt og uutforsket område, kan det komme fram mangfold og nyanser som ikke tidligere har vært kjent (Malterud, 2003). Da den sykemeldtes opplevelser av dialogmøtet er et forskningsområde som ikke er viet særlig oppmerksomhet tidligere, vil man kunne anta at dette er tilfellet også her. Som tidligere nevnt, er hensikten med denne studien å utforske den sykemeldtes erfaringer og opplevelser av dialogmøtet. I følge Green og Thorogood (2009) undersøker man dermed saken fra de involvertes perspektiv, noe som kan resultere i en ny innsikt og forståelse for emnet. Inkludering av dem som har opplevd dialogmøtet på kroppen, står også i sammenheng med det helsefremmende perspektivet som danner studiens teoretiske bakteppe.

Ved å velge en kvalitativ tilnærming, ble det mulig å lytte til de involvertes egne beskrivelser, og på denne måten bidra med ny kunnskap på området, noe som eventuelt også kan bidra til tilpasning og utbedring av tilbudet. Det er ikke dermed sagt at resultatene vil gjelde for alle, men kvalitative data kan gi en pekepinn på hvordan dem det gjelder, de sykemeldte, opplever dialogmøtet.

### 4.1.3 Kvalitativt forskningsintervju

I følge Repstad (2007) kan kvalitative intervjuer gi oss en innsikt i menneskers handlinger og meninger. Metoden for datainnsamling brukt i denne studien er det halvstrukturerte livsverdenintervjuet, som i følge Kvale (1997) er en bestemt form av det kvalitative forskningsintervju. Kvale (1997, s.21) definerer det som «*et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomen*». Dette synes å være en egnet metode for å skaffe kunnskap om studiens problemstilling. Gjennom samtale med informantene kom det fram beskrivelser av deres hverdag, deres opplevelser av å være sykemeldt og av dialogmøtenes gjennomførelse og betydning.

På linje med kvalitativ litteratur (Green & Thorogood, 2009; Hansen, 2006; Kvale, 1997; Malterud, 2003) ble det utformet en intervjuguide med forhånsbestemte tema og spørsmål i stikkordsform, åpne for modifikasjon etterhvert som nye tema dukket opp (Vedlegg 1). Til tross for at det kvalitative forskningsintervju er en samtale, hvor informantenes beskrivelser blir lyttet til, er det vesentlig å påpeke at det skal være en faglig konversasjon. I følge Kvale (1997, s. 21) skal intervjuet ha en viss struktur og hensikt, noe det ble lagt til rette for med en halvstrukturert intervjuguide. Videre er det viktig å reflektere over at intervjuet ikke er en likeverdig konversasjon, men at ens mål som forsker skal være i fokus (Kvale, 1997). Det var vanskelig å finne en balansegang, hvor intervjuguidens tema stod i fokus samtidig som informanten skulle snakke fritt. Under gjennomførelsen av et kvalitativt forskningsintervju, er det viktig å respektere informantenes ståsted, være åpen for nye fenomener, følge opp med nye spørsmål og være bevisst egne forutinntatte meninger (Green & Thorogood, 2009; Hansen, 2006; Kvale, 1997; Malterud, 2003). Dette ble det reflektert over og tatt hensyn til under intervjuene i denne studien.

På grunnlag av den sykemeldtes krav til anonymitet og studiens problemstilling, ble ikke andre metoder for datainnsamling, slik som fokusgrupper eller observasjon, vurdert som aktuelle.

## **4.2. Utvalg og utvelgelse**

I følge Malterud (2003) skal utvalget settes sammen slik at man har mulighet for å skaffe nødvendige data til å svare på studiens problemstilling. Denne studien var i utgangspunktet

siktet mot å finne ut hvordan sykemeldte etter 12 ukers sykemelding opplevde det første dialogmøtet med arbeidsgiver. Det viste seg imidlertid vanskelig å skaffe informanter til en slik problemstilling. Etter å ha kontaktet ulike større arbeidsplasser, ble det klart at majoriteten ikke gjennomførte slike møter med sine ansatte, uavhengig av om de var en IA- bedrift eller ikke. Det ble dermed nødvendig å endre problemstilling, og fokusere på dialogmøtet i regi av NAV.

Det ble gjort et tilfeldig utvalg av sykemeldte som hadde hatt dialogmøte 2 i regi av NAV. To lokale NAV kontor ble kontaktet, og var behjelpelig med rekruttering av informanter. Det ble sendt ut ferdigfrankerte informasjonsskriv (Vedlegg 2) for tilbakesendelse til dem som hadde deltatt på dialogmøtet de siste fem månedene. Responsen var imidlertid liten, og man fortsatte dermed å dele ut informasjonsskriv fortløpende, etterhvert som møtene ble holdt. Det ble sendt ut tyve invitasjoner fra hvert kontor. Etter purrerunder, ble resultatet et tilgjengelighetsutvalg bestående av syv informanter, noe som viste seg å være en håndterbar datamengde for denne type studie. I henhold til kvalitativ litteratur (Malterud, 2003; Polit & Beck, 2008) bør man velge informanter til man ser at metning i data er nådd, eller det ikke kommer opp ny kunnskap. De siste intervjuene produserte ikke ny kunnskap, og det meldte seg heller ikke flere informanter. Det er ikke dermed sagt at en har klart å fange opplevelsene til den gjennomsnittlige sykemeldte, men det var likevel tilstrekkelig data til å kunne svare på problemstillingen. På linje med Malterud (2003, s. 66) var datamaterialet også tilstrekkelig til å komme med nye, og selvstendige, beskrivelser og begreper.

Inklusjonskriteriene i denne studien favnet bredt, og inkluderte alle som hadde deltatt på dialogmøtet ved de to kontorene, og dermed vært sykemeldt i minst seks måneder. Alle NAV kontor i Bergen kommune ble forespurt, og to av kontorene sa seg villige til å sende ut informasjonsskriv.

Eksklusjonskriteriene begrenset seg til at møtet skulle være gjennomført i løpet av de siste fem månedene. Dermed ble det sikret for at informantene hadde opplevelsen av møtet noenlunde friskt i minne. Det var ikke ønskelig å ekskludere ytterligere, da det ikke var aktuelt å begrense utvalget til bestemte diagnoser, kjønn eller yrker. Dette hadde også sammenheng med de initiale utfordringene i rekrutteringsprosessen. Det sees i ettertid at det kunne vært ønskelig å dele informantene i IA- ikke IA bedrifter, da det kunne være interessant å se om det kunne finnes eventuelle forskjeller på disse.

### 4.3. Innsamling av datamaterialet

Ved et eksplorativt design, er hensikten med datainnsamlingen å skaffe seg et kvalitativt overblikk over situasjonen, og man ønsker forståelse og innsikt (Green & Thorogood, 2009; Hansen, 2006). Dette kan oppnås ved å benytte det kvalitative forskningsintervju, noe som har blitt gjort i denne studien.

Tid og sted for intervju ble avtalt over telefon, etter informert samtykke (Vedlegg 2) var mottatt fra den enkelte informant. Intervjuene ble gjennomført på et nøytralt kontor, for dermed å sørge for at informantene kunne snakke fritt og uforstyrret. Hvert intervju varte ca. en time. Intervjuet startet med informasjon om hva som skulle skje, om konfidensialitet og om bruk av opptaker. Det ble brukt en digital opptaker under intervjuene, for å være sikker på å fange opp det som ble sagt. Dette var tilsynelatende ikke et forstyrrende element under intervjuene. I tillegg ble det forsøkt å skape et tillitsforhold tidlig i intervjuprosessen. I følge Kvale (1997, s. 73) legger man dermed tilrette for en åpen dialog med informantene, hvor de kan snakke fritt om følelser og opplevelser. Intervjuene ble avsluttet med en oppsummering av informantenes uttalelser og informasjon om hva dataene ville bli brukt til. En slik «debriefing» kan ofte hindre at informanten forlater intervjuet med bekymring over å ha fortalt sine personlige følelser (Kvale, 1997). Det viste seg at denne debriefingen ble en kilde til ny informasjon. Informantene åpnet seg, og kom med nye betroelser omkring de tema som hadde blitt diskutert.

Innsamling av data ble foretatt ved hjelp av et halvstrukturert intervju, og det ble derfor, på linje med Kvale (1997) utarbeidet en intervjuguide arrangert etter grove emner og forslag til spørsmål. Det ble dermed forsøkt å skape en balanse mellom struktur og fleksibilitet, hvor ikke alle intervju spørsmålene var satt på forhånd. Emnene ble tematisert etter studiens hensikt og helsefremmende synsvinkel, samtidig som det ble lagt vekt på ikke å bli for teoristyrte i utformingen av spørsmålene. Intervjuguiden bestod av fire hovedtema og tilhørende underspørsmål. Det ble imidlertid tatt hensyn til at ikke spørsmålene skulle ha en vitenskapelig sjargong, og det ble lagt til spørsmål som kunne skape en positiv dialog. I følge Kvale (1997, s.77) er intervju spørsmålene da arrangert etter en tematisk og en dynamisk dimensjon. En slik intervjuguide førte til at informantene kunne komme med sine egne beretninger, og forsker kunne følge opp med spørsmål der det var nødvendig. I tillegg ble det, på forhånd, gjennomført to pilotintervju hvor det ble prøvd ut hvordan spørsmålstillingen i intervjuguiden fungerte.

Forskningsintervjuet som metode var nytt og uprøvd, men ved å følge de overnevnte

retningslinjene, ble det lagt til rette for produksjon av forskningsbasert data.

#### **4.4 Analyse av datamaterialet**

Analyseprosessen går ut på å redusere, organisere, forenkle og tydeliggjøre datamaterialet (Green & Thorogood, 2009; Hansen, 2006; Kvale, 1997; Malterud, 2003). Ved å veksle mellom helhet og deler av intervjuene, ble det under analysen, forsøkt å få fram meningen og essensen i det informantene fortalte. Kvale (1997) hevder at analysen starter før data er transkribert, og på linje med dette, ble det foretatt tolkninger av meningen bak uttalelser allerede under intervjuene. I følge Kvale (1997, s.122) er dette nyttig, da en kan søke umiddelbar bekreftelse eller avkreftelse fra informantene. Transkribering av lydopptakene til skriftlig form ble foretatt umiddelbart etter intervjuene var gjennomført, for dermed å sikre non- verbal kommunikasjon som kroppsspåk. På linje med Kvale (1997) inneholdt transkriberingen også elementer av tolkning, da overflødige ord som virket mer forstyrrende enn meningsbringende ble fjernet. Arbeidet resulterte i omtrent hundre sider data, klar for videre analyse.

##### 4.4.1 Ad hoc meningsgenerering

Den kvalitative litteraturen viser til ulike former for intervjuanalyse (Green & Thorogood, 2009; Hansen, 2006; Kvale, 1997; Malterud, 2003; Patton, 2002). Denne studien har benyttet det Kvale (1997) betegner som ad hoc meningsgenerering. Dette er en eklektisk metode, hvor man kan få fram sammenhenger og strukturer gjennom et samspill av ulike teknikker (Kvale, 1997, s.126). Under dataanalysen, ble det brukt elementer fra meningsfortetning, meningskategorisering og meningstolkning. For å få en følelse av helheten, startet analysen med å lytte og lese gjennom intervjuene gjentatte ganger. Deretter ble informantenes uttalelser samlet under de ulike temaene i intervjuguiden ved hjelp av enkel klippe og lime teknikk. På denne måten ble det skaffet bedre oversikt og struktur over datamaterialet. Likevel var datamaterialet fortsatt stort og u håndterlig.

På linje med (Kvale, 1997) ble det derfor foretatt en meningsfortetning, noe som forkortet informantenes uttalelser og gjorde formuleringene mer konsise. Det dannet seg naturlige meningsenheter i materialet, og i henhold til Kvale (1997) kunne hovedtemaene for den enkelte enhet uttrykkes utfra disse. Under dette arbeidet ble den teoretiske referanserammen lagt vekk, og temaene ble forsøkt ordnet utfra informantenes synsvinkel.

Datamaterialet var nå vesentlig mindre, og arrangert etter de tema informantene selv så som viktig for opplevelsen av dialogmøtet. Neste trinn i analysen ble meningskategorisering, hvor

temaene ble ytterligere ordnet i kategorier (Tabell 1, vedlegg 3). I følge Kvale (1997) kan kategoriene hentes fra teori eller fra informantens eget ordforråd. Det ble valgt å la informantenes uttalelser bestemme kategoriene, samtidig som det var viktig å være bevisst på den teoretiske referanserammen i forhold til hvilke kategorier det var aktuelt å gå videre med. Under dette arbeidet ble det dannet en oversikt over hvor mange informanter som befant seg innenfor de ulike kategoriene. Ved å gå fram og tilbake i datamaterialet og kategoriene, ble det laget en oversikt over informantene og deres forventninger til, og utfall av, dialogmøtet (Tabell 2, vedlegg 4).

Datamaterialet var nå organisert etter tema og kategorier som sprang ut fra informantenes uttalelser. Likevel var det ønskelig å gå videre å analysere meningen med det som ble sagt, og det ble derfor benyttet elementer av det Kvale (1997) omtaler som meningstolkning. På bakgrunn av studiens perspektiv og teoretiske referanseramme, og på linje med Kvale (1997), ble det utarbeidet meningsrelasjoner som ikke var umiddelbart synlig i teksten. På denne måten oppstod nye sammenhenger i materialet som kunne omstruktureres, slik at det ble en sterkere sammenheng med studiens hensikt og problemstilling.

#### **4.5 Verifisering**

Verifisering vil si å vurdere en studies validitet, reliabilitet og generaliserbarhet, og bør være sikret i alle trinn i forskningsprosessen, fra begynnelse til slutt (Kvale, 1997). For at leser skal kunne bedømme om studien er verifiserbar, må blant annet forskers forforståelse, metode for innsamling av data og eventuelle begrensinger i metodevalg illustreres. Et kvalitativt studie vil produsere data gjennom en interaktiv prosess mellom informant og forsker, og vil derfor kunne gi ett bilde av virkeligheten heller enn en universell sannhet (Hansen, 2006). Som forsker i kvalitative metoder må man, i analyse og presentasjon av data, være tro mot informantenes utsagn. Det er deres versjon som skal presenteres, og ikke forskers egen.

En studies validitet er avhengig av om en undersøker det en sier en skal undersøke eller ikke (Kvale, 1996; Malterud, 2003). Resultatene må altså være gyldige eller relevante for studiens problemstilling, og valg av forskningsdesign må føre til at en finner fram til de data en hadde forutsatt (Hansen, 2006). Denne studiens forskningsdesign er gjort rede for under punkt 4.1. Videre skiller man mellom intern og ekstern validitet (Malterud, 2003). Intern validitet sier noe om resultatenes gyldighet for det utvalget og fenomenet som undersøkes (Malterud, 2003).



Under gjennomførelsen av pilotintervjuene i denne studien ble spørsmålsstillingen prøvd ut, og det ble bekreftet at de var forståelige og ga svar innen studiens hensikt og problemstilling. Under forskningsintervjuene ble det, ved å stille åpne spørsmål og avklare forskers rolle som uavhengig fra NAV, tilrettelagt for at informantene kunne snakke fritt. I tillegg ble intervjuene transkribert i muntlig form umiddelbart etter de var gjennomført, noe som også sikret den interne validiteten.

Ekstern validitet sier noe om i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner (Hansen, 2006; Malterud, 2003). Som tidligere nevnt vil ikke resultatene nødvendigvis gjelde for alle sykemeldte, da et induktivt design som dette gjerne har få enheter som undersøkes. I tillegg handler det her om utvalgets subjektive opplevelser, noe som er avhengig av ulike variabler som personlige preferanser og NAV-representantene som holdt dialogmøtet. Resultatene kan imidlertid sette lys på erfaringer rundt dialogmøtet som ikke tidligere har vært kjent, noe som kan benyttes ved eventuelle utbedringer av møtene. I tillegg kan resultatene ha betydning for videre forskning på området.

Reliabilitet omhandler metoden for innsamling og bearbeiding av datamaterialet, og hvor pålitelig og representativ den er. En studies reliabilitet er avhengig av i hvilken grad studien kan etterprøves, eller gir samme resultat ved gjentatt bruk (Green & Thorogood, 2009; Hansen, 2006). Leser skal kunne «ta på seg forskerens briller», og oppdage de samme fenomen og begreper i den aktuelle og lignende situasjoner (Green & Thorogood, 2009; Hansen, 2006). For å sikre reliabiliteten i denne studien, har det blitt gitt informasjon om forskers rolle og hvilke metoder som er brukt for innsamling og analyse av data. Gjennomførelsen av pilotintervjuene gjorde forsker mer komfortabel med intervjusituasjonen og skapte refleksjon over situasjonen som intervjuer, noe som styrker reliabiliteten. I tillegg ble det benyttet opptaker for å bevare informantes svar så nøyaktig som mulig. Det var kun en forsker som foretok transkribering av intervjuene, noe som kan ha svekket påliteligheten. På den annen side endte hvert intervju med en oppsummering som ble bekreftet av informantene, og hvert intervju ble transkribert rett etter det var avsluttet. Dette har bidratt til å øke reliabiliteten.

En studies generaliserbarhet handler om i hvilken grad resultatene kan utvides til andre sammenhenger eller en større del av populasjonen (Green & Thorogood, 2009). I en kvalitativ studie som dette, er ikke dette nødvendigvis mulig eller ønskelig. Da studien er basert på et tilgjengelighetsutvalg, lar ikke resultatene seg generalisere til den samlede populasjonen sykemeldte. Man kan i dette tilfellet også stille spørsmål ved om det er en bestemt type

sykemeldte som ønsker deltagelse i en slik undersøkelse, noe som vil minske generaliserbarheten. Dette er det imidlertid ikke tatt stilling til i denne studien. I tillegg tar heller ikke studien stilling til kvaliteter ved NAV- representantene som er involvert. I følge Malterud (2003) er det dermed bedre å bruke begrepet overførbarhet, som i større grad viser at det finnes begrensinger for hvor resultatene kan gjøres gjeldende. En studies overførbarhet er avhengig av at resultatene gir mening utover seg selv (Malterud, 2003, s. 64). Dette er tilfellet for denne studien, da sykemeldtes opplevelser av dialogmøtet er et relativt utforsket felt, og studiens resultater vil kunne bidra med ny kunnskap på området. Dette kan sammenlignes med det Green og Thorogood (2009, s. 225) kaller «conceptual generalizability», hvor det essensielle blir å finne ut hvordan noen få opplever fenomenet som undersøkes, og ikke nødvendigvis hele populasjonen. Dialogmøter er ikke tidligere knyttet opp mot overnevnte teori, noe som kan gi ny kunnskap på området, og kanskje bidra til å utvikle nye retningslinjer for gjennomførelsen av møtene. Resultatene kan også gi grunnlag for å utarbeide hypoteser som en kvantitativ undersøkelse vil kunne verifisere eller falsifisere.

Videre nevner Kvale (1997) tre former for generaliserbarhet; naturalistisk, statistisk og analytisk. Denne studien viser til naturalistisk generaliserbarhet, som i følge Kvale (1997, s. 161) er basert på personlige erfaringer, og tar utgangspunkt i taus eller eksplisitt kunnskap om hvordan ting henger sammen. Den fører til forventninger om kommende hendelser, heller enn formelle forutsigelser. Dette kan overføres til denne studien, som sier noe om hvordan sykemeldte *kan* oppleve dialogmøtet, ikke hvordan alle nødvendigvis gjør det.

#### **4.6 Rollen som forsker**

Forskerens ståsted, faglige interesser og personlige erfaringer påvirker gjennomførelsen og utfallet av en studie. Spørsmålet er ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan (Malterud, 2003). Ved kvalitative metoder har forsker en nærhet til det man forsker på gjennom samhandling, og man blir et instrument som fanger opp data (Dalland, 1993). Samtidig er det et mål at resultatene skal reflektere informantenes meninger og erfaringer, og man må derfor kunne distansere seg fra, og stille seg på utsiden av materialet (Malterud, 2003, s.44). Det er derfor viktig å reflektere over og synliggjøre denne prosessen.

Studiet er preget av at forsker selv har erfart å være langtidssykemeldt, og denne erfaringen har

skapt et spesielt engasjement for emnet. Det er derfor blitt viet ekstra oppmerksomhet på egen forforståelse. I tillegg er intervjuguide og teknikker diskutert og korrigert i henhold til råd fra veiledere. Dermed har forsker, på linje med Malterud (2003) unngått å hevde egne meninger og heller vært en talsperson for informantene. Forskers engasjement og verdier, som sykepleier, har også preget det helsefremmende perspektivet som utgjør studiens teoretiske vinkling.

