

Att komma igen

Om att återgå i arbete efter sjukskrivning för rygg-, nack- eller skulderbesvär, en pilotstudie med fokusgrupper

Cecilia Nordqvist

Christina Holmqvist

Elisabet Cedersund

Kristina Alexanderson

I artikeln beskrivs det praktiska arbetet med datainsamling via fokusgrupper i en pilotstudie. Vidare konstateras att metoden är användbar i socialmedicinska studier. Cecilia Nordqvist är sociolog. Christina Holmqvist är universitetsadjunkt och arbetar med utbildning av vårdpersonal, bland annat inom området smärta. Kristina Alexanderson är universitetslektor och bedriver forskning om sjukfrånvaro och hälsa. Samtliga tre arbetar på Socialmedicin och folkhälsovetenskap, Institutionen för hälsa och miljö vid Hälsouniversitetet, Linköpings universitet. Elisabet Cedersund arbetar som universitetslektor i social omsorg vid Hälsouniversitetet, Campus Norrköping och är även verksam som forskare vid Tema Kommunikation, Linköpings universitet.

Studien är finansierad av Rådet för arbetslivsforskning och Vårdalsstiftelsen.

inte återvänder till arbete i högre utsträckning än andra (1-6). Marginalisering på grund av ryggbesvär är således ett omfattande socialmedicinskt problem. Ryggproblem och utslagning på grund av detta är ett mångfacetterat fenomen och faktorer på olika strukturella nivåer har betydelse.

Projektet 'Konsekvenser av sjukskrivning - en 10-årsuppföljning' syftar till att identifiera faktorer som hindrar respektive underlättar återgång i arbete vid sjukskrivning på grund av besvär från rygg, nacke och/eller skuldror. Inkluderade i kohorten är personer som 1985 var 25-34 år gamla och sjukskrivna med rygg-, nack-, eller skulderdiagnoser under minst fyra veckor. För att brett belysa denna frågeställning genomförs en omfattande insamling av både kvalitativa och kvantitativa data. Hittills har data från register, sjukintyg, en enkät och enskilda intervjuer inhämtats. Dessa kommer att kompletteras med datainsamling via fokusgrupper. Inför samtliga datainsamlingsmoment har en pilotstudie genomförts. I denna artikel redovisas data och erfarenheter från den pilotstudie som gjorts inför fokusgruppmomentet i huvudstudien.

En *fokusgrupp* är ett organiserat guppsamtal med fokus på en förutbestämd fråga. Det finns numera omfattande litteratur som relativt samstämmigt beskriver hur och i vilka sam-

INLEDNING

Muskuloskeletala besvär är ett av våra största folkhälsoproblem och den vanligaste orsaken till sjukskrivning och förtidspension. Samtidigt är våra kunskaper om lämpliga metoder för behandling och rehabilitering otillräckliga. Ett flertal studier har till exempel visat att personer som deltar i rehabiliteringsprogram

manhang fokusgrupper kan användas som datainsamlingsmetod (7), varför vi här endast gör en kort sammanfattning av metodiken. Tyngdpunkten i framställningen läggs på våra erfarenheter av pilotstudien.

Fokusgrupper som metod för datainsamling

I slutet av 1930-talet experimenterade samhällsvetare med kvalitativa forskningsmetoder och började bland annat arbeta med öppna frågor i stället för slutna. Ur tankar om vikten av att minimera intervjuarens påverkan av svaren föddes idén om fokusgrupper (7). Metoden användes till en början mest i marknadsundersökningar för kommersiella intressen. Samhällsvetenskapen dominerades i ytterligare flera decennier av kvantitativa metoder. När nu allt fler forskare arbetar kvalitativt har fokusgrupper som metod för datainsamling åter blivit vetenskapligt intressant (8).

Fokusgrupper används både som egen metod och vid triangulering av data insamlade på andra sätt. De kan användas i fenomenologiskt inriktade studier för att tydliggöra människors egna erfarenheter och explorativt för att formulera hypoteser (9). Syftet med metoden är bland annat att interaktionen inom gruppen ska generera fler idéer och tankar än vad summan av flera enskilda intervjuer skulle ha gjort. Nya infallsvinklar kan introduceras av de olika deltagarna, som inte behöver enas om en uppfattning (10). Se inledande artikel i detta temanummer för ytterligare metodbeskrivning.