Å ha kjennskap til målgruppen, gjorde det lettere å stille relevante spørsmål, og skapte en mulighet til forståelse og innlevelse i informantenes situasjon. På den annen side, kan dette ha ført til at forsker, i noen tilfeller, muligens ikke hørte det som egentlig ble sagt. Ved å ha denne erfaringen med inn i tolkningen av datamaterialet, kan enkelte vinklinger ha blitt utelatt. Likevel ved refleksjon over overnevnte punkter, gjennom hele prosessen, vil det kunne påstås at informantenes stemme har blitt ivaretatt.

#### **4.7 Ethiske aspekter**

Tre viktige etiske regler for forskning på mennesker er; informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Kvale, 1997). NAV var behjelpelig med å sende ut informasjonsskriv til aktuelle deltakere om prosjektes mål, omfang og betydning. På linje med Kvale (1997) ble det samtidig informert om at deltagelse i prosjektet var frivillig og at informantene kunne trekke seg når som helst i prosessen. De som ønsket å delta ga sitt informerte samtykke, ved å underskrive og returnere skrevet. Først da ble det klart hvem som kunne kontaktes.

Neste punkt er konfidensialitet, som i følge Kvale (1997) innebærer at ikke personlige data som kan avsløre informantenes identitet kan offentliggjøres. Informantene vil derfor anonymiseres med tall. I tillegg er alle data oppbevart innelåst og de vil bli slettet etter endt studie.

Til slutt må en vurdere konsekvensene ved et studie (Kvale, 1997). Intervjuene kan gi rom for å sette ord på, og tenke gjennom, forhold ved det å være sykemeldt, som tidligere ikke har vært synliggjort. Dette kan være styrkende, men kan også innebære en påkjenning for informantene, noe som må tas hensyn til og informeres om. Likevel må man i et forskningsintervju ikke unngå tema som kan være ømtålige (Repstad, 2007). Det ble funnet en slik balansegang under studiens intervjuer. I følge Malterud (2003) er ansvaret forsker har for å skape en god situasjon som tar vare på informantene, særlig viktig. Som en generell regel, kan en si at det bør siktes mot et positivt utfall for informantene. Dette ble ivaretatt i denne studien, da informasjon om

dialogmøter er etterlengtet. I tillegg ga informantene tilbakemeldig på at de følte seg lettere til sinns etter intervjuet. De hevdet at det var godt å sette ord på følelsene sine til en utenforstående.

Ved all forskning på mennesker, skal det søkes godkjenning fra Regional Etisk Komite for Medisinsk Forskning (REK) (Malterud, 2003; Repstad, 2007). Denne studien ble godkjent av REK (Vedlegg 5), og det ble dermed vurdert som unødvendig å søke godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.

## **5.0 Resultater**

Resultatene er systematisert under kategorier som utkrystaliserte seg i analysen, og er presentert i tabell 1 (Vedlegg 3). Deler av informantenes uttalelser, uten relevans for sammenhengen, er utelatt og erstattet med ... i teksten. Av hensyn til informantenes anonymitet er deres sitat merket med nummer.

### **5.1 Forventninger til dialogmøtet**

Informantene hadde ulike forventninger til, og opplevelser av, dialogmøtet. Dette var delvis preget av hvordan de så på sin egen situasjon, men også hvordan de ble møtt før og på selve møtet.

#### 5.1.1 Innkallelse til møtet.

Fire av syv informanter ble innkalt til dialogmøtet ved seks måneders sykemelding. Majoriteten hadde, på tidspunkt for møtet, allerede en klar handlingsplan med arbeidsgiver. De ble likevel, til tross for tydelig presisering av dets unødvendighet, innkalt til dialogmøtet. I samtlige tilfeller ble det konstantert at løsningene allerede forelå, og inkallingen ble bortforklart med at man ikke hadde ressurser til å sette seg inn i de ulike saker på forhånd;

*«møtet med NAV var helt unødvendig, men det måtte de tydeligvis ha inn med teskje for å forstå, men hun unnskyldte seg og kom med en veldig plausibel forklaring med at det er jo ikke alle som snakker sammen.... men det er jo egentlig misbruk av tid fra alles side, og det bør gjerne komme fram.» (5)*

En av de som ble innkalt til dialogmøtet ved 6 mnd sykemelding, syntes møtet kom for tidlig.

Informanten oppfattet muligheten for å komme tilbake i samme jobb som stor, og fikk derfor ikke noe ut av møtet på det tidspunktet det ble holdt. Hun så i ettertid at dette var urealistisk og en tydelig indikasjon på at hun ikke håndterte situasjonen. Informanten mener det kunne vært gjort mer på dialogmøtet for å hjelpe henne å forstå situasjonen bedre og dermed hindre en fortsatt sykemelding nå fem måneder etter.

*«Jeg tenkte at jeg har jo jobb, altså hvorfor bruke tid på meg? Mens det er gjerne andre som ikke har jobb ... men selvfølgelig, jeg hadde jo ikke noe imot det, for all del, men jeg trodde jo jeg skulle tilbake i jobben. ...det kunne de kanskje tatt tak i » (4)*

Da intervjuet av denne informanten ble holdt hadde det gått ytterligere fire måneder uten at helsetilstanden var bedret seg, og vedkommende visste at året for sykemeldingspenger snart var over, og at en løsning var nødvendig.

*«Men så har jo dette bare fortsatt og fortsatt, og blitt verre, og nå bekymrer jeg meg mer... nå begynner det å haste» (4)*

Informanten uttalte at det kanskje hadde vært mer gunstig å ha et dialogmøte nå når muligheten for å komme tilbake til sin gamle jobb virket mer usikker.

### 5.1.2 Forventninger.

Ikke alle så på møtet som unødvendig. Derimot var det flere som hadde store forventninger og konkrete ønsker for tiltak. Dette gjaldt for de resterende tre informanter som selv tok kontakt for å få igang et dialogmøte ved henholdsvis syv og ti måneders sykemelding. Disse informantene tenkte forøvrig ikke noe videre over at de selv måtte ta kontakt. De ville få fortløp i saken, og hadde hørt fra andre at de burde ha et dialogmøte.

*«Jeg fikk ikke noen innkallelse fra dem i det hele tatt, og tok selv kontakt med NAV. De visste ikke hvorfor jeg ikke hadde blitt kalt inn, de sa det var en glipp» (2)*

*«jeg var ganske spent, og hadde jo egentlig ganske store forventninger til det møtet, satt klar med alle ønsker og kursplan og alt det jeg kunne tenke meg» (1)*

I ettertid sitter flere av informantene igjen med en oppfatning av at en må være ressurssterk for å få igjennom det en har krav på. Dette gjelder også for dialogmøtet, som i utgangspunktet er obligatorisk for alle sykemeldte;

*«Når vi hadde det dialogmøte 2, da hadde jeg vært sykemeldt i ti måneder, og det kalte jeg selv inn til, for jeg hørte ikke noe før det, og hadde igrunnen ventet på det. Forventningene var store. Men det er litt avhengig av de som er syk da føler jeg, i forhold til systemet... du bør være ressurssterk for å få det du har krav på i mange tilfeller» (3)*

Til tross for store forventninger, og for enkelte konkrete ønsker, opplevde de fleste informantene at det ikke kom så mye konstruktivt ut av møtet. Det var vanskelig å få i gang en dialog og å komme fram til gode løsninger. Dette kunne enten være fordi arbeidsgiver ikke var villige til å tilby løsninger, eller fordi det ikke var mulig å komme med noen konkrete løsninger der og da, hverken fra arbeidsgiver eller NAV sin side

*«...også var det liksom å kartlegge hva jeg kunne og ikke kunne, men så var det liksom stopp der. Da hadde jeg egentlig forventet at de kunne si; ja da skal vi søke deg inn på det kurset, men det var ikke snakk om på det møtet... det var bare å kartlegge de forskjellige synspunktene på saken» (4)*

*«det var jo trivelige folk, men det virket ikke som de hadde satt seg så veldig godt inn i saken da...de virket ikke så veldig forberedt sånn sett....det virket ikke som hun hadde en plan heller, det var mest for å vite hvordan situasjon var, og det hadde jeg jo allerede sagt på telefonen» (3)*

## **5.2 Faktorer som preget opplevelsen av dialogmøtet**

Det kom tydelig fram av resultatene at informantene hadde ulike opplevelser av å være sykemeldt og av tiden før dialogmøtet, noe som preget deres opplevelser av selve dialogmøtet. Tilgang til informasjon og ressurser, tilbudte løsninger og holdningene de ble møtt med, var noen av faktorene de selv mente preget opplevelsen de hadde av møtet.

### 5.2.1 Tilgang til informasjon.

Informantene mener at en forståelse for egen situasjon og en opplevelse av struktur i hverdagen, var viktig for å kunne mestre og komme ut av den. De hevder at tilgang på informasjon om rettigheter og plikter som sykemeldt er en viktig ressurs for å oppnå dette. Informantene har ulike oppfatninger av i hvilken grad de har mottatt informasjon. Dette gjenspeiler seg i hvordan de opplever situasjonen. Noen av informantene hevdet å ha fått liten, eller ingen, relevant informasjon i løpet av sykemeldingsperioden eller på selve dialogmøtet, og at dette var noe de savnet. De opplevde å ha vanskelig for å få grep om situasjonen og satt med mange ubesvarte spørsmål om hva som skulle skje videre. De følte løsningene ble tvunget på dem og dette begrenset forståelsen for, og opplevelsen av, mestring i situasjonen.

På den annen side, var det noen av informantene som nevnte at de ikke hadde fått så mye informasjon hverken før eller på dialogmøtet, men at det heller ikke var nødvendig. De hadde arbeidsgivere som hjalp dem, og hadde kommet fram til løsninger på forhånd. Det ble hevdet at velvilje fra arbeidsgiver var viktig. Et tett samarbeid og forståelse fra arbeidsgiver gjorde det lettere å utarbeide en fornuftig handlingsplan, noe som igjen gjorde situasjonen som sykemeldt lettere håndterbar.

*«Har vel ikke fått så mye informasjon akkurat, men jeg føler vel ikke at jeg har mistet noe som jeg har krav på, jeg kjenner jo til de rettighetene og jeg ville ha brukt de og, hvis jeg hadde trodd at det ikke var mulig å ordne på det arbeidsforholdet jeg hadde. NAV har jeg ikke merket så mye til men vi har jo ikke signalisert at det har vært et behov heller» (5)*

For disse informantene var det ikke noe nytt som kom fram på dialogmøtet. De opplevde situasjonen som forståelig og tilværelsen som strukturert. Handlingsplanen med arbeidsgiver var klar og presis og fullt overkommelig. På tidspunkt for intervjuet var de mer eller mindre tilbake i jobb.

Kun en av informantene opplevde å få tilstrekkelig informasjon på dialogmøtet, noe som var etterlengtet da den skriftlige informasjon som var tilgjengelig var vanskelig å forstå.

*«jeg hadde fått en del brosjyrer og informasjon, men det stoffet var vanskelig å lese og forstå...altså man kommer jo egentlig bort fra det offentlige ordforråd... man kan prøve å legge det i litt mer i forståelige baner sånn at folk flest kan forstå meningen med det og*

*er det spørsmål så burde det bare være å ta kontakt med NAV ...det er jo sånn med alle offentlige etater, det er jo så kronglete skrevet at man må jo ha studert det nesten for å skjønne det...» (1)*

### 5.2.2 Egne ressurser

Informantene mener at det er lagt opp til at den sykemeldte selv må ta fatt i egen situasjon. De hevder at det ofte er vanskelig, som sykemeldt, å finne overskudd til å få en grundig forståelse for situasjonen, og diverse regler og paragrafer. Noen av informantene opplevde at dialogmøtet gjorde dem mer forvirret enn det faktisk hjalp dem å finne en vei ut av situasjonen. Disse følte at egne ressurser til å kreve sin rett ikke strakk til, og at de dermed måtte godta de løsninger som ble lagt fram, uavhengig av om de selv så på dem som gode. På den annen side, hevder flere av informantene selv å være ressurssterk og har da, ifølge dem selv, lett for å kreve sine rettigheter. De hevder dermed å oppleve situasjonen som forståelig.

*«jeg føler gjerne at jeg har lett for å få flere rettigheter, men det handler vel gjerne litt om at jeg tilhører den gruppen som lett får mer enn andre, ja, er ressurssterk og kan bruke systemet... så jeg ser ikke på det at jeg ligger under noen, det er heller andre veien...men det er en fulltidsjobb å kreve sine rettigheter» (6)*

Likevel hevdes det at dialogmøtet i liten grad bidro til en slik forståelighet eller forutsigbarhet i situasjonen som sykemeldt. For disse informantene kom møtet for sent, da de allerede hadde funnet metoder for mestring. De hadde enten tatt i bruk egne eller omgivelsenes ressurser, og mente de taklet de krav de stod overfor. Egen evne til å se det positive i situasjonen og kreve sine rettigheter hevdes å være avgjørende.

*«jeg har på en måte bare kjørt mitt eget løp hele veien opp mot arbeidsgiver...altså jeg har jo brutt mange av tidsfristene jeg har satt meg selv, men så tenker jeg ok, jeg hadde i allefall en frist, nå klarte jeg ikke den men jeg setter alltid en ny frist, også jobber jeg mot den. I begynnelsen så var det jo nederlag å ikke klare det, men så blir du jo dreven i det, aksepterer det og lærer deg å se det positive i det at du går framover og mestrer å være sykemeldt» (7)*

### 5.2.3 Sykemeldende behandler

De fleste informantene hevder at sykemeldende behandler ikke var tilstede under dialogmøtet.



For dem som hadde utarbeidet klare og gunstige handlingsplaner med arbeidsgiver var heller ikke dette nødvendig. De hevdet å ha snakket med legen sin om unødvendigheten av deres tilstedeværelse. På den annen side, var det flere som savnet at legen var tilstede på dialogmøtet. Disse informantene mente at dersom legen hadde vært tilstede, kunne han eller hun presentert deres muligheter der NAV-representantene eller arbeidsgiver ikke evnet å se dem. En av informantene hevdet å ha god kontakt med legen sin, og legekonsultasjonene hadde fungert som et positivt innslag i tilværelsen som sykemeldt, noe som også hadde bidratt til at situasjonen var lettere å håndtere:

*«hver gang det var time til lege var det som et lite highlight...men ellers var det jo lite å ta seg til... likevel hjalp samtalene meg å mestre situasjonen tror jeg» (2)*

En annen informant hevder at det faktum at legen uteble på dialogmøtet, var ugunstig i forhold til at fokuset ble rettet mot hennes begrensinger. Hun klarte ikke å fremme sine egne muligheter og ble møtt med motstand på egne forslag.

*«selv om legen min og jeg hadde snakket om at det fantes andre muligheter, er ikke det så lett når han ikke var der... de andre på møtet var så opptatt av det jeg ikke kunne gjøre lenger... jeg klarte ikke å få fram mine ressurser...da kunne jeg ønske legen var der» (3)*

Det ensidige fokuset på begrensinger framfor muligheter, førte til at hun opplevde det som vanskelig å håndtere situasjonen, både på dialogmøtet men også i etterkant av det.

#### 5.2.4 Mangel på tid til å akseptere situasjonen

Flere av informantene nevnte at de opplevde det som vanskelig å håndtere situasjonen som sykemeldt. Disse nevner at prosessen fra man blir syk til man er tilbake i aktivitet er lang og vanskelig, og mener tidlig aksept av sykdommen er viktig for å kunne håndtere situasjonen og ha mulighet til å komme tilbake i arbeid. Dette gjelder både egen aksept men også den fra omgangskrets og samfunnet ellers. Flere hadde vanskeligheter med å erkjenne at de var syk og mente selv dette førte til at de kom sent igang med å finne mulige løsninger for å håndtere situasjonen. Det blir nevnt at å leve i fornektelse og med urimelige krav til å komme tilbake i arbeid gjorde at man ikke var i stand til å mestre situasjonen.

I tillegg satt flere med opplevelsen av at NAV og arbeidsgiver forventet at de skulle komme i

aktivitet hurtigst mulig, og at det ikke ble gitt nok rom for egen mestring av situasjonen som syk. Samtlige informanter hadde et sterkt ønske om å komme tilbake i arbeid, men forventningen om at dette skulle skje hurtigst mulig ble en stressfaktor. De savnet tid til å håndtere situasjonen og få grep om det å være syk og hvilke muligheter de hadde. Det blir nevnt at kravet om å komme tidlig tilbake i jobb ofte kan slå feil ut. Det kan bli et nederlag dersom en starter for tidlig og blir syk igjen.

*«jeg synes det har vært tøft å være syk, fordi at jeg føler NAV forventer at vi skal komme forttest mulig tilbake igjen i jobb og at det er målet deres og jeg husker når jeg ble satt til å begynne i jobb en viss prosent..det gikk ikke lang tid før det ikke gikk lenger..jeg følte at hele verden raste sammen for jeg kunne ikke fatte og begripe hvorfor det var så viktig å få meg forttest mulig tilbake igjen i jobb.. jeg ville jo bli frisk, det var jo liksom målet mitt» (4)*

#### 5.2.5 For lite fokus på ressurser

Det er flere av informantene som nevner at dialogmøtet skulle hatt mer fokus på hvilke ressurser de sykemeldte sitter inne med, og at de skal bli frisk, heller enn på at de nødvendigvis skal tilbake i arbeid hurtigst mulig. De opplevde et fokus, både før og etter dialogmøtet, som i sterk grad var preget av den enkeltes begrensinger framfor muligheter. Samtlige informanter rapporterte et sterkt ønske om å finne løsninger slik at de kunne mestre og komme ut av situasjonen som sykemeldt. Som nevnt tidligere, nevner flere av informantene at det var viktig for dem å komme fram til gode løsninger sammen med arbeidsgiver. Det å ha en klar handlingsplan gjorde hverdagen strukturert og meningsfull. De hadde et fast holdepunkt og de så en vei ut av situasjonen. Dialogmøtet bidro ikke noe ytterligere til denne opplevelsen.

Det var flere som hadde sterke ønsker om å finne løsninger, uten å lykkes. De hadde håpet å få hjelp på dialogmøtet, men ble skuffet over resultatet. De ble møtt med motstand, enten fra arbeidsgiver eller representantene fra NAV, og det ble framlagt løsninger på dialogmøtet som de selv ikke var enig i. Dette førte til at de opplevde situasjonen som meningsløs, og de så ingen vei ut av den. Motivasjonen ble svekket når de ble møtt med motstand på ulike forslag til tiltak.

*«...fram til dialogmøtet begynte det å gå bra og jeg holdt jo på å bygge meg opp mentalt og fysisk, følte at jeg hadde så lyst å gjøre noe mer og håpet på løsninger...Var jo også så spent på dette dialogmøtet...i det minste å komme inn på noe kurs eller sånt... men det*

*var jeg jo for gammel til... motivasjonen daler jo sakte, men sikkert med tiden» (2)*

Informanten i neste sitat hadde en klar målsetning for dialogmøtet, som var å finne en aktivitet hvor hun kunne hjelpe andre. Hun trodde dette kunne ha en positiv påvirkning på hennes egen situasjon, og bidra til en mer meningsfull hverdag. Men hun ble møtt med motstand. Hun forsøkte å legge fram hvilke ressurser hun faktisk satt inne med, men isteden ble det fokusert på hennes begrensinger.

*«Jeg hadde så lyst å begynne på et aldershjem, men nei det var nå så tungt det kunne jeg nå ikke prøve på. Det var uaktuelt. Så jeg følte meg jo helt dum. Men det er jo mye jeg kunne gjort på et sykehjem da...og jeg tror det ville vært positivt for meg» (3)*

En av informantene fikk beskjed på dialogmøtet at eneste løsning fra arbeidsgivers side var oppsigelse. Hun sier det var som ett «*hammerslag som slo ut all mening i tilværelsen*»(1). Likevel ble situasjonen snudd til noe positivt da arbeidsgiver forlot møtet. Sammen med representanten fra NAV kom informanten fram til en løsning som hun var fornøyd med, og som hun hevder var med å gjenopprette en form for mening og forutsigbarhet i situasjonen som sykemeldt. Det var endelig noen som så hennes muligheter framfor begrensinger;

*«jeg var helt lamslått og følte alt håp var ute....også satt jeg med saksbehandler en liten stund etter at arbeidsgiver hadde gått, og da sa jeg at dette var ikke noen hyggelig beskjed. Og da var det oppmuntring fra hans side til min sak og til meg som person...så det gikk jo i balanse der for å si det sånn. Vi fant et kurs og jeg skal begynne neste uke» (1)*

#### 5.2.6 Møtt som diagnose

Opplevelsen av å bli møtt som diagnose framfor individ stod sterkt hos flere av informantene. Informantene savnet å bli sett som person med sine særegne ressurser, og ønsket ikke å identifiseres med dem som delte samme diagnose. De opplevde automatisk å bli tilegnet enkelte forutbestemte kvaliteter straks diagnosen ble kjent, uavhengig av om dette var tilfelle for den enkelte.