SYFTE

Syftet med pilotstudien var att pröva fokusgrupper som metod för datainsamling avseende: -intervjuguiden,

-praktiska aspekter av genomförandet, samt -att ge moderator och bisittare möjlighet att pröva båda dessa roller.

METOD

Inför planeringen av pilotstudien inhämtades kunskap via litteratur och via kontakt med personer som arbetat vetenskapligt med fokusgrupper som datainsamlingsmetod. Två fokusgrupper, med fem respektive fyra deltagare, genomfördes under hösten 1998.

I pilotstudien inkluderades personer som deltog i rehabilitering för rygg-, nack-, eller skulderbesvär, var ca 40-50 år gamla, hade svenska som modersmål och förvärvsarbetade. En person var cirka 25 år och studerade. Efter tillstånd av ansvariga för två rehabiliteringscentra, ett privat och ett landstingsdrivet, bad vi sjukgymnaster där välja ut gruppdeltagare som uppfyllde våra kriterier. Rekryteringen skedde på två olika sätt. Vid den ena enheten gav presumtiva intervju-personer tillstånd till en av författarna att ringa deras hemtelefonnummer för att bestämma en tid. Vid den andra fanns en av författarna på plats i träningslokalen så att tid kunde bestämmas direkt. Det sistnämnda sättet gav flest deltagare och var mest tidseffektivt. Deltagarna fick ett introduktionsbrev om syftet med fokusgruppmötet samt att det skulle spelas in på ljudband. Där betonades också att deltagandet var frivilligt. En vecka innan mötet skickades ett välkomstbrev med praktisk information.

En intervjuguide arbetades fram utifrån teoretiska och praktiska aspekter, med hänsyn till projektets syfte; vad som kan hindra respektive underlätta återgång i arbete vid sjukskrivning för rygg-, nack- eller skulderbesvär. Eftersom undersökningen var explorativ, det vill säga nya idéer söktes, användes breda

frågeområden som skulle uppmuntra en fri diskussion i gruppen. Guiden var upplagd så att deltagarna först fick presentera sig kort. Sedan gavs två fallbeskrivningar av personer med besvär liknande deras egna, att diskutera olika lösningar kring. Därefter följde frågor kring deltagarnas egna erfarenheter av vad som har hindrat respektive underlättat återgång i arbete vid sjukskrivning.

Genomförande

En grupp bestod av endast kvinnor, den andra av både kvinnor och män. Den första gruppen träffades i anslutning till sin rehabiliteringslokal, den andra i en centralt belägen vårdskola. Två bandspelare användes för att gardera mot eventuella tekniska problem. Mikrofonerna hängdes upp i taket för att inte vara i blickpunkten under samtalet. Vi valde att samlas runt ett mindre bord.

De två första författarna till denna artikel genomförde intervjuerna och båda prövade rollerna som moderator respektive bisittare. Vi började mötet med att dricka kaffe och småprata medan alla samlades. Både moderator och bisittare var då med vid bordet, där namnskyltar ställts upp. En introduktion genomfördes under slutet av kaffestunden. Moderatör berättade mycket kort om projektet, syftet med diskussionen och att den skulle spelas in på band. Hon talade också om allmänna normer för intervjun, till exempel att en person i taget pratar, att alla synpunkter är viktiga, att deltagarna kan ändra åsikt under diskussionens gång samt att ljudband och utskrifter kommer att hanteras i enlighet med gällande sekretessregler. Moderatör påpekade också betydelsen av att deltagarna inte talar med andra, utanför gruppen, om det som sagts under intervjun. Deltagarna erbjöds parkeringspengar och en penna. Alla tackade nej

till reseersättning. Slutligen fyllde deltagarna i en kort enkät om hur ofta de haft besvär under det senaste året.

Innan intervjuerna startade, flyttade bisittaren ut ur gruppen till en position där hon hade ögonkontakt med moderatör och kontroll över bandspelarna.

Under intervjuerna var moderatör diskussionsledare med uppgift att initiera nya frågor, ställa följdfrågor samt att få en balans mellan talföra och mindre talföra deltagare. Bisittaren var ett stöd för moderatör; ansvarade för teknisk utrustning, höll reda på tiden, antecknade betydelsefulla händelser och övergripande intryck av situationen.

Mot slutet av den första intervjun sammanfattade moderatör diskussionerna och deltagarna ombads göra eventuella kompletteringar. Därefter frågade moderatör bisittaren om något av det som tagits upp behövde förtydligas. I den andra fokusgruppen gjorde moderatör dessutom kontinuerliga sammanfattningar under intervjuns gång och vi beslutade att fortsätta med detta i huvudstudien därför att deltagarna då ofta fortsatte diskussionen efter dessa sammanfattningar.

Omedelbart efter intervjun skrev moderatör och bisittare ner sina intryck var för sig och diskuterade därefter intervjusituationen. Även detta samtal spelades in på band. Senare skickades ett tackbrev till deltagarna.

Analys

Analysarbetet utfördes av projektgruppen, det vill säga författarna till denna artikel.

Materialet analyserades utifrån en grounded theory-ansats (11, 12) vilket innebar att det betraktades så förutsättningslöst och öppet som möjligt.

Intervjuerna transkriberades och jämfördes sedan med bandinspelningarna. Det resulter-

rade i några korrigeringar. Samtliga författare läste sedan transkriberingarna. Därefter gjordes en öppen kodning, vilket innebar att frågor ställdes till texten, rad för rad, till exempel: Vad händer? Vad uttrycks? (11). Uttalanden som gällde de intervjuades egen erfarenhet markerades särskilt. Koderna samlades i kategorier, med sidhänvisning för att de lätt skulle kunna härledas till sitt ursprungliga sammanhang. Alla författare tog del av förslaget till kodning och framförde synpunkter. Utifrån kategorierna skrevs sedan en sammanställning av innehållet i intervjuerna vilken kommenterades av samtliga. Det ledde till revidering och ytterligare textförslag, i flera omgångar. Inom projektet finns sedan tidigare god erfarenhet av denna metod vid analys av individuellt intervjumaterial (12).

RESULTAT

Här presenteras först exempel på utsagor i intervjuerna samt något av den analys vi har gjort, därefter våra erfarenheter av metoden.

Intervjuernas innehåll

I tabell 1 visas en sammanställning av de faktorer vilka starkast framhölls i fokusgrupperna som hindrande respektive främjande för återgång i arbete vid sjukskrivningen. Faktorerna finns på olika nivåer, från individ- till samhällsnivå. De här följande citaten belyser ytterligare uppfattningarna och erfarenheterna. Gruppdiskussionerna visar, illustrerat av citatet nedan, att smärtan är ett grundläggande hinder.

”Man kunde inte sitta, man kunde inte stå, man kunde inte ligga, man ... ville inte göra någon-

Gruppdiskussionerna visar att smärtan är ett grundläggande hinder

Arbetskamraternas inställning är viktig för möjligheten att återvända i arbete

ting. Man orkade inte göra någonting man tyckte det är pest och pina, helst så ... jaa, så tyckte man det jag orkar inte idag, jag skiter i det här. Jag kan lika gärna lägga mig ner och dö” (kvinna fg 2).

Smärtan leder emellertid till ytterligare problem eftersom den tvingar individen till sjukfrånvaro. Detta kan, som i citaten nedan, göra henne osäker på om hon verkligen behövs på arbetsplatsen och vad som egentligen är det mest väsentliga i arbetsuppgifterna.

”Annars så, är det ingen som bryr sig då känner man ju som att det spelar ingen roll om jag åker dit eller inte” (kvinna fg 2).

”Det är väldigt svårt att komma tillbaka och arbeta vissa procent av det som egentligen är ordinarie arbetsuppgifter. Vad ska man välja att göra”? (Kvinna fg1, om arbetsträningen).