*«De var så fokusert på diagnosen min, og at jeg ikke kunne gjøre jobben min da...og at de ikke hadde noe annet å sette meg til.» (2)*

De fleste informantene opplevde å bli sett på som en sak som skulle løses, og ikke en person med individuelle behov for hjelp og veiledning.

*«jeg føler at NAV ser et papir og ikke personen bak det...du blir på en måte plassert i en gruppe og sånn behandler vi gruppen, det blir på en måte ikke individualisert...» (3)*

Flere av informantene opplevde et negativt fokus på sykemeldte. De følte at de var et problem som var vanskelig å løse, og at de selv måtte kreve sine rettigheter, noe de fleste syntes var vanskelig. Informantene mente dette kunne være med å begrense deres egen forståelse for situasjonen og dermed også muligheten til å komme ut av den.

*«det hjalp jo på situasjonen at jeg fikk litt mer informasjon om rettigheter og sånne ting men ...altså det inntrykket jeg fikk når jeg leste disse brevene, det går med på at sykemeldinger er på en måte et problem framfor en hjelp, og istedenfor å kanskje tenke hvordan få folk friske, så virker det nesten som det handler om å få dem ut av sykemeldingen, og det kan skape dårlig selvfølelse eller en skyldfølelse, og da kan man kanskje stenge seg inne og da forstår man iallefall ikke situasjonen» (2)*

Det negative fokuset på sykemeldte i samfunnet ble en faktor som medvirket til at situasjonen opplevdes som et nederlag for noen av informantene, og de følte det var vanskelig å snakke åpent om situasjonen.

### 5.2.7 Fraværende dialog

Opplevelsen av dialogmøtet som et kartleggingsmøte gikk igjen blant flere av informantene. Samtlige informanter uttaler at det som kom fram på møtet stort sett var en bekreftelse av det de visste fra før. Enten det var arbeidsgiver som trakk seg helt ut og ikke hadde mulighet til å finne alternative arbeidsoppgaver, eller NAV som ikke hadde noen løsniger eller råd, nevner flere at de ikke opplevde noen dialog på dialogmøtet;

*«..og noen dialog kan jeg ikke si jeg har hatt på det møtet, de hørte jo ikke på meg.. og jeg har ikke snakket med noen av dem etterpå heller» (2)*

Som nevnt tidligere, viser informantene stor skuffelse over at det ikke kom en mer konkret løsning ut av møtet, og dette var med på å gjøre opplevelsen negativ. De hadde forventet et mer

løsningsorientert møte, og følte at deres ønsker fra oppfølgingsplanen ikke ble tatt hensyn til. De opplevde et fokus på begrensinger rundt sykdom og diagnose, framfor fokus på løsninger og muligheter. Informantene ytret et klart ønske og håp om å komme i arbeid og aktivitet, men følte at dette ikke ble tatt hensyn til på møtet. Dialogen var som sagt fraværende, og de opplevde at møtet dreide seg om å stadfeste deres begrensinger mer enn å finne positive løsninger. Fokuset på begrensinger førte til at flere forlot møtet med en opplevelse av å være mer syk enn de var på forhånd. En av dem hadde et klart ønske om omskolering som hun mente var gunstig og kunne føre til økt livskvalitet. Forslaget ble avslått med begrunnelse i at det var umulig med hennes helsetilstand. Informanten var ikke enig i dette.

To av informantene legger til at de fikk mer eller mindre beskjed om at de var for gamle, enda de har flere år igjen i arbeidslivet. Det var ikke mulig å tilrettelegge noe for dem på arbeidsplassen, og de fikk beskjed om at omskolering og attføring heller ikke var noe alternativ. Løsningen ble 50 % uføretrygd for begge. De hadde følgende opplevelser av møtet;

*«trodde det skulle bli en dialog men det ble det ikke, og ikke noen løsning som jeg likte.. de var så opptatt av at jeg var så gammel nå at jeg burde søke halv uførepensjon, for hvis jeg skulle begynne på omskolering og attføring, så var jeg godt over 60 før jeg var ferdig...Kan ikke si jeg opplevde å bli lyttet til i det hele tatt, følte jeg var for gammel til det meste. Det fikk jeg inntrykk av... med de plagene jeg har så regnet de med at det ikke var håp... møtet var helt bak mål spør du meg» (3)*

*«jeg følte ikke at det kom noen løsning ut av møtet nei, kom like dum ut igjen som jeg kom inn... jeg følte ikke at de var interessert i å få meg i jobb igjen» (2)*

En av informantene opplevde at arbeidsgiver trakk seg helt ut av situasjonen og fraskrev seg alt ansvar;

*«...men arbeidsgiver var veldig tydelig... konklusjonen var at når sykepengne mine går over etter ett år, da ble jeg oppsagt... det kom som et sjokk, det var en knytteneve i magen» (1)*

Likevel var det denne informanten som opplevde møtet som mest positivt og konstruktivt. Etter denne beskjeden fra arbeidsgiver gikk NAV- representanten inn og tok over ansvaret.

Informanten ble møtt med forståelse og fokuset ble snudd fra begrensninger til muligheter. De jobbet sammen for å finne ut hvilke tiltak som kunne bidra til å få henne tilbake i aktivitet. Gjennom dialog med informanten, NAV og fastlege, kom man fram til en løsning. Det ble dannet en konkret plan i form av et kurs vedkommende kunne starte på uken etter.

*«... fokus ble endret... jeg følte meg plutselig ivaretatt, og som jeg var hovedpersonen, og ikke noe lover og regler og du vil ikke...fastlegen var jo også med på det møtet og understreket at jeg ikke kunne holde på med det yrket jeg holdt på med før, men at jeg ellers var fullt arbeidsdyktig, og det var også NAV veldig positiv til, og de spurte hva vil du, hva ønsker du og hvordan kan vi hjelpe deg? Det var plutselig fokus på hva jeg kunne og ikke hva jeg ikke kunne, og det var fantastisk» (1)*

### **5.3 Motstandsressurser**

Informantene viser til ulike motstandsressurser som i variende grad har hjulpet dem å takle situasjonen som sykemeldt både før og etter dialogmøtet. Sosial støtte, kunnskap og selvtillit blir nevnt som de viktigste motstandsressursene.

#### 5.3.1 Sosial støtte.

Samtlige informanter hevdet at det var viktig å bli verdsatt og å ha et sosialt nettverk for å kunne takle situasjonen som sykemeldt. For enkelte var det også viktig å opprettholde kontakten med arbeidsplassen, og disse trodde dialogmøtet ville bidra til å skape dialog mellom partene for dem som ikke hadde kontakt med arbeidsgiver

*«Det var viktig for meg å ha kontakt med jobben, og det tror jeg de og syntes... hvis man tenker på det med å gå sykemeldt og holde en kontakt, så har jo det og med forholdene internt på den arbeidsplassen du er...vi har et veldig trivelig miljø...men jeg kan tenke meg at dersom en ikke trives eller hvis det er ett eller annet med arbeidsplassen eller arbeidsgiver eller noe sånt som gjør at man ikke vil være der, så vil jo kanskje dialogmøtet hjelpe, det hjelper jo ikke å trekke seg unna» (5)*

Flere av dem som hadde lite kontakt med arbeidsgiver, nevnte at de så på dialogmøtet som en vei ut av den rimelig isolerte tilværelsen som sykemeldt. De så fram mot møtet og håpet på å komme

ut av situasjonen.

*«Problemet er jo egentlig at man blir så lenge sittende alene, man blir så firkantet... eller får en ramme rundt seg, man klarer ikke se utenfor og danner seg sin egen mening og tenker sånn skal det være. Og jo lenger man går sykemeldt jo verre blir det og vanskeligere å komme seg ut av sirkelen igjen...og da tenkte jeg på en måte det at dette møtet ville være positivt fordi at man kommer i en dialog, både med arbeidsgiver og med NAV, for å prøve å finne løsninger.» (2)*

Det viste seg imidlertid at en relasjon til arbeidsgiver ikke ble bygget for noen av informantene. Likevel ble møtet snudd i en positiv retning for en av informantene. Da arbeidsgiver trakk seg ut, ble en god og produktiv dialog skapt mellom informanten og representanten fra NAV. Sosial omgang med venner og familie viser seg dermed å være en viktigere støtte for informantene enn den fra arbeidsplassen eller den dialogmøtet viste seg å være. Flere av dem nevnte hvor viktig det var for dem å finne støtte i omgangskretsen og ulike tiltak for å hindre isolasjon.

*«En mister helt lysten selv, og det blir farlig å bare sitte inne, men jeg klarer å finne gleden og energien til å gjøre andre ting, og det tror jeg har vært alfa omega... jeg har hund og vi går lange turer... jeg har stor omgangskrets også, så det er ikke noe problem. Jeg er heldig sånn.» (2)*

To av informantene nevner også at utbetaling av sykepenger var viktig i denne perioden, da det ikke hadde vært mulig å ha et sosialt nettverk uten denne støtten. Informantene bodde langt unna omgangskrets og arbeidsplass, og var bekymret for resultatet dersom denne støtten ikke hadde vært tilgjengelig.

*«Uten de pengene vi får hadde jeg jo ikke kunne gjort noe, og da hadde jeg jo blitt totalt isolert tror jeg. Da kunne jo kanskje depresjon bli et nytt problem» (3)*

### 5.3.2 Kunnskap og selvtillit.

Informantene nevner også kunnskap og selvtillit som en viktig ressurs for å kunne mestre hverdagen. Som nevnt tidligere, hevder flere av informantene at for å ha mulighet til å mestre situasjonen, har det vært viktig å skaffe seg kunnskap om egen sykdom og systemet rundt NAV. I tillegg ble det presisert hvor viktig det er med oppgaver man har forutsetning for og kompetanse

til å mestre. Ved å kreve dette tror de selv at de har klart å beholde arbeidsforholdet.

*«Så jeg satt meg skikkelig inn i saken og krevde min rett og det tror jeg alle har tjent på.. dersom man får arbeidsoppgaver man kan håndtere så opplever man mestring, og hvis man derimot møter veggen hele tiden så blir det jo bare en vond sirkel og man detter sammen» (6)*

Nesten samtlige informanter stiller seg imidlertid tvilende til om dialogmøtet bidro til å heve deres kunnskapsnivå eller selvtillit.

*«det har det nok ikke, men det er jo fordi at jeg er veldig bevisst selv på hva jeg vil og er veldig målrettet, så uavhengig av hva NAV hadde sagt der så hadde jeg liksom kjørt mitt løp. For mitt mål er jo å bli 100% arbeidsfør, det er jo NAV sitt mål og selvsagt, men den som vet best hvordan jeg skal klare det tror jeg er meg» (7)*

Kun en av informantene opplevde å få økt selvtillit og kunnskap etter dialogmøtet, da hun fikk tilbud om et kurs og kom seg ut i aktivitet. Likevel presiserte hun at det hadde vært ønskelig å få denne opplevelsen noe tidligere i sykemeldingsforløpet.

*«Det var fantastisk å få det kurset. Nå ser jeg også at jeg duger til noe annet. Og den opplevelsen kunne kanskje være grei å få med seg litt tidligere i prosessen..Når kroppen er såpass frisk igjen at man kunne gjort noe annet... Da hadde situasjonen kanskje vært lettere.» (1)*

På den annen side, var det ikke alle informantene som opplevde å inneha motstandsressurser, hverken før eller etter dialogmøtet. Disse opplevde lav selvtillit og stor grad av isolasjon før møtet, noe som kun ble forsterket i ettertid, da møtet resulterte i løsninger de selv ikke så som gode alternativ.

*«....det er jo litt bittert å innse at de ikke kan finne noe jeg kan klare...og det var jo det jeg håpte at disse møtene kunne bidra til, men det kom jo ingen løsninger, de hadde ikke noen hjelp... tenk så bra det hadde vært å finne noe som jeg kunne mestre ..men jeg følte meg bare enda dummere etterpå» (2)*



*«Å ha et nettverk ville kanskje ha hjulpet på saken, at det å være sykemeldt ikke ble fullt så tøft, men jeg satt jo stort sett hjemme og ventet, og motivasjonen og energien gikk jo nesten i null og møtet med NAV trodde jeg skulle være et highlight, men det var ikke den hjelpen jeg ønsket å få... er jo klar over at det er jeg som må gjøre de tingene med å ta kontakt... Men kunne jo tenke meg litt mer hjelp... men det fikk jeg ikke» (3)*

## **5.4 Medbestemmelse og innflytelse over egen situasjon**

Informantene opplever varierende grad av medbestemmelse eller innflytelse over egen situasjon som sykemeldt, både før og på selve dialogmøtet. Det viser seg at kontroll over beslutninger, ansvar for egen situasjon, grad av selvbevissthet og deltagelse er faktorer informantene selv mener virker inn.

### 5.4.1 Kontroll over beslutninger og ansvar for egen situasjon.

Informantene som på forhånd hadde kommet fram til løsninger i samarbeid med arbeidsgiver, og dermed så på dialogmøtet som unødvendig, uttalte å ha kontroll og medbestemmelse i beslutninger. De opplevde å ha stor innflytelse over egen situasjon. Dialogmøtet påvirket ikke dette noe ytterligere, men de trodde likevel møtet kunne være en fordel for dem som ikke hadde en like god dialog med arbeidsgiver og som ikke var vant til å treffe beslutninger på egenhånd.

*«jeg har kontrollen og jeg har foreslått hvordan de kan legge det tilrette, men det har jo mye med personen å gjøre, ja at man er vant med å gripe fatt i ting, men hvis man ikke er det, så kan jo et sånt møte være bra, så blir man på en måte tvunget til å å ta fatt i det» (5)*

*«...da tenker jeg at hvis man blir tvunget til å sette seg ned å snakke med arbeidsgiver, og få igang en dialog, så kanskje det fører til at man får den følelsen som jeg har, at jeg har kontroll og jeg bestemmer, og det tror jeg er veldig bra for alle sykemeldte» (7)*

På den annen side, var det noen av informantene som satt med en opplevelse av at de ble tvunget til å ta for mange beslutninger på egen hånd. De syntes det var vanskelig å få grep om situasjonen og savnet personlig rådgivning underveis i prosessen som kunne lette følelsen av å sitte alene med ansvaret. De hadde håpet på konstruktive og detaljerte råd til hvordan de kunne komme ut av situasjonen. Derimot ble dialogmøtet for dem kun en bekreftelse på at situasjonen

var håpløs, og at det var opp til dem selv å komme ut av den.

*«..på den samtalen var det så mye som var vanskelig som jeg ikke forstår skulle være vanskelig. Så hvis man hadde klart å snu den biten...jeg kunne personlig tenkt meg litt mer praktisk hjelp.... når jeg får spørsmål som; hva tror du at du kunne gjort, hvordan vil du finne ut av det... de lempet liksom ansvar over til meg igjen...jeg føler at jeg må finne fram til ting på egenhånd... og jeg føler dette blir for mye» (2)*

Denne opplevelsen av å sitte alene med ansvaret for utfallet av egen situasjon, førte til at flere informanter følte seg maktesløse. De fikk ikke den motivasjonen eller hjelpen de ønsket for å kunne ta tak i situasjonen og komme tilbake i aktivitet, noe som førte til at de ga opp. Det endte dermed med en ansvarsfraskrivelse fra alle parter.

*«nei, jeg føler ikke akkurat at jeg har så voldsomt ansvar når de som skal hjelpe deg ikke vet hva de skal gjøre en gang... så det tok rett og slett litt luften av meg... nei det virker som om at når du er passert 50 så kan du bare bli uføretrygdet, for da er det ikke så lenge igjen.. det tok helt motet fra meg» (3)*

På den annen side var det en av informantene som opplevde at dialogmøtet endret hennes situasjon til det positive. Før møtet følte hun at beslutningene og ansvaret hadde lagt hos andre, men møtet ga henne motivasjon og lyst til selv å ta over kontrollen. Til tross for at arbeidsgiver trakk seg ut, opplevde hun at representanten fra NAV tok seg tid til å lytte, og møtte henne med respekt og interesse for hennes ønsker og muligheter.

#### 5.4.2 Selvbevissthet.

Flere av informantene nevner at selvbevissthet overfor situasjon og sykdom er viktig for å oppleve mestring og ha innflytelse over utfallet. De hevder at det har vært viktig å være seg selv bevisst sine ressurser og sterke sider, både i forhold til arbeid og fritid. En slik bevissthet gjorde det lettere for dem å komme ut av situasjonen.

*«bevissthet overfor min egen situasjon har vært en grunn til at jeg har kommet relativt raskt tilbake igjen i forhold til sykdommen jeg har hatt...jeg har brukt veldig mye tid på å analysere min egen situasjon og sykdom og jeg har brukt mye tid på å lage meg en framdriftsplan og hatt veldig fokus på hva jeg måtte gjøre for å bli bra igjen fort, og vært*

*veldig tydelig overfor arbeidsgiver på hva jeg mener har vært nødvendig for at jeg skal nå det målet» (7)*

Kun en av informantene opplevde at selve dialogmøtet førte til økt selvbevissthet. Informanten hevder at det var NAV- representantens tilnærming, og oppfordring til å ha et mer positivt fokus som gjorde henne oppmerksom på andre sider ved seg selv og sin situasjon.

*«måten hun stilte spørsmål på gjorde at jeg fikk fokuset på en helt annen plass, fra å gå rundt å tenke på at du er syk og ikke duger og sånn som krever veldig mye energi, til det å føle på at dette kunne jeg klare det var en veldig god følelse... da har du på en måte kommet et steg nærmere målet tenker jeg... jeg følte plutselig at jeg hadde overskudd til å ta styringen selv, det var deilig, og gjorde meg bevisst på at jeg duger til noe » (1)*

#### 5.4.3 Deltagelse.

Informantene knytter opplevelsen av deltagelse på dialogmøtet, i stor grad opp mot hvorvidt det var lagt opp til en dialog på møtet. Til tross for at dette er resultater som også er presentert tidligere (5.2.7), anses dette som viktig å få fram også her. Dette da deres opplevelser av møtet som deltagende kan si noe om hvorvidt de opplever medbestemmelse og innflytelse over egen situasjon.

Informantene knytter altså selv deltagelse opp mot kvaliteten av dialogen på møtet. Utfra dette opplevde informantene liten grad av deltagelse på dialogmøtet, tvert imot hevder de fleste at de var mottakere i samtalen. Informantene savnet en toveiskommunikasjon, og følte det var vanskelig å bli hørt og å delta aktivt i en dialog. Få fikk være med å definere sine behov og muligheter og følte mye av fokuset var på å definere begrensinger og å finne hurtige løsninger. Det ble hevdet at deltagelse på et dialogmøte burde bety mer enn bare å stille opp og fortelle hvordan sakens tilstand var. Dette gjaldt både dem som allerede hadde utarbeidet gunstige løsninger og dem som hadde behov for en deltagende dialog hvor gunstige løsninger kunne utarbeides. De følte de var en sak som ingen hadde satt seg inn i på forhånd.

Informantene som allerede hadde løsninger, var klar på at inkallingsrutiner og tilgjengelighet fra NAV sin side burde bedres. De følte at de forgjeves hadde forsøkt å formidle at dialogmøtet var unødvendig bruk av ressurser, og at rammene for en monolog framfor en dialog ble lagt allerede her. Andre ble påtvunget løsninger de ikke var fornøyd med og opplevde å ikke bli hørt på sine

ønsker. De følte at møtet kun var en gjentakelse av tidligere forsøk på kommunikasjon som nok engang ikke førte fram.

*«det med deltagelse på dialogmøtet var håpløst... at jeg måtte begynne forfra igjen, og fortelle alt på nytt.. Til slutt maktet jeg nesten ikke mer. Tenkte det må jo gå an å komme seg videre her... du tror du snakker med eksperter, med folk som har greie på arbeidsmarkedet... Og når du skisserer hva du vil, så kan de da i det minste tipse og si da kunne kanskje det eller det være noe... det var som å snakke for døve ører.» (2)*

På den annen side, var det en av informantene som, etter at arbeidsgiver kom med et ultimatum, deltok i dialog med NAV- representanten. Hun hevdet å føle seg som en deltager i beslutninger om egen situasjon for første gang siden hun ble sykemeldt. Kurset som ble løsningen for henne, ga henne motivasjon til møte livets andre arenaer med deltagelse og pågangsmot. NAV representanten var en av de få som hadde klart å snu situasjonen til noe positivt, og informanten opplevde å selv ville ta tak i egen situasjon.