Arbetskamraternas inställning är viktig för möjligheten att återvända i arbete. Så här berättar en kvinna om vad som kan underlätta:

”... Och att man liksom hjälps åt, dom säger ta nu inte det där själv utan nu hjälps vi åt” (kvinna fg 2).

I gruppdiskussionerna lyfts vidare betydelser av individens inställning till och insikt i sin situation ofta fram. Det belyses i följande fyra exempel:

”Jag riskerar inte min rygg något mer. Det får räcka nu tycker jag” (kvinna fg 1).

”För mig har grunden varit att acceptera att jag har det här. Och väl aldrig blir av med det. Men det, ja, det är ett liv det också. Och det, det är jag” (kvinna fg1).

”Allra värst är ju att tappa taget. Då kommer man ju inte mer tillbaka” (kvinna fg 1).

”Möjlighet tror jag att man har men man måste själv ta sig i kragen och göra den här anstiftan” (man fg 1).

Tabell 1. Faktorer som tydligast, enligt pilotstudien, främjar respektive hindrar återgång i arbete efter sjukskrivning för besvär i rygg, nacke eller skuldra. Nivåerna är sorterade med hänsyn till frekvens och intensitet i uttalandena. I området smärta finns således de starkaste faktorerna.

Faktorer	Hindrande	Underlättande
Smärta	-Tar överhand, styr livet	-Minskar, blir kontrollerbar eller försvinner
Arbetets karaktär	-Monotont, tidspressat, svårt att påverka	
Arbetsledningens förhållningssätt		
Under sjukskrivningen	-Håller inte kontakt	-Håller kontakt
Vid återkomsten	-Ger inte stöd. Har ingen plan	-Upprättar en handlingsplan inför återkomst
Arbetskamraterna	- Har låg grad av lyhördhet - Är mindre hjälpsamma	- Fullföljer handlingsplanen och informerar samtliga om den - Hjälper självmant till med tyngre lyft vid återkomsten - Skapar bra arbetsklimat
Individen	- Har för hög ambitionsnivå i arbete och fritid - Döljer sina besvär - Skjuter upp vårdkontakt - "Tappar taget"	- Anpassar yrkesval efter fysiska och psykiska förutsättningar - Tränar kroppen fysiskt - Tar tidig vårdkontakt - Har bra självförtroende - Är motiverad att återgå i arbete - Tar ansvar för sin situation - Känner ingen skam på grund av sina besvär - Ser till att få hjälpmedel och använder dem - Aktiverar sig på fritiden - Känner sig behövd
Vårdkontakter	- Tvivlar på patienten - Är oförstående - Har långa väntetider	- Är uppmuntrande - Är förtroendeingivande
Socialt	- Isolering från aktiviteter och sociala kontakter	- Socialt nätverk med emotionellt och instrumentellt stöd
Samhällsnivå	- Lågkonjunktur; kraven ökar på varje anställd, svårare att få respektive byta arbete	

En tidig vårdkontakt, med läkare och sjukgymnast som förstår och har kunskap om smärtan och konsekvenserna av den, underlättar återgång i arbete:

"Och sedan är det ganska viktigt att man får tag i en bra läkare, vilket jag har haft. Det är en jätte... som verkligen bryr sig och tycker att ... ja, men, snälla Eva det är klart att så här ska

det inte behöva va. Och att man får ha samma läkare hela tiden.....Hon vet ju precis hurdan jag är... Hon förstår att nu är det värre än förra gången vi talades vid" (kvinna fg 2).

Deltagarna i fokusgrupperna berättar även att faktorer på andra strukturella nivåer, såsom arbetsmarknadssituationen, påverkar hur arbetsplatserna fungerar. Det finns inte längre

tillräckligt många anställda för att personalen ska kunna följa alla säkerhetsföreskrifter eller för att den som har besvär ska kunna be om hjälp. Detta kan också leda till att någon som har värk inte sjukskriver sig. Intervjupersonerna beskriver den rädsla som finns bland dem som har besvär:

”Visa inga svagheter. Försök hålla skenet uppe annars är du den som först åker ut eller sist får den här nya tjänsten som dyker upp” (kvinna fg 1).

”Det har ju varit nedskärningar även på mitt jobb och det är ju klart att när man gick tillbaka till jobbet att då försökte man mer än man borde ha gjort egentligen. För ja, jag måste försöka hänga med” (man fg 1).

Fokusgruppmetoden

Syftet med pilotstudien, att praktiskt pröva den metod för arbete med fokusgrupper vi teoretiskt arbetat fram, uppfylldes och vi fick en bra grund för utveckling och modifiering av vissa detaljer inför huvudstudien. De aspekter som prövades var:

- Rekryteringsmetoder
- Gruppstorlek
- Praktiska detaljer som plats för intervjun, möblering, namnskyltar, ljudinspelning, tidsåtgång, inledning och avslutning av intervjuerna samt transkribering
- Intervjuguide
- Moderators och bisittares funktioner
- Samarbete mellan moderator och bisittare
- Analysmetod

Ingen av de personer som tillfrågades tackade nej till att delta i en fokusgrupp. Ett urval gjordes dock i och med att sjukgymnasterna förmedlade kontakt med individer som de antog skulle vara intresserade.

En aspekt att ta ställning till vid sammansättning av deltagare i en fokusgrupp är grad av homogenitet. I de två pilotgrupperna var

den hög: Alla bodde i samma kommun, hade svenska som modersmål och var cirka 40-50 år, utom en person som var yngre. En grupp bestod endast av kvinnor. Vidare deltog samtliga i aktiv rehabilitering för besvär från rygg, nacke och/eller skuldror. Alla, utom en, hade varit sjukskrivna för sådana besvär. De flesta hade smärta dagligen. Samtliga var vid intervjutillfället i arbete eller studerade, några heltid, andra deltid. Alla hade således erfarenhet av vad som underlättar återgång i arbete.

När det gäller gruppstorlek var vår hypotes att grupper på 5-7 personer skulle fungera bäst. Vid båda tillfällena uttalade sig intervjupersonerna positivt om att gruppen inte var större. Den första gruppen bestod av tre kvinnor och två män. Den andra hade fyra deltagare. Eftersom vi inte ville riskera att få för stora grupper hade vi planerat sex deltagare till varje tillfälle. Första gången fick en deltagare förhinder, andra gången var det två. I alla fallen var orsaken sjukdom. Bortfallet visar nödvändigheten av att rekrytera fler deltagare än vi gjorde. Kanske är detta extra viktigt när sjukdom är ett av kriterierna för inklusion.

Stämningen var positiv och avspänd i båda grupperna och diskussionerna flöt bra redan från början. Att bandspelarna och mikrofonerna var något dolda kan ha bidragit till den goda stämningen, samt att vi inledde med kaffe och småprat. Vid båda tillfällena satt deltagarna kvar en stund efter intervjuns slut och diskuterade med varandra.

Lokal valdes med hänsyn till gruppdeltagarna. Den skulle vara lätt att hitta till och ha bra parkeringsmöjligheter. Lokalen bör vara disponibel minst 30 minuter både före och efter intervjun. Den extra tiden innan behövs för praktiska förberedelser och för att deltagarna ska kunna komma tidigare. Halvtimmen

Intervjuguiden utvecklades något efter var och en av de två fokusgrupperna

efter används för moderators och bisittares slutreflektioner. De två timmar som beräknats för själva fokusgruppintervjun visade sig vara lagom.

Vår förmodan att två fokusgrupper skulle ge tillräckligt underlag för att testa metoden visade sig stämma.

Innehållet i intervjuerna styrdes av intervjuguiden men utifrån den kunde deltagarna själva formulera beskrivningar och tankar. Guidens struktur visade sig fungera som vi avsett. Att börja på en generell nivå, genom att utgå från två fall, tror vi underlättade för deltagarna att sedan berätta om sina egna erfarenheter. Intervjuguiden utvecklades något efter var och en av de två fokusgrupperna då vissa formuleringar kunde leda till missuppfattningar och fler frågor som uppmuntrade deltagarna att berätta om egna upplevelser behövdes.