*«det var plutselig fokus på det jeg faktisk kunne gjøre og ikke det negative...hun prøvde å få meg til å se hva jeg dugde til, og hvordan jeg kunne gjøre situasjonen best for meg selv...jeg fikk hentet meg inn igjen...og følte jeg vokste på det og kunne klare å komme meg videre» (1)*

## **5.5 Oppsummering av resultater**

For å oppsummere resultatene, opplevde majoriteten av de innkalte til dialogmøtet det som unødvendig for sin situasjon. Dette da det allerede var utarbeidet en grundig handlingsplan med arbeidsgiver. Dem som selv tok kontakt med NAV, hadde store forventninger og klare ønsker for tiltak. Til tross for dette, følte de fleste at det ikke kom noe konkret ut av møtet. Ulike faktorer preget opplevelsen av dialogmøtet. Majoriteten av informantene opplevde at det ble gitt for lite informasjon og for liten tid til å håndtere situasjonen som sykemeldt. Videre følte de fleste at de ble møtt som en diagnose, og at det var for lite fokus på de kvalitetene og ressursene de faktisk satt inne med. Informantene mente man måtte være ressurssterk for å kunne kreve sine rettigheter, noe ikke alle opplevde å være. Disse hadde håpet å få hjelp på dialogmøtet, men ble imidlertid skuffet. At dialogmøtet var lite konstruktivt, og at det opplevdes som vanskelig å få i gang en dialog, forsterket kun følelsen av at situasjonen var vanskelig å komme ut av. Flere av informantene hevder å være mottakere i samtalen, og savnet en mer løsningsorientert

toveiskommunikasjon. Likevel var det flere som hevdet å inneha motstandsressurser som sosial støtte, selvtillit og kunnskap. Dette hjalp dem å finne en mening i situasjonen både under og etter dialogmøtet. Videre opplevde informantene varierende grad av medbestemmelse eller empowerment. Grad av selvbevissthet, deltagelse og kontroll over beslutninger er faktorer som virker inn. De informantene som selv tok initiativ til dialogmøtet hevder å ha kontroll og medbestemmelse i beslutninger. På den annen side er det noen som hevder at de opplever å måtte ta for mange beslutninger på egen hånd. Disse opplevde at dialogmøtet kun bekreftet situasjonen som håpløs, og savnet mer personlig veiledning. I tillegg til et ønske om større fokus mot brukernes ressurser og muligheter, ble det også nevnt forbedringspotensialer i forhold til inkallingsrutiner og ressursbruk innad i NAV. Som avsluttende kommentar kan det nevnes at det kun var en av informantene som opplevde dialogmøtet som en positiv dialog, hvor hun ble en aktiv deltager, ikke bare på møtet men også i sin egen situasjon som sykemeldt. Til tross for at arbeidsgiver trakk seg ut, førte dialogmøtet til en endring i fokus mot hennes egne ressurser framfor begrensinger. Dette var det eneste tilfellet hvor dialogmøtet resulterte i en konstruktiv løsning alle parter var fornøyd med.

## **6.0 Diskusjon**

I det følgende vil studiens resultater bli diskutert opp mot teori og tidligere forskning. Diskusjonen tar utgangspunkt i spørsmål som er i tråd med studiens forskningsspørsmål.

### **6.1 Dialogmøtet, med eller uten dialog?**

#### 6.1.1 Hva legges i begrepet dialog?

Valget av *dialogmøter* som begrep legger en del forventninger til gjennomføringen av møtene. De fleste kjenner til begrepet og vet hva som ligger i ordet, og man kan spørre seg om valget var bevisst eller ikke. I følge Pearsall og Hanks (2001) er dialog en diskusjon mellom to eller flere mennesker eller grupper, som gjerne har til hensikt å løse et problem eller undersøke noe. Dialog stammer fra gresk, og betyr å snakke (*legein*) igjennom (*dia*) noe (Tveiten, 2007, s. 70). Sålangt kan det påstås at begrepet synes dekkende for dialogmøter, hvor den sykemeldte, arbeidsgiver og representanten fra NAV<sup>6</sup> møtes for å snakke igjennom situasjonen den sykemeldte er i. I denne sammenheng vil problemet som skal løses innebære å komme fram til hvordan den sykemeldte skal komme tilbake i arbeid eller annen aktivitet.

---

6 og eventuelt sykemeldende lege

Tveiten (2007) hevder at dialogen har vært kjent siden Sokrates tid, da han stilte spørsmål som var ment å hjelpe den andre å finne de svar som allerede lå i en selv. Det viktigste i en dialog er å lytte til den andre og være søkende for det vedkommende sier. Det er ikke å presentere ferdig tenkte problemstillinger, men å sammen komme fram til det som er viktig for partene uten å benytte makt. Ved å benytte begrepet dialogmøter, vil en dermed kunne anta at det taes utgangspunkt i at de sykemeldte selv sitter med løsningene, og at disse vil bli lyttet til. Som tidligere nevnt, mente Bakhtin (1981) at en dialog hvor deltagerene utfyller hverandre vil lede til en opplevelse av deltagelse, økt kunnskap og ferdigheter. I et dialogmøte for sykemeldte vil en da kunne anta at det er lagt opp til at den sykemeldte anses som ekspert på seg selv, og at veileder fra NAV vil kunne gjøre den enkelte oppmerksom på dette, og assistere med å realisere den enkeltes ønsker og muligheter. Resultatene viser imidlertid at de fleste informantene ikke hadde en slik opplevelse av intensjonen bak dialogmøtet, noe som vil bli diskutert senere.

I følge Bohm og Nichol (2004) oppstår det en strøm av mening blandt alle i dialogen, som gir deltagerne en ny forståelse for emnet og skaper mulige løsninger. Dersom dialogen er preget av kunnskap, forståelse og håp, åpner den deltagerens mulighet for å forstå sin egen situasjon bedre og komme seg ut av den (Heggdal, 2008). Dersom en antar at dialogmøter, som begrep, er et bevisst valg, legges det altså føringer for en samtale med den sykemeldte som fører til en vei ut av situasjonen ved at bruker selv peker på problemet, finner forståelse og øyner mulighet for en løsning. Kan en dermed anta at dialogmøter for sykemeldte legger opp til empowerment av brukerne, og har fokus på å fremme og bevisstgjøre salutogene faktorer på veien mot en løsning? I følge Heggdal (2008) kan dialogen mellom bruker, nære andre og helsepersonell ha ulike funksjoner. Hun hevder at dialogens hensikt kan være å styrke personens helsefremmende ressurser ved å styrke håpet om at det er mulig å forstå, håndtere og finne mening i situasjonen (Heggdal, 2008, s. 302). Videre kan dialogen styrke personens søken etter det som fremmer helse og velvære i eget liv, og gjøre en oppmerksom på egne ressurser som kilde til bedring (Heggdal, 2008, s. 302). Dersom de sykemeldte i denne studien hadde opplevd dialogmøtet som en arena for deltagende dialog, hadde det dermed vært nærliggende å anta at den ville være helsefremmende, da den kunne knyttes opp mot salutogenese og i tillegg være en kilde til empowerment. Hvorvidt dette er tilfellet vil være kilde til senere diskusjon. Det skal imidlertid først diskuteres hvorvidt informantene opplevde dialogmøtet som en deltagende dialog.

### 6.1.2 Dialogmøtet som deltagende dialog?

Det framkommer av resultatene at informantene syntes det var vanskelig å få igang en dialog på

dialogmøtet. Som nevnt innledningsvis, er hensikten med dialogmøtene å komme i dialog med dem saken gjelder og dermed lytte til deres ønsker. Resultatene viser at informantene følte de gjentatte ganger forsøkte å bli hørt uten å lykkes. Til tross for dette er det noen av informantene som nevner at de opplevde NAV- representantene som hyggelige og imøtekommende. Dette er i tråd med Andreassen (2009) sin studie, hvor de som opplevde dialogmøtet som positivt hevdet å bli lyttet til og møtt på en god måte. Motsetningen er likevel at denne studiens resultater viser at møtet, for noen, opplevdes som negativt og uten dialog til tross for at representanten fra NAV var hyggelig og imøtekommende. Etter nærmere analyse av dataene kan det se ut til at informantene knytter kvaliteten av dialogen i stor grad opp mot utfallet av den. De fleste informantene hevder at dialogmøtet var et kartleggingsmøte, mer enn noe annet. Relatert til diagnose og situasjon, ble det konstantert hva den enkelte kunne og ikke kunne gjøre lenger, men møtet var lite løsningsorientert. Flere av informantene hevder at de, til tross for at NAV- representanten var hyggelig, var mottakere i samtalen, og savnet en mer løsningsorientert toveiskommunikasjon.

Det ble altså ikke lagt opp til det Bakhtin (1981) mener er gunstig for en produktiv flerstemmig dialog. Et grunnlag for å utvikle ny kunnskap eller gjensidig ansvar i situasjonen, på linje med Bakhtin (1981) ble dermed heller ikke lagt. I tillegg viser resultatene at NAV- representantene ikke hadde forberedt seg nevneverdig eller satt seg inn i den enkeltes sak. Til tross for at handlingsplaner allerede forelå, ble dialogmøtet kun en gjentakelse av disse. Informantene hevder at man kanskje burde satt seg mer inn i den enkeltes sak på forhånd, og dermed hatt mulighet til å komme med mer konstruktive løsninger. Dersom representantene fra NAV hadde satt seg mer inn i de sykemeldtes situasjon, ønsker og muligheter, vil man kunne anta at det hadde vært lettere å komme med løsninger. Dette samsvarer med Malterud, Mæland og Ursin (2010, s.40) sin studie, hvor det konkluderes med at bedre stabilitet og tilgjengelighet i NAV- systemet ville være ønskelig for dermed å forhindre at bruker får en rolle som budbringer av handlingsplan og legeærklæring, uten videre oppfølging.

Det framkommer av studiens funn at en tettere dialog med sykemeldende behandler kunne bidratt til bedre løsninger, da den enkeltes ressurser kunne blitt belyst på en bedre måte. Dette er i tråd med Malterud, Mæland og Ursin (2010) sine funn som viser at det ofte er vanskelig å få i gang en dialog særlig med sykemeldende lege, og at dette er noe som burde rettes på for dermed å oppnå bedre resultat i sykefraværsoppfølgingen. I tillegg finner O'Brien et al. (2008) at sykemeldte ofte savner råd og veiledning om sin tilstand, arbeidsmuligheter og tilrettelegging, i dialog med sin lege. Dette vitner om et behov for tettere samarbeid med sykemeldende

behandler, for dermed å heve dialogens potensiale til å fremme gode løsninger.

Malterud, Mæland og Ursin (2010) hevder at dialogmøtet burde komme tidligere i sykdomsforløpet, for dermed å sikre en dialog mellom de ulike partene så tidlig som mulig, og forsøke å hindre langtidssykefravær. Denne studiens funn viser derimot at enkelte syntes møtet allerede kom for tidlig. På tidspunkt for dialogmøtet hadde en av informantene fortsatt forhåpninger om å returnere i samme stilling, og hadde ikke klart å få en ordentlig forståelse for sin egen situasjon. Her kan det likevel argumenteres med at dersom en produktiv flerstemmig dialog på linje med den Bakhtin (1981) beskriver, hadde gjort seg gjeldene mellom alle parter på dialogmøtet, kunne det vært mer gunstig å ha møtet tidligere i forløpet. Dette blir også belyst av enkelte informanter i denne studien. Det hevdes at dialogen burde fokusert mer på den enkeltes ressurser, på å ta grep om situasjonen og se fordelene ved en tidlig løsning.

Studiens funn viser altså at den fraværende dialogen majoriteten opplevde, kunne være et resultat av at det var fokus på de sykemeldtes begrensinger framfor muligheter. Flere informanter fikk beskjed om at de var for gammel eller for syk til å mestre ulike oppgaver eller tiltak de selv mente de var i stand til. En slik beskjed hvor den ene parten ikke viser interesse for å synliggjøre den andre partens muligheter, åpner ikke direkte for en videre dialog. Resultatene viser at dialogmøtet tok form som en monolog framfor en dialog i de fleste tilfeller. Informantene fikk beskjed om hvordan saken var og hva de var i stand til. Dette er i tråd med Branstads (2003) beskrivelse av en monolog, hvor budskapet sendes til målgruppen uten at svar forventes. I følge Heggdal (2008) forutsetter en åpen dialog med brukere at begge parter gir og mottar informasjon slik at alle aspekter ved situasjonen eller behandlingen blir belyst og klargjort i forhold til brukers erfaringer. Slike dialoger kan bidra til at situasjonen oppleves som mindre kompleks, og at bruker får hjelp til å se og utnytte egne ressurser til mestring og bedring (Heggdal, 2008). Dersom den sykemeldtes opplevelser og ønsker hadde vært et større fokus for samtalen, kunne dermed mer konstruktive løsninger blitt utfallet.

En samtale slik den flere av informantene refererer til, hvor en på forhånd har bestemt at den andre parten er for gammel eller for syk til at det finnes en løsning, kan ikke sies å være særlig preget av positiv dialog eller helsefremmende prinsipper. For at dialogen skal virke helsefremmende må en jevne ut maktforskjeller og hindre maktmisbruk (Banstad, 2003). Dialog har vært brukt som metode i det helsefremmende arbeid, hvor tverrfaglige grupper møtes for å diskutere seg fram til felles mål (Hauge og Mittelmark, 2003). Dersom den profesjonelle parten i



dialogen møter brukers tanker og følelser framfor diagnose, kan dialogen bli en brobyggende metode for endring (Heggdal, 2008). For majoriteten av denne studiens informanter er imidlertid ikke dette tilfellet. Hvordan man ordlegger seg, kroppsspråket man benytter og hvilken informasjon som blir gitt, er alle viktige ingredienser for at den andre parten skal kunne evne å se en vei ut av situasjonen (Heggdal, 2008). Som tidligere nevnt, opplevde flere av informantene at NAV-representanten var hyggelig og imøtekommende. Likevel var informasjonen lite konstruktiv, og løsningene uteble. Ved å endre fokus, lytte til den sykemeldte og godta dem som eksperter på sine egne grenser og ressurser, kunne kanskje bedre løsninger blitt en realitet. Da kunne kanskje begge parter lære noe nytt og dra nytte av dialogen.

Freire (1974) vektlegger menneskets ressurser, muligheter for endring, og det frigjørende potensialet i dialogen ved at folk kan bli aktive og vinne ny kunnskap og selvtillit. I motsetning til den negative opplevelsen som preget de fleste informantene i denne studien var det en som hadde en positiv opplevelse. Til tross for en negativ opplevelse med arbeidsgiver fikk hun, gjennom en positiv og frigjørende dialog med NAV-representanten, nytt håp om bedring og en vei ut av situasjonen. I følge Freire (1974) har da dialogen en intensjon om å lede til praktisk handling for endring og forskyve makt. Den positive opplevelsen av dialogmøtet førte til at hun følte seg respektert, og maktet å ta del i, og kontroll over, beslutninger om egen helse og situasjon. Dette er i tråd med Müssner et al. (2007) sitt studie om hva som er fordelaktig ved sykemeldtes møte med trygde- og helsevesen, for tilbakekomst i jobb. Man hører stadig skekkhistorier om brukere i møte med velferdssystemet. Vaaland (2007) hevder at det kreves en snuoperasjon, hvor man forsøker å ta vekk undertrykkelsen i systemet og skape mulighet for at brukere blir hørt. Nå er det ikke dermed sagt at sykemeldte er undertrykt, men det kommer fram av resultatene at de fleste opplevde et dialogmøte, hvor gjentatte forsøk på å bli hørt nok engang ikke førte fram. De hadde håpet på en positiv dialog som kunne føre dem ut av situasjonen, men løsningene uteble for de fleste. På den annen side, gikk en av informantene fra å føle seg undertrykt og nedfor, til å oppleve nyvunnet selvtillit og mestring. NAV-representantens positive og løsningsorienterte tilnærming, førte til en positiv og deltagende dialog for denne informanten.

## **6.2 Salugenese eller patogenese i fokus på dialogmøtet?**

### 6.2.1 Muligheter eller begrensinger?

Salutogenese ble skapt som en motreaksjon på det ensidige fokus på patogenese som lenge har

dominert helsetenkningen (Langeland, 2006, s. 88). Det må da også kunne hevdes at en patogen tankegang lenge har vært dominerende innen sykefraværstudier, hvor man har fokusert på risikofaktorer for sykdom og fravær. I de senere år, har det likevel vært en økning av studier som i stedet søker de salutogene faktorer for nærvær (Malterud, Mæland og Ursin, 2010; Medin, Bendtsen og Ekberg, 2003; Müssner et al., 2007). Oppfordringen i Ose et al. (2009) om å fokusere på hva som gjør at arbeidstakere blir i arbeid, står i samsvar med dette økende fokus på nærvær som har preget arbeidslivsforskningen. Ser man på intensjonen bak dialogmøtet burde man kunne anta at møtene er i tråd med denne trenden, og at man på dialogmøtet var ute etter å styrke salutogenese i det enkelte menneskets liv. Ifølge Tellnes (2003) kan nettopp en god samtale som fremmer selvrealisering og vekst være en salutogen faktor. På denne måten ville man kunne anta at dialogmøtene hadde en helsefremmende intensjon om å bidra til at den sykemeldte får styrke og motstandskraft til hverdagens krav, og på denne måten mulighet til å delta aktivt i samfunnet. Resultatene i denne studien, er imidlertid hovedsaklig negativ, med et overveldende fokus på begrensinger rundt sykdom og diagnose, framfor løsninger og muligheter.

Resultatene viser at majoriteten av informantene opplever å bli møtt som en diagnose framfor person med egne ressurser og muligheter, noe som resulterte i at de følte seg mer syk enn de var på forhånd. Dette viser også funn i Malterud, Mæland og Ursin (2010) sin studie, hvor man istedet for å fokusere på muligheter, ble så problemfokuset at bruker syntes de hadde flere sykdommer da de gikk enn da de kom. Til tross for dette savnet av fokus på de ressurser den enkelte faktisk innehar, viser resultatene at de fleste følte det var lagt opp til at man måtte stole *for mye* på sine egne ressurser for å finne en vei ut av situasjonen. Noen av informantene følte de ikke hadde mulighet eller overskudd til å ta tak i egen situasjon, og at de dermed måtte godta de løsninger som ble lagt fram for dem. Dette er i tråd med Vidmans (2007) resultater, hvor sykemeldte følte plikt til å delta på tiltak de ikke hadde tro på ville fungere. På linje med dette framkommer det av denne studiens resultater at dialogmøtet, for mange av informantene, kun ble en bekreftelse på at situasjonen var håpløs og at konstruktive løsninger ikke fantes.

Til tross for at flere informanter hevder å inneha få ressurser, var det flere som selv viste initiativ og tok kontakt for å få igang et dialogmøte. Dette vitner om besittelse av nødvendige ressurser til å kreve sin rett. I følge Lindstøm og Eriksson (2009) er det viktigste, uavhengig av hvilke ressurser man innehar, at man er istand til å ta dem i bruk for sin egen helses beste. Disse informantene hadde ulike forslag til aktiviteter eller omskolering som de selv mente kunne heve deres livskvalitet, men ble avvist grunnet alder eller helsetilstand. Informantene hevder de

dermed mistet tiltakslyst og evne til å se egne muligheter, og godtok de alternative løsninger der og da, uten å kommentere dem nærmere. Det kan hevdes her at det i noen tilfeller faktisk kan være vanskelig å gjennomføre enkelte ønsker om omskolering. Dette av økonomiske og helsemessige årsaker. Dersom den sykemeldte kun har få år igjen før pensjonsalder, kan et treårig utdanningsløp være vanskelig å gjennomføre. Dette synes likevel ikke å være tilfellet i studiens informanter, som med nesten ti år igjen i arbeidslivet ønsket å finne en bedre løsning enn uføretrygd. Det kan synes som en lett utvei, men det koster da også samfunnet, både økonomisk og i form av tapt arbeidskraft.

I motsetning var det flere informanter som selv mente at de var ressurssterke og at dette hadde hjulpet dem i å finne løsninger. Lindstrøm og Eriksson (2005) hevder at nøkkelementene for en salutogen utvikling er kapasitet til å utnytte tilgjengelige ressurser og effektiv problemløsning. På denne måten kan man vel si at nettopp disse informantene opplevde salutogenese? Informantene hadde imidlertid denne evnen til å utnytte egne ressurser allerede før møtet, og det kan dermed ikke sies at dialogmøtet bidro til salutogenese for dem. Informantene som følte de hadde ressurser og overskudd til å ta fatt i egen situasjon, ble heller ikke belønnet for sine gjentatte forsøk på å formidle at løsningene allerede forelå på forhånd. Møtene ble likevel gjennomført i disse tilfellene, noe som kan sees på som et eksempel på at det ikke er rom for skjønn i systemet. Den enkeltes muligheter, i dette tilfellet godt utarbeidete handlingsplaner, ble ikke tatt hensyn til og møtet ble gjennomført fordi det var lovfestet. Informantene opplevde dette som bortkastede ressurser i form av, blant annet, tid for begge parter og mener systemet burde vært lagt opp anderledes. I tillegg følte de seg maktesløse overfor systemet når de nok engang ikke ble hørt, og ikke nådde fram med sine argumenter.

Nå er ikke status for Norges velferdsystem knyttet opp mot denne studiens problemstilling. Likevel er helsefremmende arbeid en prosess som retter seg mot å endre sosiale, økonomiske og politiske tilstander slik at de kan ha en positiv effekt på individets helse (Nutbeam, 1998, s. 2). I denne sammenheng, skulle det kunne hevdes at man burde se nærmere på retningslinjene for dialogmøtene, og faktisk belønne dem som allerede innehar nødvendige ressurser til å finne egne løsninger. Dette kan knyttes opp mot Lindstrøm og Erikssons (2009) studie om hvordan prinsippene for helsefremmende arbeid og teorien om salutogenese kan bidra til løsningsorienterte endringer for bedre helse, nettopp ved å tenke utenfor tradisjonelle politiske rammer. Som tidligere nevnt, bør helsefremmende arbeid inlemmes i alle etater og i offentlig politikk. Kanskje det i denne sammenheng burde vurderes om det skulle legges enda tydeligere

føringer for hvor viktig det var å fokusere på ressurser og muligheter på dialogmøtet? Da kunne en styrke de helsefremmende ressurser som allerede ligger hos hver enkelt. På den annen side, kan et ensidig fokus på ressurser føre til at brukerne opplever at hjelpeapparatet signaliserer at de burde klare seg selv (Slettebø, 2000, s. 61). Det gjelder her, som i mye annet, å finne en balansegang for hvor man legger fokuset. Det viktigste for å kunne oppnå en salutogen tilnærming blir å ha personen det gjelder i fokus, lytte til deres ønsker og se deres muligheter. På denne måten kunne dialogmøtet ha vært i tråd med Heggdal (2008, s. 302) sin beskrivelse av dialogens potensiale, å styrke sykemeldtes egen søken etter helse og velvære, og deres oppmerksomhet på egne ressurser.

I tillegg til et større fokus mot brukernes ressurser og muligheter, mente informantene også at det var forbedringspotensialer i forhold til innkallingsrutiner og ressursbruk innad i NAV. Dette kan sammenlignes med Malterud, Mæland og Ursin (2010) og Andreassen (2009) som begge fant et større behov for tilgjengelighet fra NAV sin side, i tillegg til et tettere samarbeid mellom partene. På denne måten ville man kunne unngå at den sykemeldte fikk en rolle som budbringer uten nærmere oppfølging (Malterud, Mæland og Ursin, 2010). Det er tross alt en grunn til at man er sykemeldt, noe som i mange tilfeller kan gjøre det vanskelig å stå på, og å kreve sin rett. NAV-systemet burde dermed kanskje tilrettelegge mer for å støtte dem som finner det vanskelig å kreve sin rett, og sloss mot byråkratiet. Dette er på linje med Malterud, Mæland og Ursin (2010) som fant at byråkratiske prosedyrer burde innskrenkes, og gjøres lettere tilgjengelig.

Som tidligere nevnt, var det kun en av informantene som opplevde at dialogmøtet, etterhvert ble snudd til et positivt møte, hvor hun ble møtt som person og hørt på egne ønsker for endring. Dette kan sammenlignes med Langeland et al. (2007) sine forutsetninger for salutogenese, hvor man ser hele personen, istedet for å fokusere på risikofaktorer eller eventuelle diagnoser. Denne informanten hadde riktignok møtt motstand fra arbeidsgiver tidligere på møtet, men dette ble en faktor som endret NAV representantes tilnærming. En slik faktor kan sees på som en utløsende stressor for endring (Antonovsky, 1987). Den gode samtalen ble en salutogen kilde til nye muligheter og personlig vekst (Langeland. et.al, 2007; Tellnes, 2003). Dersom man har en salutogen tilnærming vil man, i følge Langeland (2006), klare å lytte empatisk til bruker mens man retter oppmerksomhet mot deres styrker og ressurser. Medin, Bendtsen og Ekberg (2003) er et eksempel på hvordan man, gjennom dialog, har lyktes med å sette igang helsefremmende prosesser og fremme sykemeldtes ressurser. På linje med dette, viser denne studiens resultater, at en av informantene opplevde effektiv problemløsning fra NAV- representantens side, og hvordan

hun faktisk vokste på den negative opplevelsen med arbeidsgiver. Dette er i tråd med Antonovskys (1979, 1984, 1987) idèer om salutogen tilnærming. Informanten fikk endret opplevelsen av egen situasjon i en positiv retning under dialogmøtet. Hun fikk bedre helse som resultat, da hun nå opplevde mulighet til å oppfylle de krav hun ble stilt i hverdagen. Ifølge Hjort (1994), er helse nettopp å føle at en har overskudd til hverdagens krav.

### 6.2.2 Følelse av sammenheng

Opplevelsen av verden som rimelig sammenhengende og forutsigbar er en viktig salutogen faktor (Antonovsky, 1987). For å oppleve dette må en finne en form for forståelighet, håndterbarhet og mening i situasjonen man er i (Antonovsky, 1987). Hvis man så går utfra at Lindstøm og Eriksson (2009) har rett i sine antakelser, om at SOC er noe man kan endre og utvikle gjennom livet, ville man da kunne anta at dialogmøtet og opplevelsen av å være sykemeldt er en av livets arenaer for en slik vekst? I følge Antonovsky (1987, s. 170) vil svaret på dette være å spørre seg; *«føres bruker gjennom dette fram til en opplevelse av indre sammenheng, belastningsbalanse og meningsfylt medbestemmelse, eller det motsatte?»*. I følge Heggland (2008) kan en av dialogens funksjoner være å styrke brukers helsefremmende ressurser ved å styrke håpet om at det er mulig å forstå, håndtere og finne mening i situasjonen.

Som illustrert over var det ikke alle informantene som opplevde balanse mellom de krav som ble stilt og egne evner på dialogmøtet. Antonovsky (1987) mener en slik balanse, i tillegg til stabile livserfaringer og deltagelse i beslutninger av sosial betydning, er avgjørende for å utvikle en følelse av sammenheng og forutsigbarhet i tilværelsen. Man vil videre kunne anta at deltagelse i beslutninger eller en meningsfylt medbestemmelse på dialogmøtet er av sosial betydning, da måten man takler situasjonen som sykemeldt på er avgjørende for den enkeltes sosiale liv. Johannessen, Kokkersvold og Vedeler (2010, s. 75) benytter SOC begrepet i pedagogisk rådgivning og pedagogiske sammenhenger, og eksemplifiserer begrepene med lek i barnehagen. For å oppnå en følelse av sammenheng er barnet avhengig av å forstå leken, håndtere sin rolle i den og oppleve det som meningsfullt å delta (Johannessen, Kokkersvold & Vedeler, 2010, s.75). Likeledes vil opplevelsen av, og utfallet av dialogmøtet være avgjørende for hvorvidt man forlater det med en følelse av verden og situasjonen man er i som forståelig, håndterbar og meningsfull.

Hvorvidt man opplever situasjonen man er i som forståelig, henger sammen med i hvilken grad man oppfatter informasjon og stimuli i tilværelsen som strukturert og forutsigbar (Hanson, 2007,

s. 120). Resultatene i denne studien viser at informantene selv også mener at informasjon om rettigheter og plikter er essensielt for å kunne forstå situasjonen man er i. I tillegg hevder de at forståelse for situasjonen og opplevelse av struktur i hverdagen er viktig for å kunne mestre og komme ut av den. Resultatene viser at de som opplevde å få lite informasjon, hadde vanskelig for å oppnå full forståelse for situasjonen. Andre mente løsningene ble tvunget på dem, noe som begrenset forståelsen og mestring av situasjonen. Resultatene viser at de som på forhånd hadde utarbeidet handlingsplaner med arbeidsgiver, opplevde situasjonen som forståelig og tilværelsen som strukturert allerede før dialogmøtet. På den annen side, var det flere som så fram til å få informasjon og en grundigere forståelse for situasjon og muligheter, men som ikke opplevde at det ble tilrettelagt for dette på dialogmøtet. Disse hevder at det er vanskelig som sykemeldt å selv finne ressurser og energi til å oppnå forståelse for situasjonen, rettigheter og plikter. Samtidig er det noen informanter som selv hevder å være ressurssterk, og at de derfor har oppnådd en grundig forståelse for situasjonen på egen hånd. I følge Lindstrøm og Eriksson (2005) vil de som forstår situasjonen de er i som strukturert og ordnet, møte utfordringer i framtiden på samme måte. Det er derfor synd at det kun var en av informantene som opplevde at dialogmøtet gjenopprettet forutsigbarhet og forståelse for situasjonen. Går vi tilbake til Johannessen, Kokkersvold og Vedeler (2010) sin eksemplifisering i forhold til barnehagebarn, vil det være barnehagepersonalets oppgave å få barnet til å forstå hva leken går ut på, eller hva målet for aktiviteten er. På samme måte skulle man kunne tro, utfra dialogmøtets føringer (Arbeidsmiljøloven, 2005; Folketrygdloven, 1997; NAV, 2007; Teigen, 2008) at det var lagt opp til å hjelpe den sykemeldte med å oppnå forståelse for situasjonen. Hvorvidt man forstår situasjonen man er i, legger grunnlaget for den neste komponenten i SOC, håndterbarhet. Dersom man forstår de utfordringer man står overfor, vil man ha forutsetning for å håndtere dem.

Håndterbarhet av situasjonen man er i, er avhengig av om man opplever å ha nødvendige ressurser tilgjengelige for å kunne mestre de krav en står overfor (Hanson, 2007). Resultatene i denne studien samsvarer med dette, og de informantene som hevder å ha egne ressurser, hevder også å være istand til å håndtere situasjonen. Til forskjell fra andre mestringsteorier dekker Antonovskys (1979, 1987) håndterbarhetskomponent ikke bare en persons egne ressurser, men også hvorvidt man er villig til, og evner, å ta imot hjelp og støtte fra andre, for dermed å håndtere situasjonen. Resultatene i denne studien viser at et tett samarbeid med, og forståelse fra, arbeidsgiver var med på å gjøre situasjonen håndterbar for noen av informantene. Som tidligere nevnt, opplevde en av informantene en slik støtte fra NAV-representanten. Dette førte til at hun på dialogmøtet fikk styrket sin evne til å håndtere situasjonen. Hun gikk fra å være passiv og

motløs, til å føle at hun kunne mestre hverdagen. På den annen side, viser det seg at flere av informantene syntes det var vanskelig å håndtere situasjonen både før og etter dialogmøtet. Prosessen fra man blir syk til man er tilbake i aktivitet hevdes å være lang og vanskelig, og tidlig aksept av sykdom er viktig, for å kunne håndtere situasjonen og ha mulighet for å komme i aktivitet. Dette gjelder både egen aksept, men også den fra samfunnet ellers. Informantene opplevde et negativt syn på sykemeldte i samfunnet, noe som forsterket følelsen av nederlag. Dette står i samsvar med Vidman (2007) sin studie, hvor sykemeldte opplevde mistro fra samfunnet, og å ikke ble sett på som faktisk syke. Resultatene viser også at informantenes vanskeligheter med å akseptere at de var syke, førte til at de kom sent igang med å finne løsninger for å håndtere situasjonen. En av informantene hevder at en tydelig indikasjon på at hun ikke håndterte situasjonen, var det faktum at hun trodde det var mulig å komme tilbake igjen i samme jobb. Som tidligere nevnt, mente hun det burde vært gjort mer på dialogmøtet for å få henne til å fortså situasjonen og dermed gi henne mulighet for å håndtere den.

Antonovsky (1987) hevder at en balanse mellom krav og evner er viktig for å kunne håndtere situasjonen man er i. Resultatene viser her at de krav som blir satt, i mange tilfeller, ikke er tilfredstillende. I noen tilfeller blir det ikke satt høye nok krav, og disse informantene opplevde å bli sett på som sykere enn de var. De forslag på tiltak de selv mente var mulig å mestre ble avslått, og de ble tilbudt uføretrygd. Dette førte til en misnøye med situasjonen, og bidro ikke til å håndtere den. Her ville det kanskje vært mer gunstig å lytte til bruker, og sammen komme fram til bedre og mer tilpassede løsninger. I tillegg hevder informantene at legens tilstedeværelse på dialogmøtet kunne bidratt til å fremme den enkeltes ressurser, og at kravene dermed kunne justeres deretter. Studiet til O'Brien et al. (2008) viser at sykemeldte som ikke får fremmet sine ressurser og ikke mottar veiledning om tilrettelegging og muligheter, ofte får en økt redsel for situasjonen. Dette vil da også minske muligheten for å kunne håndtere den. På den annen side, opplevde noen av informantene at det ble satt for høye krav, i forhold til at en skulle hurtigst mulig tilbake i jobb. Disse informantene mente det hadde vært mer gunstig å endre fokuset mot *prosessen* som skulle føre dem tilbake i aktivitet. På denne måten kunne kanskje de helsefremmende og salutogene faktorer vektlegges mer, og dermed ville kanskje også følelsen av håndterbarhet i situasjonen økes for den enkelte.

Hvorvidt livssituasjonen man er i oppleves som meningsfull eller ikke, er avhengig av hvordan man møter utfordringer og evner å se mening i dem (Antonovsky, 1987). Som tidligere nevnt, vil

en følelse av tilværelsen som meningsfull, øke opplevelsen av SOC komponentene forståelighet og håndterbarhet. Dette står i samsvar med denne studiens resultater. Informanten som opplevde at NAV- representanten hjalp henne å se sine ressurser og finne gunstige løsninger, fikk en fornyet følelse av mening i tilværelsen. Kurset hun skulle starte uken etter, ble en kilde til engasjement. Hun hevder selv å ha fått en nyvunnet følelse av å kunne forstå og håndtere sin situasjon, der hun tidligere ikke så noen utvei. Videre viser resultatene at de som hadde utarbeidet en handlingsplan i samarbeid med arbeidsgiver, opplevde hverdagen som meningsfull, da de fikk et fast holdepunkt og så en vei ut av situasjonen. Antonovsky (1979, 1987) var inspirert av tidligere fanger i konsentrasjonsleirer. Han fant at de, til tross for store fysiske og psykiske påkjenninger, klarte å overleve ved å finne en mening i situasjonen og i det som ventet dem (Antonovsky, 1979, 1987). For å kunne oppnå dette mener Hanson (2004) at det er viktig å ha et mål å strebe mot, og at det gir mening å nå det. På linje med dette viser denne studiens funn at de informantene som ser en løsning og en vei ut av situasjonen som sykemeldt, også ser ut til å oppleve tilværelsen som meningsfull.

På den annen side viser resultatene til andre informanter som hadde ønske og forventning om at dialogmøtet skulle bidra til tiltak som kunne gi dem en mer meningsfull hverdag, men som ble skuffet. Til tross for at de selv forsøkte å fremme sine egne ressurser og muligheter, ble de møtt med motstand. Dialogmøtet resulterte i løsninger som de selv ikke var enige i, noe som bare forsterket opplevelsen av at det ikke fantes mening i situasjonen. Hanson (2004) hevder at dersom man opplever tilværelsen som meningsfull, vil man lettere skaffe seg nødvendig kunnskap og ressurser, for å løse de utfordringer man står overfor. I denne sammenheng ville det være nærliggende å anta at dialogmøtene kanskje burde fokusere mer på å hjelpe sykemeldte å finne det som gir mening i hverdagen. På denne måten, ville møtene kanskje oppleves som mer løsningsorientert, og faktisk resultere i en mer meningsfylt situasjon for de involverte. I tråd med dette, vil det nok engang hevdes at dialogmøtet bidro til en mer meningsfylt situasjon, for en av studiens informanter. Hun gikk fra å se situasjonen som håpløs til å se en utvei som ga henne håp og mening. Dette da det endelig var noen som så hennes muligheter framfor begrensinger. Informantene som ser ut til å ha funnet en form for mening i situasjonen, viser til ulike motstandsressurser som har gjort dette mulig.

### 6.2.3 Motstandsressurser

I følge Langeland (2007) regnes motstandsressursene vi har i møte med eventuelle stressorer som salutogene faktorer. På denne måten vil de kunne assistere den enkelte med å



holde seg frisk, eller med å bygge motstand mot eventuelle stressorer. Situasjonen som sykemeldt kan være en slik stressor, og man vil være avhengig av ulike ressurser for å kunne få et positivt utfall av situasjonen. Lindstøm og Eriksson (2009) hevder at viktigere enn hvilke ressurser man innehar, er hvorvidt man evner å bruke dem for sin egen helses beste. I tråd med dette, viser Malterud og Hollnagel (1999) sitt studie hvordan en salutogen tankegang, med fokus på brukers «strong points» eller ressurser, endret legens holdninger under en legekonsultasjon. Legen endret syn fra å se bruker som ressurssvak, til at bruker faktisk var i besittelse av motstandsressurser som gjorde henne sterk og aktiv, tross smerte (Malterud & Hollnagel, 1999). Sett ut fra dette, i tillegg til de føringer som foreligger for dialogmøtene (Arbeidsmiljøloven, 2005; Folketrygdloven, 1997; NAV, 2007; Teigen, 2008), skulle man kunne anta at møtets hovedanliggende var å styrke den sykemeldtes motstandsressurser, og dermed fremme de salutogene faktorer hos hver enkelt. De fleste av studiens informanter hevdet riktignok å inneha nødvendige motstandsressurser for å takle situasjonen, både på dialogmøtet men også de generelle utfordringene som sykemeldt. Likevel viser det seg at dialogmøtet i liten grad har bidratt til å fremme disse. I tillegg kommer det fram av funnene at enkelte informanter ikke opplevde å inneha motstandsressurser, hverken før eller etter dialogmøtet. Disse opplevde lav selvtillit og isolasjon før møtet, noe som kun ble forsterket da møtet ikke bar fram til noen løsninger.

Resultatene viser videre at for dem som hevdet å inneha motstandsressurser, var sosial støtte, selvtillit og kunnskap viktig, for å kunne finne en mening i situasjonen. I følge Dalgard (2008) kan sosial støtte være følelsesmessig, bekreftende, informerende eller instrumentell. I henhold til Vaglum og Finset (2007) kan sosial støtte komme fra uformelle sosiale nettverk som venner og familie, i tillegg til mer formelle nettverk som trygde- og helsevesen. I denne sammenheng, hevdet informantene i denne studien at det var viktig å ha sosial støtte i form av et sosialt nettverk, og oppleve å bli verdsatt, for å kunne takle situasjonen som sykemeldt. Dette gjaldt både den uformelle, men også den formelle støtten. Funnene viser likevel at emosjonell eller følelsesmessig støtte fra venner og familie, var viktigere enn den fra arbeidsplassen eller representantene på dialogmøtet. Dette til tross for at fire av syv informanter hevdet å ha god kontakt med arbeidsgiver. Samtlige av dem som hevdet å ha dårlig kontakt med arbeidsgiver, håpet at dialogmøtet kunne bringe dem ut av det de følte var en isolert tilværelse. En relasjon med arbeidsgiver ble imidlertid ikke bygget i noen av tilfellene, og de følte seg fortsatt isolert fra arbeidsplassen. På den annen side, oppstod det en positiv relasjon mellom en av informantene og en representant fra NAV. Informanten fikk en følelsesmessig støtte som, på linje med Stansfeld

(2006) ga henne bedre selvbilde og selvtillit. I tillegg fikk hun bekreftende støtte, som i følge Dalgard (2008) er tilbakemeldinger i form av bekreftelser av evaluerende karakter. Dette inkluderte positive tilbakemeldinger på egne muligheter og ressurser. Resultatene viser også til andre informanter som hevder å få slik støtte fra venner og familie, men ikke av arbeidsgiver eller på dialogmøtet.

Videre er informerende støtte viktig i situasjonen som sykemeldt, og involverer i følge Stansfeld (2006) rådgivning som kan hjelpe med problemløsning ved sosiale og personlige utfordringer. Ser man på føringene som foreligger for dialogmøtene (Arbeidsmiljøloven, 2005; Folketrygdloven, 1997; NAV, 2007; Teigen, 2008), vil det kunne påstås at det er påfallende at kun en av informantene hevder å ha mottatt slik støtte på møtet. De resterende informantene opplevde ikke tilfredstillende råd, og så på møtet som lite løsningsorientert. I denne sammenheng kan det være verdt å nevne studien til Müssner et al. (2007) som fant at et positivt møte med trygde- og helsevesen, preget av støtte, respekt, etablering av personlige forhold, velbalanserte krav og deltagelse i avgjørelser, kunne muliggjøre tilbakekomst i jobb. Det vil videre kunne hevdes at et slikt fokus kanskje kunne anvendes på dialogmøtene, for dermed å styrke den enkeltes motstandsressurser og få et mer positivt utfall. Den siste formen for støtte er instrumentell, og er i følge Dalgard (2008) en konkret form for økonomisk og praktisk hjelp fra offentlige instanser og omgangskrets. Samtlige informanter i denne studien viser til denne som viktig, og to går så langt som å hevde at den økonomiske støtten har vært avgjørende for å forhindre en tilværelse i total isolasjon. Likevel er det flere av informantene som har savnet råd av mer praktisk art underveis i prosessen. Resultatene viser at dialogmøtet burde vært lagt mer opp til å informere om de rettigheter og muligheter man har som sykemeldt. I følge informantene i denne studien kunne kanskje dette tilrettelegge for lettere tilbakekomst i arbeid eller annen aktivitet.