Att de två första författarna båda prövat rollen som bisittare respektive moderator gav insikt i och förståelse för båda rollerna. Det underlättade också avgörandet av rollfördelningen i huvudstudien samt gav en bra grund för fortsatt samarbete.

I pilotstudien blev kodningen av materialet aldrig selektiv, det vill säga skedde mot en huvudvariabel (11). Detta berodde på att vi inte ville utesluta någon aspekt och att materialet var så begränsat att en selektion inte skulle ha sparat så mycket tid. De kategorier som utkristalliserades kan däremot användas för mer selektiv kodning i huvudstudien, om liknande områden berörs där.

Personerna i analysgruppen har olika bak-

grund och skilda erfarenheter av kvalitativa studier. Detta medförde att olika aspekter av innehållet i intervjuerna blev belysta. Eventuellt kan analysen ha begränsats av att samtliga är yrkesverksamma kvinnor och ur den aspekten en homogen grupp.

Fokusgrupper som metod för datainsamling visade sig användbar för att hitta underlättande respektive hindrande faktorer för återgång i arbete vid sjukskrivning. Både när deltagarna i fokusgrupperna hade liknande och när de hade skilda erfarenheter stimulerade de varandras tankar och många synpunkter uttalades.

DISKUSSION

Innehållet

Innehållsanalysen av pilotstudien bekräftar delvis resultat från tidigare studier (13, 14), men är naturligtvis inte generaliserbara på grund av studiens begränsade omfattning. Diskussionen i grupperna visade att graden av smärta har betydelse för möjligheten att arbeta, att långvarig sjukskrivning kan leda till isolering samt att förhållningssättet hos arbetskamrater, arbetsledning och vårdpersonal har stor betydelse för eventuell återgång i arbete.

Analysen gav även resultat som tenderar att skilja sig något från resultat av enskilda intervjuer med personer som har ryggproblem (12). I fokusgrupperna framstod till exempel individens eget ansvar, betydelsen av arbetskamraternas och arbetsledningens roll under sjukskrivningen och vid återkomsten till arbetet tydligare.

Deltagarna i fokusgrupperna är i produktiv ålder. Det borde ligga i samhällets intresse att de återgår i arbete. Trots det upplever deltagarna att de själva måste ställa stora krav för att få rehabilitering. Detta upplevs å ena si-

I innehållsanalysen har vi, i enlighet med intervjupersonernas uttalanden, utgått från att de alla ville börja arbeta igen

dan som onödigt och besvärligt. Å andra sidan menar grupperna att det är individen själv som har ansvar för sin kropp. Deltagarna framhåller att de genom träning och egna initiativ lyckats uppnå en bättre hälsa. Fysisk träning och att ha fritidsaktiviteter betonas som något positivt, samtidigt som just fysisk aktivitet, om än felaktig sådan, uppges vara en av orsakerna till besvären.

I innehållsanalysen har vi, i enlighet med intervjupersonernas uttalanden, utgått från att de alla *ville* börja arbeta igen. Arbetet är i vår kultur något mycket väsentligt (15). Vi får inte vårt värde i andras ögon och då indirekt i våra egna, endast efter hur vi är utan också efter vad vi *gör*. Det kan vara en förklaring till önskan att återgå i arbete. En annan förklaring kan vara att de flesta vill definieras som friska och starka, det vill säga "normala". Sjukdom och improduktivitet hör till åldrandet, inte medelåldern (16). Ytterligare förklaringar är att vi har behov av att känna att vi utför något meningsfullt samt att en stor del av vårt sociala liv försiggår på arbetsplatsen. En intervjuperson uttryckte sig så här: "Det var som att gå ut och festa när man kom till jobbet. Hade alltid jätteroligt tillsammans." Med detta citat lämnas innehållet i intervjuerna för en diskussion om metoden.