Videre viser studiens resultater at kunnskap og selvtillit er viktige ressurser for å kunne mestre situasjonen som sykemeldt. Resultatene viser at informantene, i denne sammenheng, opplevde det som viktig å skaffe seg kunnskap om egen sykdom og om velferdssystemet. Det ble også presisert hvor viktig det var at man hadde oppgaver og krav, man hadde forutsetning for og kompetanse til å mestre. Dette kan igjen knyttes opp mot håndterbarhetskomponenten i SOC. Denne dreier seg om hvorvidt man opplever at ens egne og omgivelsenes ressurser er tilstrekkelig for å mestre de krav en står overfor, og ikke opplever dem som urettferdig (Antonovsky, 1987; Heggdal, 2008). I tillegg viser resultatene i denne studien at de som

opplevde å ha slike ressurser hadde lettere for å kreve sine rettigheter. Til tross for at enkelte hadde kunnskap og selvtillit til selv å stille krav i forhold til sin situasjon, var det likevel ikke alle som nådde fram. Disse informantene hevder at systemet er lagt opp slik at man selv må stå på, og at dette ikke alltid er lett for dem som er i en slik sårbar posisjon. I tillegg burde mer blitt gjort for å inkludere dem som kanskje ikke innehar kunnskap, selvtillit eller andre motstandsressurser hevdes det.

I denne sammenheng kan informantene som hadde et klart ønske om en aktivitet, men som fikk vite at det ikke var aktuelt med deres helsetilstand trekkes fram. Det kan synes som om det, på linje med Malterud, Mæland og Ursin (2010) kun er rom for de som er 100 % frisk i arbeidslivet. Det burde da være i alles interesse at dialogmøtet konsentrerte seg om å finne løsninger hvor hver enkelt kunne være i en form for aktivitet heller enn uføretrygd? Dermed kunne dialogmøtet, på linje med Medin, Bendtsen og Ekberg (2003) benyttet en løsningsorientert tilnærming med fokus på den sykemeldtes ressurser, og sette igang en helsefremmende prosess hos hver enkelt. Tilnærmingen Medin, Bendtsen og Ekberg (2003) benyttet viste seg å fremme den enkeltes ressurser, som sosial støtte og selvtillitt. I denne sammenheng kan man igjen trekke inn prinsippene for helsefremmende arbeid, som handler om sosial rettferdighet og bedre helse for alle (WHO, 1986). Dersom dialogmøtene skal kunne ha en helsefremmende effekt, bør de gi alle sykemeldte lik mulighet til deltagelse i aktivitet, og til å utvikle egne motstandsressurser. Videre bør det, på linje med Hauge og Mittelmark (2003) legges tilrette for at den enkelte får styrke og motstandskraft til hverdagens krav, og dermed mulighet til å delta aktivt i samfunnet. For å kunne oppnå dette, bør man kanskje se nærmere på politiske føringer, og gjøre disse mer helsefremmende. Dette er i tråd med Lindstøm og Eriksson (2009). Ved å benytte seg av en teoretisk modell som viser balanse mellom risikofaktorer og ressurser (salutogene faktorer), skaper de helsefremmende politikk (HPP) på en salutogen måte (Lindstøm & Eriksson, 2009).

### **6.3 Legges det til rette for å fremme empowerment av sykemeldte på dialogmøtet?**

For kunne skape helsefremmende politikk, vil man videre være avhengig av å kunne lede befolkningen inn i en prosess som gir større makt og deltagelse i beslutninger om egen helse (Mittelmark et al., 2008; Nutbeam, 1998). Det er en slik prosess Nutbeam (1998) bruker for å definere empowermentbegrepet. For at enkeltindividet skal kunne oppnå empowerment (psykologisk empowerment) må begrepet, i tillegg til å integreres i politikk, taes med i arbeidet

for å bedre helsedeterminanter og livskvalitet i lokalsamfunnet (Nutbeam, 1998). Som tidligere nevnt er det vanskelig å enes om en norsk oversettelse som dekker betydningen av empowerment. Stang (2001, s.12) benytter begrepet bemyndigelse, som betyr maktoverføring, og hevder det handler om å gi den enkelte myndighet til å bestemme over de faktorer som synes viktig i ens liv. Ved å *styrke* bruker i ulike sammenhenger og arenaer, kan man fremme den enkeltes ressurser, muligheter og krefter, i tillegg til å redusere risikofaktorer (Stang, 2001, s.12). I denne forbindelse ville det være nærliggende å anta at dialogmøtet er en slik arena, hvor sykemeldte kan styrkes til selv å delta i beslutninger om eget liv og helse. Som illustrert tidligere, ønsker man nettopp å fremme den sykemeldtes ressurser og muligheter for tilbakekomst i arbeid. Vil ikke dette da kunne innebære å fremme empowerment hos den enkelte? Dersom samfunnet gir rom for selvbestemmelse og bemyndigelse vil man, i følge Wormnes og Manger (2005, s. 57) føle seg sterkere, tryggere og mer selvstendig. En slik økt tro på seg selv vil gi den enkelte større mulighet for å nå sine mål og oppleve mestring i situasjonen. Dette samsvarer med Sollund, Trygstad og Johansen (2004) hvor det konkluderes med at tillit og trygghet er noe av det viktigste for å kunne oppnå empowerment. I denne sammenheng kan en spørre seg hvorvidt dialogmøtet fremmer en slik trygghet, og dermed legger tilrette for empowerment av sykemeldte. For å kunne svare på dette vil empowermentbegrepet diskuteres opp mot paternalisme og dialog som middel i empowermentprosessen.

### 6.3.1 Paternalisme eller empowerment?

Paternalisme og empowerment utgjør to ulike måter å forholde seg på når en skal hjelpe mennesker (Starrin, 2007, s.63). I følge Gibson (1991) trenger vi et paradigmeskifte i maktstrukturen fra det paternalistiske hvor hjelpeapparatet er ekspertene og vet best, til en empowermentprosess, hvor samfunnet og den enkelte får mer medbestemmelse. For at dette skal være mulig må myndigheter og eksperter gi fra seg noe av makten de besitter, og ha tiltro til at befolkningen vet hva som er best for dem selv (Tones & Green, 2004). Denne utviklingen finner man også i økende grad innen dagens helsevesen. Man beveger seg vekk fra at ekspertene nødvendigvis vet best, og ønsker å inkludere dem saken gjelder i beslutningsprosesser.

Dialogmøtet legger opp til dialog og en slik inkludering. Som tidligere nevnt, ble dialogmøter for sykemeldte initiert etter et behov for en dialogarena hvor sykemeldte kunne delta i diskusjon om muligheter og begrensinger ved tilbakekomst i arbeid (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2008). Vil møtene dermed kunne være en del av en helsefremmende prosess, hvor sykemeldte blir aktive samarbeidspartnere og eksperter på egen helse? Den sykemeldte ville dermed bli deltager

og ikke mottaker av avgjørelser som påvirker deres liv og helse, noe som i følge Tveiten (2007) er en forutsetning for empowerment. Funnene i denne studien viser derimot at informantene opplevde varierende grad av empowerment på dialogmøtet. Videre viser det seg at grad av selvbevissthet, deltagelse og kontroll over beslutninger er faktorer som virker inn på den innflytelsen informantene opplever å ha over egen situasjon, både før og etter møtet.

Informantene som selv tok initiativ til dialogmøtet, hevder å ha kontroll og medbestemmelse i beslutninger om sin egen situasjon, men at dialogmøtet bidro i liten grad. Likevel ved å ta i bruk egne ressurser og med arbeidsgivers støtte, klarte de å finne en vei ut av situasjonen. I tillegg var disse informantene av den oppfatning at dialogmøtet kunne være til fordel for dem som ikke var vant til å treffe beslutninger på egenhånd. De hevdet videre at det å ta fatt i egen situasjon og føle kontroll over den, kunne være positivt i situasjonen som sykemeldt. Det viser seg derimot at enkelte opplevde at de satt med for mye ansvar over beslutninger om egen situasjon. Dette førte til at de følte seg maktesløse, og ikke fikk den motivasjonen de ønsket og trengte for å ta fatt i sin egen situasjon. De klarte dermed ikke, på linje med Sørensen et al. (2002) å snu prosessen, og mobilisere egne ressurser slik at de kunne håndtere utfordringene de stod overfor. I følge Nutbeam (1998) skal en slik empowermentprosess gi rom for at man kan utrykke sine behov og bekymringer, og bli aktive samarbeidspartnere for egen helse. Til tross for at det på dialogmøtet ble lagt opp til at bruker skulle ta tak i egen situasjon, ble det ikke opprettet et mobiliserende samarbeid i disse tilfellene. Oppfordringen ble oppfattet negativt av enkelte, da disse informantene ikke ønsket en slik makt. Dialogmøtet kan dermed ikke, i disse tilfellene, hevdes å anvende hverken paternalisme eller empowerment.

Forståelsen for empowerment innen helsefremmende arbeid er «*som en opplevelse av kontroll over forhold som påvirker helse og livskvalitet*» (Hauge, 2003, s.29). En slik opplevelse vil være subjektiv, og er derfor ikke i samsvar med den enkeltes faktiske mulighet til å utøve makt og myndighet i en gitt situasjon. Hauge (2003, s.29) hevder videre at det derfor vil være vanskelig å fremme empowerment hos brukere, da det ikke nødvendigvis er sammenheng mellom det å gi noen makt, og den reelle makten som oppleves av den andre. Det viktige blir da å spørre seg om bruker faktisk ønsker empowerment eller medbestemmelse. I denne studien viste det seg at noen informanter ikke ønsket en slik makt. Dette er i tråd med Slettebø (2000) og Starrin (2007, s.63) som mener at folket under en paternalistisk modell er passive og uvitende, og har behov for hjelp og styring ovenfra for å kunne mestre sine problemer. I denne sammenheng skal det nevnes at disse informantene også følte at de ikke hadde mottatt nok informasjon underveis i prosessen,

noe som kan ha hatt en innvirkning på hvorfor de ikke ønsket makt. Resultatene antyder at tilstrekkelig informasjon om rettigheter og muligheter er en viktig forutsetning for empowerment. Like viktig er det, i følge Hauge (2003) at dem som skal overta makten vet hva de vil. Resultatene viser derimot at noen informanter ikke hadde nok kunnskap eller selvtillit til selv å finne ut hva de faktisk ønsket. De håpet at dialogmøtet ville gi dem svarene. I et slikt scenario kan man si at informantene var ute etter det Martinsen (1990) kaller svak paternalisme. Her vil den hjelpende handle på vegne av bruker, og trekke dem med i beslutninger når det er til deres beste (Martinsen, 1990). Dette kan riktignok være nødvendig dersom bruker har nedsatt evne til å medvirke i spørsmål om eget liv og helse, men dette kan ikke sies å være tilfellet ved denne studiens informanter. Det at enkelte likevel ønsket å få servert løsningene, burde kanskje indikere et større behov for å heve sykemeldtes opplevelse av empowerment. I denne sammenheng kan en stille seg spørsmålet om hvem som har rett på sannheten og de rette valgene? Det er bruker selv som vet hvor skoen trykker, og kanskje det derfor er dem som bør sitte med makten til å finne de rette løsningene for å muliggjøre tilbakekomst i aktivitet. Det gjelder da å finne ut hvordan man kan gi makten til enkeltindivider, og dermed gi dem den tryggheten de trenger for å kunne ta sine egne valg.

Likevel kan empowerment, som det å gi eller delegerer makt til noen, i følge Tveiten (2007, s.25) gi begrepet en paternalistisk dimensjon. Ettersom empowerment er ment som en motsats til paternalisme, kan det kanskje være bedre å legge vekt på å *styrke* den andre, slik at man gjennom dialog får grundig informasjon til å ta valg i og om eget liv. Motsatsen til empowerment vil i følge Rappaport (1984) være maktesløshet og en følelse av å ikke ha kontroll over eget liv. Resultatene i denne studien viser at det er nettopp en slik følelse enkelte informanter sitter igjen med. Dette gjaldt ikke bare for dem som ikke ønsket å ta valg om egen situasjon. Det framkommer av resultatene at enkelte informanter, til tross for gjentatte forsøk på å fremme egne ressurser og ønsker for tiltak, ikke ble hørt. De opplevde et overveldende fokus på begrensinger, og ble møtt med motstand på sine forsøk på å legge fram egne muligheter. De mente selv forslagene ville føre til økt livskvalitet, men fikk vite at det ikke var mulig med deres helsetilstand og alder. Det ble dermed framlagt løsninger de ikke var enige i.

En slik tilnærming vil ikke samsvare med Starrin (2007) sine kjennetegn for empowermentmodellen, hvor man benytter inkluderende språk og gir den andre en opplevelse av å bli seg sett og hørt. Ved en slik tilnærming vil derimot de sykemeldte bli en målgruppe for «ekspertenes» råd eller ønsker, noe som i følge Green og Kreuter (1999) er kjennetegn ved den

paternalistiske modellen. I dette tilfellet opptrer kanskje NAV- representantene som «den støttende mor», og forsøker å formidle patriarkens lover og politiske føringer. Patriarken finner vi, i følge Starrin (2007) innen byråkrati og politikk. For å endre denne maktstrukturen og dermed ha mulighet til å styrke befolkningen, må ulike profesjoner, i dette tilfellet innen velferdssystemet, på linje med Rønning (2007) endre sin praksis. Ved å fremme empowerment hos brukere og styrke dem til å del i beslutninger om egen situasjon, ville kanskje flere sykemeldte kommet raskere tilbake i arbeid. Dette er i samsvar med denne studiens funn, hvor en av informantene opplevde å bli sett og hørt av NAV- representanten. NAV representantes salutogene tilnærming gjorde informanten oppmerksom på sine positive sider. Hun ble styrket til å ta kontroll over egne beslutninger, og var den eneste av studiens informanter som fikk økt sin selvbevissthet og tro på at det fantes en vei ut av situasjonen.

### 6.3.2 Empowerment gjennom dialog?

I følge Malterud og Walseth (2004) kan psykologisk empowerment foregå i en dialog eller veiledning med bruker. Videre hevder Heggdal (2008, s.302) at en positiv dialog kan styrke en persons søken etter det som fremmer helse og velvære i eget liv, og gjøre en oppmerksom på egne ressurser som kilde til bedring. Med andre ord kan en si at det vil være mulig å fremme empowerment gjennom en deltagende og løsningsorientert dialog. Resultatene i denne studien viser derimot at majoriteten av informantene opplevde å være mottakere i samtalen, og savnet en toveiskommunikasjon. Dette kan synes påfallende når fagfolk, i følge Høybråten Singstad (2004) har ansvaret for reel brukermedvirkning i samsvar med brukerne. Han hevder videre at dialog mellom bruker og yrkesutøver er en forutsetning for en slik brukermedvirkning (Høybråten Singstad, 2004). Dialogmøtet burde kanskje dermed være preget av en mer gjensidig dialog, hvor brukerne fikk rom for å fremme sine ønsker og yrkesutøverne overlot noe av sin makt. For å kunne ivareta prinsipper for empowermentttenkningen må yrkesutøverne være bevisst sin egen rolle og funksjon, og hvordan en samhandler med bruker (Høybråten Singstad, 2004). Ved å skape en positiv dialog med fokus på brukernes ressurser, hvor det blir tilrettelagt for at bruker selv tar del i beslutninger, kan dette være mulig. Resultatene i denne studien viser derimot at majoriteten savnet mer personlig veiledning underveis i prosessen, og opplevde at dialogmøtet kun fokuserte på begrensinger og dermed bekreftet situasjonen som håpløs. Dette er i tråd med O'Brien et al. (2008) hvor sykemeldte savnet råd og veiledning i forhold til arbeidsmuligheter og tilrettelegging fra sin almenlege. O'Brien et al. (2008) konkluderer med at sykemeldte ikke bare ønsker å motta sykemelding, men å diskutere videre muligheter og ressurser.

I denne studien var dialogen fraværende i de fleste tilfeller og informantene opplevde at det var NAV- representantens og velferdssystemets ønsker som ble fremmet, ikke deres egne. Informantene opplevde at fokuset var på at de skulle hurtigst mulig tilbake i en form for aktivitet, og ikke på å fremme deres ressurser og finne en aktivitet eller løsning de selv var enig i. Det kan i denne sammenheng trekkes paralleller til det Martinsen (1990) kaller svak paternalisme, hvor veileders mål er å gjennomføre egne ideer og planer etter det de opplever som det beste for bruker. Motsetningen i denne studien, er likevel at bruker ikke opplever at dette blir gjort for deres beste, men til det beste for velferdssystemet. Videre kan man spørre seg om det er til det beste for samfunnet at sykemeldte, som selv mener å inneha de nødvendige ressurser og kvaliteter til å utføre et arbeid, blir satt på uføretrygd? Til tross for at det kan være vanskelig å følge opp alles ønsker<sup>7</sup>, vil det kunne påstås at det burde vært gjort mer for å tilrettelegge for den enkeltes ønsker på dialogmøtet. Resultatene viser at det burde vært fokusert mer på prosessen som fører den enkelte tilbake i jobb. Dette kunne vært gjort på linje med Tveiten (2007) ved å styrke brukernes ressurser, selvstendighet og trygghet og ivareta deres rettigheter. På denne måten ville kanskje den sykemeldte oppleve empowerment og få styrke til å komme seg ut av situasjonen og tilbake i aktivitet. I følge Gibson (1995) kan empowermentprosessen også styrkes dersom andre mennesker opptrer støttende. Til tross for at de fleste informantene ikke opplevde at dialogmøtet var en kilde til slik støtte hevder de å ha mottatt støtte fra venner og familie, noe som har hjulpet dem å takle situasjonen. I denne sammenheng kan det hevdes at flere av informantene opplevde å være «empowered», men at dette ikke var noe som ble fremmet gjennom dialog på dialogmøtet i mer enn ett av tilfellene.

I samsvar med denne studien hevdet Gibson (1995) at dersom man blir møtt med motstand fra velferdssystemet kan dette skape en maktesløshet. Skal man lykkes i å komme ut av situasjonen er man avhengig av å kunne se egne ressurser og muligheter, og ha evne til å kjempe for dem (Gibson, 1995). Det fremkommer av funnene at de sykemeldte kanskje ikke hadde denne evnen til å stå på og kjempe for å fremme sine ressurser. Her kunne NAV- representantene fungert som støttespillere og på linje med Stang (2003) satt brukers ønsker over egne, og stimulert deres ressurser og muligheter for tilbakekomst i arbeid, gjennom en dialog preget av meningsutveksling. Dette er i tråd med Kieffer (1984, s. 28) sin studie der han fant at for å kunne hjelpe andre å oppnå «empowering growth», burde man samarbeide slik at de gjennom deltagelse kan utvikle de nødvendige emosjonelle og praktiske ressurser. Han hevder videre at denne empowermentprosessen kan foregå ved veiledning gjennom fem faser (Kieffer, 1984).

---

7 Jmf eksempel i kap 6.2.1 om omskolering



Den første fasen innebærer en mobiliserende episode, som i denne studiens tilfelle vil være det øyeblikket man blir sykemeldt. Naturlig nok vil dette, på linje med Kieffer (1984) etterfølges av en fase preget av usikkerhet og analyse av situasjonen. Allerede her ville det kunne være fordelaktig å komme i en dialog med velferdsystemet, hvor man kunne få hjelp til å få grep om situasjonen og ta tilbake en del av makten over den. Den tredje fasen er i følge Kieffer (1984) selve veiledningen, og vil være dialogmøtet i denne studiens tilfelle. Her er man avhengig av at veileder opptrer støttende og bidrar til en grundig kartlegging av situasjonen og hvilke muligheter som foreligger. Dersom denne dialogen på linje med Freire (1974) har som formål å fremme bevisstgjøring, forskyve makt og føre til praktisk handling for endring, ville det kanskje være et steg i riktig retning. Hvis dialogen så i tillegg var fokusert mot bruker som ekspert på seg selv og la til rette for brukermedvirkning ville det kanskje være mulig å endre situasjonen for den enkelte sykemeldte. Denne studiens resultater viser derimot at kvaliteten på dialogen var variende, og at den i de fleste tilfeller opplevdes som fraværende. Det vil her være verdt å trekke fram Malterud og Hollnagel (1999) sitt studie hvor de viser hvordan en «empowering» dialog med fokus på pasientens ressurser endret holdninger. Til tross for at studien ikke kunne konkludere med at pasienten utviklet empowerment, endret synet på henne seg fra og være passiv og ressurssvak til å bli sterk og aktiv, tross smerte. Empowerment er en langvarig prosess og ikke nødvendigvis noe som kan fremmes i løpet av en legekonsultasjon eller på dialogmøtet for sykemeldte. Likevel kan man, på linje med Malterud og Hollnagel (1999) legge tilrette for å fjerne «disempowering» praksis ved å følge overnevnte punkter. Ifølge Kieffer (1984) er man da klar for de to siste fasene i empowermentprosessen, hvor man prøver ut nyvunnet kunnskap, og har oppnådd nødvendige ferdigheter og deltagende kompetanse. Ved å følge en slik mal for veiledning med brukere, ville det kanskje være mulig å fremme empowerment gjennom dialog på dialogmøtet.