Gruppen

I litteraturen finns exempel på fokusgrupper med upp till 14 deltagare. I föreliggande undersökning, som handlar om personliga upplevelser, antog vi att ett mindre antal delta-

gare skulle fungera bättre. Den lilla gruppen tenderar att tränga djupare in i varje fråga och kan därför ge en annan typ av resultat. Eventuellt finns det en kulturell skillnad mellan Sverige och USA, varifrån de flesta exempel på tidigare studier kommer, när det gäller beredvillighet att yttra sig i större grupper. Deltagarantalet bör antagligen inte vara för lågt, eftersom gruppen ska stimulera till utveckling av resonemang. Överrekrytering visade sig vara nödvändig för att kompensera bortfall.

En viss homogenitet underlättar diskussionen i gruppen. Våra grupper var, som tidigare nämnts, mycket homogena. Liknande livsvillkor skapar en gemensam förståelse som ofta leder till att människor tolkar förhållanden på liknande sätt, eller att de åtminstone förstår andras sätt att resonera. Deltagarna hade mycket gemensamt och diskussionerna flöt lätt. Om deltagarna till exempel hade haft mycket olika uppfattningar om vad som är normalt att klara i yrkeslivet och i hemmet kanske missförstånd hade uppstått i diskussionen och senare i analysen. Olikhet skulle dock kunna ge en livligare diskussion med starkare polarisering i uttalandena. Vi har här antagit att deltagarna och analysgruppen har grundläggande gemensamma normer utan att egentligen veta att det är så. Vi har utgått från svensk "mainstreamkultur", det vill säga den som de flesta svenskar tillhör och förstår. Analysen ger dock ingen indikation på att den utgångspunkten var felaktig.

Gruppdiskussionen

Med det undantaget att området för fokusgruppdiskussionen styrs av en intervjuguide, liknar den ett vardagligt samtal. Formuleringar och reflektioner sker under ett samtal med andra. Det innebär att individen påverkas men

också att hon tvingas vara tydlig i sin framställning inför de övriga. Individen kan jämföra sin situation eller upplevelse med andra, precis som vi gör i vardagslivet (17). Vi uppfattade att deltagarna uppmuntrade de övriga att berätta. De visade ett stort intresse för varandra och uttryckte känslor som de fick bekräftelse på. Den öppenhet som fanns inom grupperna kan ha sin förklaring i den delade erfarenheten av att ha besvär som leder till konsekvenser i vardagslivet och kräver rehabiliteringsinsatser. Detta gemensamma kan minska risken att individen känner skam och därför undanhåller sina problem. En deltagare berättade att hon i gruppen pratat om sådant hon inte tidigare talat med andra om. Det måste dock påpekas att detta är en intervju-situation, som eventuellt får deltagarna att säga andra saker än vad forskaren hade hört vid till exempel en deltagande observation (18).

Deltagarna i fokusgruppen har möjlighet att ändra åsikt, precis som i den vardagliga situationen, men ingen uttalade någon åsiktsändring. De visade inte heller oenighet i någon fråga. Risken finns att det skapas en norm i gruppen som hindrar att synpunkter lyfts fram. Ur den aspekten skulle individuella intervjuer kunna ge mer varierad information.

Det är viktigt att vara medveten om att alla närvarande, även moderatorn, påverkar atmosfären i gruppen och följaktligen resultatet av studien. I vår studie, som hade ett explorativt syfte, var moderatorn mindre aktiv. Detta var möjligt eftersom interaktionen

Sekretesskyddet är ett etiskt dilemma i fokusgruppintervjuer

mellan intervjupersonerna fungerade bra. I en enskild intervju finns bara intervjuaren att samspela med, hon eller han blir därför mer framträdande och kan påverka resultatet i högre grad.

Sekretesskyddet är ett etiskt dilemma i fokusgruppintervjuer. Forskaren kan omöjligt garantera att intervjupersonerna inte sprider det som sagts utanför gruppen. Detta är väsentligt att nämna under introduktionen till diskussionen.

Analysen

Analysfasen vid arbete med fokusgrupper är den del som är minst beskriven i litteraturen. Former och metod för analys har utprovats av projektmedlemmarna tidigare, för enskilda intervjuer. Metoden visade sig vara användbar även för fokusgrupper.