## **7.0 Konklusjon**

Hensikten med denne studien var å søke forståelse for hvordan sykemeldte opplevde dialogmøtet, og hvorvidt de opplevde det som en deltagende dialog. Det var ønskelig å undersøke hvorvidt de opplevde at det ble fokusert på deres ressurser og helsefremmende (salutogene) faktorer, og hvorvidt de fikk mulighet til å delta i beslutninger om egen helse og situasjon (empowerment). I tillegg ble det undersøkt om informantene opplevde å inneha motstandsressurser, og hvorvidt dialogmøtet bidro til å fremme disse. Studien har få informanter, og baserer seg på et tilgjengelighetsutvalg, noe som kan gjøre det vanskelig å trekke slutninger

for dialogmøter i sin helhet. Likevel kan det trekkes følgende slutninger ved studiens ulike forskningsspørsmål, noe som kan gi en pekepinn på hvordan dialogmøtet oppleves for enkelte.

Dialogmøtet ble lovfestet som et resultat av behovet for en dialogarena, hvor den sykemeldtes muligheter og begrensinger kunne diskuteres mellom partene i håp om å finne en løsning. Ble det så lagt tilrette for en deltagende dialog på dialogmøtet? Funnene viser at dialogmøtet opplevdes som lite konstruktivt og løsningsorientert. Det opplevdes som vanskelig å få i gang en dialog, noe som forsterket følelsen av at situasjonen var vanskelig å komme ut av. For majoriteten levde ikke dialogmøtet opp til forventningene, og denne studien stiller spørsmål ved valget av *dialogmøter* som begrep. Informantene viser til gjentatte forsøk på å bli hørt som ikke nådde fram, og hevder at møtet la opp til en monolog framfor en dialog. Det kan konkluderes med at dialogmøtet burde være mer preget av helsefremmende prinsipper, som empowerment og deltagelse, og at det på linje med Branstad (2003) burde fokuseres på å jevne ut maktforskjeller og hindre maktmisbruk. Dersom de profesjonelle på dialogmøtet hadde møtt de sykemeldte på deres behov og godtatt dem som eksperter på egne muligheter og grenser, kunne kanskje bedre løsninger blitt et resultat. I likhet med helsefremmende arbeid, kunne dermed dialogen, på linje med Heggdal (2008), bli en brobyggende metode for endring. Dette var riktignok tilfellet for en av informantene som, takket være NAV- representantens positive og løsningsorienterte tilnærming, opplevde en positiv dialog, med nyvunnet selvtillitt og mestring som resultat. I dette ene tilfellet kan man dermed konkludere med at dialogmøtet, riktignok etter at arbeidsgiver forlot det, levde opp til forventningene rundt begrepet dialog, og til dialogmøtets føringer (Arbeidsmiljøloven, 2005; Folketrygdloven, 1997; NAV, 2007; Teigen, 2008).

Studiens neste forskningsspørsmål dreide seg om hvorvidt det var fokus på muligheter eller begrensinger, eller salutogenese versus patogenese på dialogmøtet. Ser man igjen på intensjonene bak dialogmøtet, kan det synes som om det nettopp er å fremme selvrealisering hos den enkelte, og gjennom dialog fremme den enkeltes salutogene faktorer. Ressurser er en gjenganger i studien, hvor de fleste hevder at man er avhengig av egne ressurser for å kunne mestre situasjonen. Studien viser likevel at de fleste informantene følte at de ble møtt som diagnose, og at det var for lite fokus på de kvalitetene og ressursene de faktisk satt inne med. Et av studiens forskningsspørsmål dreier seg nettopp om ressurser, og hvorvidt informantene opplever at dialogmøtet bidro til å fremme deres motstandsressurser. I denne sammenheng kan det, på linje med Malterud, Mæland og Ursin (2010) konkluderes med at de fleste faktisk følte seg mer syke da de gikk enn da de kom til dialogmøtet. Riktignok var det flere informanter som

hevdede å inneha ulike motstandsressurser, men at det negative fokuset på dialogmøtet bidro i liten grad til å fremme disse. Dersom dialogmøtet isteden hadde hatt en salutogen tilnærming, hadde man kunne fokusert på hele personen, lyttet empatisk og bidratt til å fremme den enkeltes ressurser framfor begrensinger. Balanse mellom de krav som blir stilt og ens egne evner, i tillegg til deltagelse i beslutninger, er en viktig forutsetning for en følelse av sammenheng i tilværelsen (Antonovsky, 1987). Flere av informantene viser til tilfeller hvor de kom med forslag de mente de kunne mestre, men hvor de fikk beskjed om at det ikke var mulig med deres helsetilstand og alder. Dette må synes å være en patogen tilnærming, som ikke fører med seg gunstige løsninger for noen av partene. For å kunne oppleve situasjonen som forståelig, håndterbar og meningsfull kan det konkluderes med at man må ha nok informasjon, bli stilt tilpassede krav og ha mål å strebe mot som gir mening. Dersom dialogmøtene ble lagt mer opp etter dette, kunne det kanskje være mulig å komme fram til bedre løsninger.

Prinsippene bak dialogmøtet står i samsvar med utviklingen innen helsevesenet og ideologien bak helsefremmende arbeid, som ifølge WHO (1986, s.1 ) søker mot brukermedvirkning gjennom en prosess som setter folk i stand til å få økt kontroll over, og mulighet til, å forbedre sin helse. Det kan dermed synes som om dialogmøter er på linje med helsefremmende arbeid, og er en prosess hvor de sykemeldte blir «empowered» til å definere egne behov og delta i beslutninger om sin helse og livssituasjon. I denne sammenheng stiller studien spørsmål om hvorvidt informantene opplevde at dialogmøtet bidro til å fremme empowerment. Resultatene viser til varierende grad av medbestemmelse eller empowerment på dialogmøtet. Informantene som selv tok initiativ til dialogmøtet, hevder å ha kontroll og medbestemmelse i beslutninger, mens andre hevder at de må ta for mange beslutninger på egen hånd. Disse opplevde at dialogmøtet kun bekreftet situasjonen som håpløs, og savnet mer personlig veiledning underveis i prosessen. Dersom man på linje med tidligere forskning (Malterud & Hollnagel, 1999; Medin, Bendtsen og Ekberg, 2003; Müssner et al., 2007) hadde forsøkt å fremme empowerment og ressurser gjennom dialog, kunne det kanskje ha resultert i bedre løsninger for informantene i denne studien. Resultatene viser i motsetning at enkelte opplevde paternalisme på dialogmøtet, hvor NAV-representantene påla dem løsninger de ikke var enige i. Nå skal det riktignok sies at empowerment er en langvarig prosess, og ikke noe som skjer over natten. Likevel kan det konkluderes med at et større fokus på at den sykmeldte skal kunne ta del i beslutninger om egen situasjon, ville være fordelaktig. Ved å følge Kieffers (1984) fem faser for empowerment gjennom veiledning, ville dette kunne være mulig. Det må likevel hevdes at det her må brukes skjønn. Det er ikke alle individer som har like stor mulighet, og ressurser, til å delta i

beslutninger om egen helse. Ved å fokusere på dette og fremme den enkeltes ressurser vil man likevel kanskje kunne unngå å svekke de svakeste og styrke de ressurssterke. På denne måten kan dialogmøtet bli et helsefremmende tiltak, som på linje med Mittelmark et al. (2008) fremmer empowerment og sosial rettferdighet for de sykemeldte, og gir dem styrke og motstandskraft til hverdagens krav, og dermed mulighet til å delta aktivt i samfunnet.

Til avslutning kan denne studien kanskje fungere som svar på spørsmål i tidligere forskning, hvor Malterud, Mæland og Ursin (2010) etterlyser under hvilke betingelser tidlige dialoger mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, sykmelder og NAV kan bidra til å redusere videre sykefravær. I tillegg etterlyser Müssner et al. (2007) mer forskning på hvordan et møte mellom sykemeldte og trygde- og helsevesen kan fremme empowerment og selvtillit og dermed utvikle profesjonelle strategier som kan føre til tilbakekomst i arbeid. Ved å fokusere på de overnevnte punkter, og gjennom en positiv dialog med en salutogen tilnærming som fremmer den enkeltes empowerment, ressurser og muligheter vil dialogmøtene kanskje kunne bidra til å redusere sykefraværet ytterligere. Dersom dialogmøtene derimot, på linje med Hanson (2007, s. 327) fokuserer på å styre og å kontrollere, kan det ikke sammenlignes med helsefremmende arbeid. Det vil dermed mest sannsynlig heller ikke føre til bedre helse for de involverte. I denne sammenheng kan en spørre seg om dialogmøtene er lagt for mye opp etter hva politikere og myndighetene tror er best. Det er derfor på høy tid at dem saken gjelder blir hørt, slik at man eventuelt kan endre praksis og dermed komme nærmere målet om en reduksjon i sykefraværet.

## **7.1 Implikasjoner for videre praksis**

Som det framkommer av studiens resultater kan det synes som om dialogmøtene ikke fungerer etter intensjonene. I denne sammenheng ville det kanskje være gunstig å legge opp møtene etter de helsefremmende og salutogene prinsippene som diskuteres i denne studien. Ved å legge til rette for empowerment og dermed fremme den enkeltes salutogene faktorer, kan det føre til at sykemeldte blir oppmerksom på egne ressurser og muligheter. Dette kan resultere i en følelse av sammenheng og meningsfull tilværelse, som igjen kan øke den enkeltes helse og livskvalitet. For å oppnå dette bør man legge til rette for at den enkelte mottar tilstrekkelig informasjon, og kanskje utbedre de tilbudene som er tilgjengelige. I denne sammenheng burde man kanskje se nærmere på praksis angående uføretrygd. Man burde undersøke alternative tiltak i det ytterste før en eventuell uføretrygd ble løsningen. I tillegg burde man kanskje endre retningslinjene for dialogmøtene og jobbe mer med å få igang en deltagende dialog på dialogmøtet. Dersom ikke dette er mulig burde man kanskje vurdere å kalle møtet noe annet. I forhold til denne studiens

resultater ville kanskje et kartleggingsmøte være mer dekkende. Videre hadde det kanskje vært fordelaktig å ha et tredje møte i noen av tilfellene, hvor en gunstig løsning ikke ble funnet på dialogmøte 2. Nå er dette riktignok noe som er gjennomført i den nye IA avtalen, men det vil ikke bli lovfestet før 1.juli 2011 (NAV, 2010). Det ville muligens vært en fordel å få en fortgang på dette.

Studiens resultater viser, på linje med Malterud, Mæland og Ursin (2010) og Andreassen (2009) at det er tydelige forbedringspotensialer i forhold til innkallingsrutiner og ressursbruk innad i NAV. Ved å sette seg bedre inn i hver enkelt sykemeldte sin situasjon på forhånd, kunne kanskje noen av møtene blitt vurdert som unødvendige, og mer ressurser kunne overflyttes til de tilfeller hvor behovet var større. På denne måten kunne kanskje bedre løsninger vært mulig og flere sykemeldte kunne kommet tilbake i aktivitet. I tillegg viser studiens funn at flere opplever at de er avhengig av egne ressurser for å kunne kreve sine rettigheter. At flere informanter selv måtte ta kontakt for å få igang et dialogmøte som er lovfestet, er noe som kanskje kunne endres på. Hva med de sykemeldte som ikke blir innkalt til møtet og som selv ikke evner å ta kontakt? Her ligger det klare forbedringspotensialer for videre praksis.

Videre bør man jobbe imot det negative synet på sykemeldte som finnes i samfunnet. I denne sammenheng kunne man kanskje på linje med Lindstøm og Eriksson (2009) jobbe mer for å skape helsefremmende politikk (HPP) på en salutogen måte. Ved å fokusere på positive ressurser og den enkeltes muligheter framfor de negative konsekvensene sykefraværet pådrar samfunnet, kunne kanskje bedre løsninger vært lettere tilgjengelig. De sykemeldte befinner seg ofte i en sårbår posisjon. Dersom de opplever å være unyttig, og å være en belastning for samfunnet, vil det mest sannsynlig bare gjøre vondt verre.

## **7.2 Implikasjoner for videre forskning**

Dialogmøter har ikke vært forsket på i særlig grad tidligere. Da denne studien kun er basert på et lite tilgjengelighetsutvalg, er det behov for mer kvalitativ forskning rundt sykemeldtes opplevelser av dialogmøtet. I denne sammenheng kunne det vært interessant å se om endringene i fristene rundt oppfølging av sykemeldte har noen påvirkning på hvordan sykemeldte opplever dialogmøtet.

Videre er det behov for kvantitative studier som kan kartlegge innkallingsrutiner og gjennomførelsen av dialogmøtene. Det er fortsatt behov for mer informasjon på området, for

dermed å kunne se om dette er et tiltak som fungerer etter intensjonene. I tillegg kunne det vært interessant med longitudinale studier, hvor en kan ta stilling til hva effekten av dialogmøtene er på lengre sikt.

Dialogmøtet for sykemeldte er ikke tidligere knyttet opp mot helsefremmende arbeid eller salutogenese, noe som kan gi ny kunnskap på området. Det ville i denne sammenheng være nyttig å gå videre med både kvalitativ og kvantitativ forskning på området. Ved eksempelvis å gjennomføre eksperimentelle studier og benytte salutogen tilnærming eller metoder for å fremme empowerment under dialogmøtene. Det kunne gjennomføres et kontrollert randomisert studie, hvor man sammenlignet to grupper. En kunne dermed se om en salutogen tilnærming på linje med tidligere forskning (Langeland, 2007; Malterud & Hollnagel, 1999; Medin, Bendtsen & Ekberg, 2003) kunne ha en positiv påvirkning på sykemeldtes opplevelse av dialogmøtene. Dermed kunne en kanskje fremme empowerment og muliggjøre tilbakekomst i arbeid i større grad enn idag.

Myndighetene burde samarbeide med forskningsmiljø og i større grad få fram effekten av dialogmøtet som tiltak. I denne sammenheng ville det kanskje være fordelaktig å benytte denne studiens helsefremmende teorigrunnlag, og kanskje dermed kunne utbedre dagens retningslinjer og praksis.

## 8.0 Referanseliste

Andreassen, J. (2009) *Sykemeldtes vurdering av dialogmøtet*. Oslo, Econ Pøry.

Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. London, Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A. (1984) The sense of coherence as a determinant of health. In: Matarazzo, J.D., Weiss, C.M., Herd, J.A., Miller, N.E. & Weiss, S.M. eds. *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York, John Wiley, pp.114-129.

Antonovsky, A. (1985) *Health, stress and coping*. London, Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Fransisco, Jossey- Bass Publishers.

Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), pp.11-18.

Arbeidsdepartementet. (2010) *Inkluderende arbeidsliv*. Tilgjengelig fra; [http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitik/inkluderende\\_arbeidsliv.html?id=947](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitik/inkluderende_arbeidsliv.html?id=947) [lastet ned 9. april 2010].

Arbeidsmiljøloven. (2005) *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern av 17.juni 2005 nr. 62*. Tilgjengelig fra; [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) [lastet ned 3. mars 2009].

Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2006) *Arbeid, velferd og inkludering*. Stortingsmelding nr. 9 (2006-2007). Oslo, Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Arbeids- og Sosialdepartementet. (2005) *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009*. Tilgjengelig fra; [http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitik/inkluderendearbeidsliv/intensjonsavtaleometmer\\_inkluderende\\_.html?id=85829](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitik/inkluderendearbeidsliv/intensjonsavtaleometmer_inkluderende_.html?id=85829) [lastet ned 5 mars 2010].

Arbeids- og Sosialdepartementet, Moderniseringsdepartementet og Finansdepartementet. (2005) *Evaluering av IA avtalen*. Tilgjengelig fra;  
<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hdk/2006/0011/ddd/pdfv/270735evaluering2005endelig-korrekturlest28nov.pdf> [lastet ned 5. mars 2010].

Arbeids- og velferdsetaten. (NAV) (2007) *Dialogmøter ved oppfølging av sykemeldte- en veileder for sykemeldende behandlere*. Tilgjengelig fra;  
<http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download.php?tid=43052> [Lastet ned 3. mars 2009].

Arbeids- og velferdsetaten. (NAV) (2009) *Sykefraværstatistikk*. Tilgjengelig fra;  
<file:///F:/dokumenter/sykefrav%C3%A6rsstatistikk%20NAV.htm> [lastet ned 5. mars 2010].

Arbeids- og Velferdsdirektoratet. (2008) *Dialogmøter ved oppfølging av sykemeldte: en veileder for sykemeldende behandlere*. Stavanger, Offset AS.

Arbeidstilsynet. (2007) *Tettere oppfølging av sykemeldte*. Oslo, Kampen grafisk AS.

Arntzen, A. & Hauger, B. (2003) *Utfordringer i arbeid med barn og unge på skolen*. I: Hauge, H.A. & Mittelmark, M. B. red. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen, Fagbokforlaget, ss. 193-202.

Askheim, O.P. & Starrin, B. red. (2007) *Empowerment i teori og praksis*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Bakhtin, M.M. (1981) *The dialogic imagination: four essays*. Austin, University of Texas Press.

Bohm, D. & Nichol, L. eds. (2004) *On dialogue*. London, Routledge classics.

Branstad, A. (2003) *Fra monolog til dialog- fra en maktform til en annen?* I: Hauge, H.A. & Mittelmark, M. B. red. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen, Fagbokforlaget, ss. 162-173.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991) *Policies and Strategies to promote Social Equity in health*. Stockholm, Institute of futures Studies.



- Dalgard, O.S. (2008) *Faktaark om sosial støtte og ensomhet*. Folkehelseinstituttet.
- Dalland, O. (1993) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Ebeltoft, A. (1990) *Psykososialt arbeidsmiljø i praksis*. Oslo, Tano.
- Endringslov til arbeidsmiljøloven og folketrygdloven. (2007) *Lov om endringer i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven (tilrettelegging for og oppfølging av sykemeldte m.v. av 23. februar 2007 nr. 10*. Tilgjengelig fra; [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) [lastet ned 3. mars 2009].
- Eriksson, M. & Lindstrøm, B. (2008) A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), pp. 190-199.
- Folketrygdloven. (1997) *Lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19*. Tilgjengelig fra: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) [lastet ned 3.mars 2009].
- Freire, P. (1974) *De undertryktes pedagogikk*. Oslo, Gyldendal.
- Gibson, C.H. (1991) A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (3), pp.354-361.
- Gibson, C.H. (1995) The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (6), pp. 1201-1210.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1999) *Health promotion planning: an educational and ecological approach*. 3<sup>rd</sup> edition. California, Mayfield Publications.
- Green, J. & Thorogood, N. (2009) *Qualitative Methods for Health Research*. 2<sup>nd</sup> edition. London, SAGE Publications Ltd.
- Hammer, T. (2007) *Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv i praksis*. NOVA rapport 14/07. Oslo, Allkopi.
- Hansen, E.C. (2006) *Successful Qualitative Health Research: A practical introduction*.

Berkshire, Open University Press.

Hanson, A. (2007) *Workplace Health Promotion: A salutogenic approach*. Bloomington, AuthorHouse.

Hauge, H.A. (2003) Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid? I: Hauge, H.A. & Mittelmark, M. B. red. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen, Fagbokforlaget, ss. 15-34.

Hauge, H. A. & Mittelmark, M.B. red. (2003) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen, Fagbokforlaget.

Heggdal, K. (2008) *Kroppskunnskaping: Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Helsedirektoratet. (2008) *Sosiale miljøfaktorer intensjoner og innhold: Delutredning i gjennomgangen av miljørettet helsevern*. Oslo.

Hjort, P.F. (1994) ”Et spørsmål om sunnhet? – Mot et nytt helsebegrep”. I: Hjort, P. F. *Helse for alle! Foredrag og artikler 1974 – 79*. ss. 86 – 96. Utredningsrapport nr U 1 – 1994, Statens institutt for folkehelse, Avdeling for samfunnsmedisin, Seksjon for helsetjenesteforskning.