Studier för att jämföra resultat från enskilda intervjuer respektive fokusgruppintervjuer behövs och planeras i huvudstudien. Pilotstudien gav, trots att den bara bestod av två fokusgrupper, ett rikt material att analysera. Det visade sig att metoden fungerar i studier av denna typ, där syftet är att fånga människors erfarenheter av problem som många döljer i vissa sammanhang men som ändå inte är tabubelagda. Fokusgrupperna visade sig också användbara för att i explorativt syfte generera idéer om hur rehabiliteringen borde fungera.

Avslutningsvis är det vissa, få, detaljer vi har ändrat inför huvudstudien men vi har märkt att sådana kan ha en stor betydelse i intervjusituationen. Till exempel modifierade

Det är viktigt att vara medveten om att alla närvarande, även moderatorn, påverkar atmosfären i gruppen och följaktligen resultatet av studien

vi intervjuguiden och bestämde hur lång tid vi skulle vänta på deltagare som var sena. Vi lärde oss också att deltagarna gärna sitter kvar trots att intervjun är slut. Risken finns då att nya influenser tillkommer inför moderatorns och bisittarens slutreflektioner. Det är därför nödvändigt att ge signaler om att mötet bör avslutas.

Pilotstudien gav oss alltså värdefulla praktiska erfarenheter på flera plan, avseende både resultat och metod. Den visar också att fokusgrupper som metod för datainsamling är användbar inom socialmedicinsk forskning.

REFERENSER

1. Ekberg K. An Epidemiologic Approach to Disorders in the Neck and Shoulders. Linköping: Linköpings universitet, 1994.
2. Nachemson A. Ont i ryggen, orsaker, diagnostik och behandling. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, 1991.
3. Cars H, Lundqvist B, Håkansson A. Lönar sig samverkan mellan primärvård och försäkringskassa? *Allmänmedicin* 1994(15):284-286.
4. Lilius G. Ryggrehabilitering i Finlandeffekt på sjukskrivning och förtidspensionering. *Nordisk medicin* 1993;108(12):319-20.
5. Eklund M. Chronic pain and vocational rehabilitation - a multifactorial analysis of symptoms, signs and psycho-sociodemographic factors. *Journal of Occupational Rehabilitation* 1992(91):2225-2230.
6. Sonander G, Hansson M, Mannheimer C, Skott A, Wiklund I, Sonander H. Subjektiv ohälsa vid icke-malign kronisk smärta - patienter i arbete mår bättre än sjukskrivna. *Läkartidningen* 1992;98(38):3047-3052.
7. Morgan D, Krueger R. The Focus Group Kit. London: SAGE Publications, 1998. vol 6.
8. Krueger R. Focus groups. A practical guide for applied research. London: Sage Publication, Inc., 1994.
9. Morgan D. Designing Focus Group Research. In: Stewart Mea, ed. Tools for Primary Care Research. Newbury Park, Sage, 1992.
10. Weinberger M, Ferguson J, Westmoreland G, et al. Can Raters Consistently Evaluate the Content of Focus Groups? *Soc. Sci. Med.* 1998;46, No 7:929-933.
11. Starrin B, Larsson G, Dahlgren L, Styrborn S. Från upptäckt till presentation. Lund: Studentlitteratur, 1991.
12. Lagerström Östlund G, Alexanderson K, Ceder-sund E, Hensing G. Så länge man kan stå kan man jobba. Linköping: Institutionen för Samhälls-medicin, avdelningen för Socialmedicin, 1998.
13. Alexanderson K, Hensing G, Knutsson, F. Kvinnors hälsa och livsvillkor. Linköping: Hälso-universitetet, 1996.
14. Linton S. Smärtans psykologi. Folksam, 1992.
15. Herzlich C. Illness and Self in Society. 1987.
16. Bury M. Chronic Illness as Biographical Interruption. *Sociology of Health and Illness* 1982;4.
17. Wibeck V. Att arbeta med fokusgrupper. Tema Kommunikation Linköpings Universitet, 1998.
18. Kahn M, Manderson, L. Focus groups in tropical diseases research Health policy and planning. 1997.