Høybråten Singstad, H.M. (2004) Brukermedvirkningsalibi eller realitet? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 1 (24), ss. 63-64.

Johannessen, E., Kokkersvold, E. & Vedeler, L. (2010) *Rådgivning. Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*. 3.utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kieffer, C.H. (1984) Citizen Empowerment: A Developmental Perspective. *Prevention in Human Services*, 3(3), pp. 9-36.

Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo, Gyldendal AS.

Langeland, E. (2006) Mestring av psykiske helseproblemer: salutogenese i teori og praksis. I Almvik, A. & Borge, L. red. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen, Fagbokforlaget, ss. 87-104.

Langeland, E. (2007). *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems. An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen.

Langeland, E., Wahl, A.K, Kristoffersen, K & Hanestad, B.R. (2007) Promoting Coping: Salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing*, 28 (3), pp. 275-295.

Lindstrøm, B. & Eriksson, M. (2005) Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (6), pp. 440-442.

Lindstøm, B. & Eriksson, M. (2009) The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. *Global Health Promotion*, 16(1), pp.17-28.

Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo, Universitetsforlaget.

Malterud, K. & Hollnagel, H. (1999) Encouraging the strengths of women patients: A case study from general practice on empowering dialogues. *Scandinavian Journal of public Health*, 27 (4), pp. 254-259.

Malterud, K., Mæland, S. & Ursin, H. (2010) *Hvor skoen trykker? Sykefraværsoppfølging i Norge 2009: Raskere tilbake*. Bergen, Uni Helse.

Malterud, K. & Walseth, L.T. (2004) Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift Den Norske Legerforening*, 124 (1), ss. 65-66.

Marmot, M., Siegrist, J. & Theorell, T. (2006) Health and the psychosocial environment at work. In: Marmot, M. G. & Wilkinson, R. G. eds. (2006) *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, pp. 97-130.

Martinsen, K. (1990) Omsorg I sykepleien: en moralsk utfordring. I: Jensen, K. red. *Moderne omsorgsbilder*. Oslo, Gyldendal, ss. 61-97.

Matsekaasa, A. (2009) *Utviklingen i sykefraværet*. Faktaark for Idebanken. Tilgjengelig fra: <http://www.idebanken.org/Forside/Nyhetsarkiv?offset=8&> [Lastet ned 5. mars 2010].

Medin, J., Bendtsen, P. & Ekberg, K. (2003) Health Promotion and rehabilitation: a case study. *Disability and rehabilitation*, 25 (16), pp. 908-915.

Mittelmark, M.B., 2008. (Forelesning), 22. januar 2008. *Health Promotion versus disease prevention: Clarification of concepts with practical examples*. Universitetet i Bergen.

Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2008) Health promotion. In: Heggenhaugen, K. ed. *The encyclopaedia of public health*. London, Elsever.

Müssner, U., Svensson, T., Söderberg, E. & Alexanderson, K. (2007) Encouraging encounters: sick-listed persons experience and interactions with rehabilitation professionals. *Social Work in Health Care*, 46 (2), pp. 71-87.

Mæland, J.G. (2005) *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.

Naidoo, J., & Wills, J. (2000) *Health Promotion: Foundations for practice*. 2 ed. Edinburgh, Baillière Tindall.

Naidoo, J., & Wills, J. (2009) *Foundations for Health Promotion*. 3 rd. Edinburgh, Baillière Tindall.

Nutbeam, D. (1998) *Health promotion glossary*. World Health Organisation, Geneva.

O'Brien, K., Cadbury, N., Rollnick, S. & Wood, F. (2008) Sickness certification in general practice consultation: the patients perspective. *Family practice*, 25 (1), pp. 20-26.

Ose, S. O., Bjerkan, A.M., Pettersen, I., Hem, K.G., Johnsen, A., Lippestad, J., Paulsen, B., Mo, T.O., & Saksvik, P.Ø. (2009) *Evaluering av IA avtalen 2001-2009*. Trondheim, SINTEF

Teknologi og forskning.

Patton, M.Q. (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2<sup>nd</sup> ed. Newbury Park, Sage Publications.

Patton, M.Q. (2002) *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3<sup>rd</sup> ed. California, Sage Publications.

Pearsall, J. & Hanks, P. eds. (2001) *The New Oxford dictionary of English*. Oxford, Oxford University Press.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8<sup>th</sup> edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Rappaport, J. (1981) In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), pp. 1-25.

Rappaport, J. (1984) Studies in empowerment: Introduction to the issues. In: Rappaport, J. Swift, C. & Hess, R. eds. *Studies in empowerment: Steps toward understanding and action*. New York, The Haworth Press, pp. 1-7.

Repstad, P. (2007) *Mellom nærhet og distanse*. Oslo, Universitetsforlaget.

Rønning, R. (2007) Brukermedvirkning og empowerment: gammel vin på nye flasker? I: Starrin B. & Askheim, O.P. red. *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo, Gyldendahl Akademisk, ss. 34-44.

Schwarzer, R., Knoll, N. & Rieckmann, N. (2004) Social support. In: Kaptein, A. & Weinmann, J. eds. *Health Psychology*. Malden Mass, Blackwell Publishing.

Slettebø, T. (2000) Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. *Nordisk sosialt arbeid*, 20 (2), ss. 75-85.

Sollund, M. J., Trygstad, S. C. & Johansen, B. L. (2004) *Myndiggjorte medarbeidere i pleie og*

omsorg: hvorfor og hvordan? Rapportering fra et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt. KS-FOU, 11/2004. Bodø, Nordlandsforskning.

Sosial- og helsedepartementet. (1992). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Stortingsmelding nr. 37 (1992-93). Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. NOU 1998:18 Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Stang, I. (2001) *Makt og bemyndigelse: om å ta pasient og brukermedvirkning på alvor*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Stang, I. (2003) Bemyndigelse. I: Hauge, H.A. & Mittelmark, M. B. red. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen, Fagbokforlaget, ss. 141-161.

Stansfeld, S.A. (2006) Social support and social cohesion. In: Marmot, M. G. & Wilkinson, R. G. eds. (2006). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, pp. 148-171.

Starrin, A. (2007) Empowerment som livsinnstilling: kan vi lære noe av Pippi Langstrømpe? I: Starrin, B. & Askheim, O.P. red. *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo, Gyldendahl Akademisk, ss. 59-70.

Statistisk sentralbyrå (SBB) (2009) *Kraftig vekst i sykefraværet*. Tilgjengelig fra; <file:///F:/dokumenter/statistikk/Sykefrav%C3%A6r,%20egen-%20og%20legemeldt.htm> [Lastet ned 5.mars 2010].

Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K., Enger-Karlsen, T., Narum, I.G. & Nybø, A. (2002) Empowerment i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 122 (24), ss. 2379-83.

Teigen, A. (2008) *Sykefraværssamtalen*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Tellnes, G. (2003) *Samspeillet Natur-Kultur-Helse: NaKuHel-konseptet i teori og praksis*. Oslo, Unipub forlag.

Tones, G., & Green, J. (2004) *Health promotion: Planning and strategies*. London, Sage Publications.

Tveiten, S. (2007) *Den vet best hvor skoen trykker: om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen, Fagbokforlaget.

Tveiten, S. & Severinsson, E. (2004) Client supervision: Meaning and experiences from the perspective of Norwegian public health nurses. *Nursing and health Sciences*, 6(4), pp. 279-286.

Vaglun, P. & Finset, A. (2007) *Helse, sykdom og atferd: innføring I medisinske atferdsfag*. 2.utg. Oslo, Cappelen Akademisk forlag.

Vidman, Å. (2007). *Det är så mycket som kan spela in: en studie av vägar till, genom och från sjukskriving baserad på intervjuer med långtidssjukskrivna*. Doktoravhandling. Luleå tekniska universitetet.

Vaaland, T.Ø. (2007) *Brev til en minister. Historier om psykisk helse og rus skrevet til Ansgard Gabrielsen*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

World Health Organization (WHO). (1946) *Constitution of the World Health Organization*. New York 19–22 June, 1946. (Official Records of the World Health Organization no 2, p.100).

Tilgjengelig fra; <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [lastet ned 9. mars 2010].

World Health Organization (WHO). (1986) *Ottawa Charter for Health promotion*. Genève.

Wormnes, B. & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring: veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen, Fagbokforlaget.

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet og og skriv om informert samtykke

Vedlegg 3: Tabell 1- oversikt over kategorier og meningsenheter

Vedlegg 4: Tabell 2- oversikt over informanter

Vedlegg 5: Godkjennelse fra Regional Etisk Komite for Medisinsk Forskning (REK)



## Vedlegg 1:

# Dialogmøtet- intervjuguide

### Innledningsspørsmål:

- takke for deltagelse
- hensikt med intervjuet, presiser taushetsplikt,
- informer om båndopptaker
- noen spørsmål?

### Hvordan opplever sykemeldte dialogmøtet etter 6 måneders sykefravær?

- Hadde du dialogmøte 1 med arbeidsgiver?
- Hadde du møtet ved 6 mnd?
- Er det lenge siden dialog 2?

### DIALOGMØTET:

- Hva var reaksjonen da du ble innkalt?
- Hadde du tanker om møtet på forhånd?
- ble det slik? Følte du det var til noe hjelp?
  
- Kan du fortelle litt om hvordan du opplevde dialogmøtet?
  
- Ble handlingsplan diskutert?
  
- Hva tror du er meningen bak et dialogmøte?
- opplevde du at dette ble oppnådd?
  - kunne det vært anderledes? Hvordan?
  
- Hvem var tilstede?
- Hvordan gikk samtalen- dialog?
- Ble du lyttet til? Hvem kom med forslag?
- Kan du fortelle om dette?

### Opplevelse av situasjon/ motstandsressurser

Om du tenker tilbake på hvordan du opplevde å være sykemeldt før dialogmøtet--

- hva hjelper deg å bedre takle situasjonen – hva var viktig for å mestre situasjonen?
- kan du **fortelle** hvordan du opplevde det å være sykemeldt?
- kan du **fortelle** hvordan du opplever det nå etter dialogmøtet?

- Anderledes?
- Har møtet gjort noe med hvordan du ser på hva som skal skje framover? Mht sykemeldig, jobb osv. - Hvordan?
- Tilgang til ressurser, informasjon hjelp du trenger? Hva er **dine ressurser**?
- Endret etter møtet?
  - **HVA** har eventuelt hjulpet deg å takle situasjonen? Før og etter møtet.
- Fortell meg litt om forholdet til dine kollegaer/ arbeidsplassen nå som du er sykemeldt.
- Sosial støtte?
- Har dialogmøtet hatt noen innvirkning på dette?

### **Kan dialogmøter fremme de helsefremmende prinsippene empowerment og deltakelse og eventuelt hvordan?**

Som sykemeldt er det jo mange beslutninger og valg som skal taes- hvis du tenker tilbake på dialogmøtet,

- opplevde du å bli lyttet til?
- Følte du at de forstod din situasjon?
- Hvem kom med løsninger?
- Hvilket ansvar føler du at du har ift din situasjon?
- Hvem har kontroll over **beslutninger om din situasjon og helse**?
- Kan du **fortelle** om dette?
  - Hvem føler du tar beslutninger om hva som skal skje ift din sykemelding?
  - Får du være med å bestemme?
  - Tenker du noe anderledes om dette med beslutninger nå etter møtet?
- Føler du at du vet hva dine rettigheter som sykemeldt er?
- Opplever du å ha like rettigheter som andre sykemeldte,
- endret etter dialogmøtet?

### **Hva følte du var hovedfokus på møtet?**

Hva følte du møtet dreide seg om /fokuserte på?

- - fokus på løsninger/ muligheter? **-fortell**
- fokus på helsefremmende (salutogene) faktorer?

**Avslutning;**

- Da har jeg ikke fler spm. **Er det noe mer du vil si eller spørre om?**
- Noe du synes jeg kunne spurt om?
- Hvordan opplevde du intervjuet? Var det vanskelig å snakke om?
- Takke for deltagelsen

## Vedlegg 2:

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *”Dialogmøter- med eller uten dialog?: en kvalitativ studie av sykemeldtes opplevelse av dialogmøtet ved 6 måneders sykemelding”*

#### **Bakgrunn og hensikt:**

I forbindelse med min mastergrad ved Universitetet i Bergen, gjennomfører jeg, Therese Thuen Mikkelsen, en studie om hvordan sykemeldte opplever dialogmøter.

1. mars 2007 ble det gjort endringer i Arbeidsmiljøloven, og sykemeldte skulle følges tettere opp. Blant de nye lovene ble det innført plikt om dialogmøter mellom den sykemeldte, arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste (og eventuelt lege og NAV). Møtene skal holdes etter henholdsvis 12 ukers og 6 måneders sykefravær. Denne studien vil søke de sykemeldtes opplevelse av dialogmøtene etter 6 mnd. sykefravær. I denne forbindelse henvender vi oss til deg med forespørsel om å delta i denne forskningsstudien, for å belyse hvordan sykemeldte opplever dialogmøter etter 6 mnd. sykemelding.

Det er pr. idag ikke gjort noen særskilt evaluering av slike møter, og denne studiens hensikt er å bidra med kunnskap om den sykemeldtes opplevelse/ erfaring med dialogmøtene.

#### **Hva innebærer studien?**

Dersom du kan tenke deg å delta i studien, vil jeg etter å ha mottatt vedlagte samtykkeerklæring, ta kontakt for å avtale et intervju. Samtalene vil vare ca. 1 time og vil bli tatt opp på båndopptaker. Båndopptakerne vil bli innelåst, og all informasjon vil bli anonymisert. Resultatene vil danne datagrunnlaget for intervjuers masteroppgave, og vil bli presentert i en monografi.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Det å være sykemeldt kan oppleves som belastende og det kan komme fram ting i samtalen som det er ubehagelig å snakke om. Dette er intervjuer klar over og det taes hensyn til dette. Likevel kan informasjonen du gir bidra til endringer og forbedringer, og du som informant får mulighet til å bli hørt.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Den informasjonen du gir i intervjuet vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun intervjuer og veileder knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. All informasjon vil bli slettet når prosjektet er ferdig. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

#### **Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg**

Om du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser.

### **Informasjon om utfallet av studien**

Du har rett til å få informasjon om studiens resultater.

Dersom du ønsker å delta i denne undersøkelsen, ber jeg deg lese og underskrive den vedlagte samtykkeerklæringen. Dette returneres til Therese T. Mikkelsen i den vedlagte frankerte konvolutten, så snart som mulig.

Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, eller ønsker å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, kan du gjerne ta kontakt med:

Therese Thuen Mikkelsen  
Mastergradstudent ved Universitetet i Bergen  
Kaptein Amlandsvei 6  
5162 Laksevåg

Tlf. 41297207  
mail: [therese.mikkelsen@student.uib.no](mailto:therese.mikkelsen@student.uib.no)

Grethe Ulveseter (veileder)  
Universitetslektor  
Avdeling for utdanning og helse  
Christiesgt. 13  
N-5007 BERGEN

Tlf. 55 58 98 26

mail: [Grethe.Ulveseter@iuh.uib.no](mailto:Grethe.Ulveseter@iuh.uib.no)

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien og sier meg villig til å delta.

Opplysninger innhentet fra meg kan oppbevares innelåst til prosjektet er ferdigstillt, og vil kun være tilgjengelig for intervjuer og veileder for prosjektet.

Jeg er kjent med at deltagelse er frivillig, og at jeg når som helst kan be om å få slettet de opplysninger som er registrert om meg.

---

Sted

Dato

Underskrift av intervjuperson

Navn blokkbokstaver:.....

Tlf. Nr. Du kan nås på; .....

### Vedlegg 3:

**TABELL 1**

En oversikt over de tema/kategorier og meningsenheter som ble dannet under analysen av datamaterialet.

Meningsenhet	Tema/ Kategorier
Inkallelse til møtet Forventninger	Forventninger til dialogmøtet
Tilgang på informasjon Egne ressurser Mangel på tid til å akseptere situasjonen For lite fokus på ressurser Møtt som diagnose Fraværende dialog	Faktorer som preget opplevelsen av dialogmøtet
Sosial støtte Kunnskap Selvtillit	Motstandsressurser
Kontroll over beslutninger Selvbevissthet Deltagelse	Innflytelse over egen situasjon

## Vedlegg 4:

### TABELL 2

Oversikt over informantenes forventninger til, og utfall av dialogmøtet.

Informant	Gjennomført D1	Innkalling D2	Forventninger D2	Løsninger D2
1	Ikke hatt-dårlig kontakt med arbeidsgiver	Tok selv kontakt med NAV ved 7 mnd sykemelding	Hadde konkrete ønsker om veien videre	Arbeidsgiver trakk seg ut. Fikk hjelp av NAV og det ble søkt om kurs
2	Ikke hatt- men god kontakt med arbeidsgiver	Tok selv kontakt ved 10 mnd sykemelding	Ønske om å komme i aktivitet/ arbeid	Ble uføretrygdet 50 %- ønsker større prosent i arbeid
3	Uformell samtale pr. Tlf uten plan videre	Tok selv kontakt etter 10 mnd	Ønsket hjelp å tilrettelegge mer på arbeidsplass eller annet arbeid	Ble uføretrygdet 50 %- ønsker større prosent i arbeid
4	Uformell samtale pr. Tlf med plan videre	Ble innkalt ved 6 mnd sykemelding	Syntes møtet kom for tidlig- hadde håp om å komme i arbeid eller aktivitet	Fortsatt sykemeldt- Tidspunkt for intervju er ved 11 mnd sykemelding og ingen utsikter for å komme tilbake i jobb
5	Hatt møte og handlingsplan sendt til NAV	Ble innkalt ved 6 mnd sykemelding	Så på møtet som unødvendig- hadde plan videre og arbeidsgiver deler oppfatning	Handlingsplan fra D1 ble fulgt- er idag snart tilbake i full jobb
6	Hatt møte og handlingsplan sendt til NAV	Ble innkalt ved 6 mnd sykemelding	Så på møtet som unødvendig- hadde plan videre og arbeidsgiver deler oppfatning	Handlingsplan fra D1 ble fulgt- er idag snart tilbake i full jobb
7	Hatt møte og handlingsplan sendt til NAV	Ble innkalt ved 6 mnd sykemelding	Så på møtet som unødvendig- hadde plan videre og arbeidsgiver deler oppfatning	Handlingsplan fra D1 ble fulgt- er idag snart tilbake i full jobb

## Vedlegg 5:



### UNIVERSITETET I BERGEN

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Grethe Ulveseter  
Avdeling for utdanning og helse  
Universitetet i Bergen  
Christiesgate 13  
5007 Bergen

Deres ref	Vår ref	Dato
	2008/9849-ANØL	09.09.2008

#### **Ad. prosjekt: "Dialogmøter- veien tilbake?: en kvalitativ studie blant sykemeldte" (173.08)**

Det vises til din søknad om godkjenning av forskningsprosjekt, datert 09.08.08.  
Komiteen behandlet søknaden i møte den 28.08.08.

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk foretar sin forskningsetiske vurdering med hjemmel i Forskningsetikklovens § 4. Saker vedrørende forskningsbiobanker behandles i samsvar med Biobankloven. Saksbehandlingen følger Forvaltningsloven.

Komiteen har ingen merknader til forelagt protokoll.

Informasjonsskrivet må imidlertid forbedres.

Forespørselen må utarbeides i en nøytral språkdrakt.

Under avsnittet om fordeler og ulemper må setningen "likevel bør det nevnes at det burde være i alles interesse..." må strykes. Her minner komiteen om at det i prosjektet som involvere håndtering av opplysninger gitt av arbeidstaker om sin arbeidsgiver følger det strenge krav til konfidensiell behandling av opplysningene. Arbeidsgiver skal ikke kunne identifisere noen av deltakerens utsagn i prosjektet.

Informasjon om hvem studenten er, må komme til slutt i skrevet.

Det bør komme frem hvem som har tilgang til de innsamlede data. Hvem er "autorisert personell" her?

Malen dette informasjonsskrivet bygger på er kun veiledende. I dette tilfelle bør Kapitel A og B strykes og tekstene leggs til første siden.

Vedtak:

*Prosjektet godkjennes på vilkår av at ovennevnte merknader tas til følge.*

Postadresse  
Postboks 7804  
5020 Bergen

rek-vest@uib.no  
www.etikkom.no/REK  
Org no. 874 789 542

Regional komité for medisinsk  
og helsefaglig forskningsetikk,  
Vest-Norge  
Telefon 55 97 84 97 / 98 / 99

Besøksadresse  
Haukeland Universitetssykehus



Komiteenes vedtak etter Forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK-Vest (jfr. forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. forvaltningsloven § 29).

Komiteen ber om å få tilsendt sluttrapport evt. trykt publikasjon for studien.

Vennlig hilsen



Arnold Berstad  
nestleder



Anne Berit Ølmheim  
førstekonsulent