



**LUNDS**  
UNIVERSITET

# En strid om verkligheten

Rehabilitering av långtidssjukskrivna med mental ohälsa i Burlövs Kommun



Författare: Paul Nilsson & Kristian Lewerth  
Uppsats Soc 446 41-80 p  
Höstterminen 2005  
Handledare: Britt Marie Johansson & Birgitta Ericson



LUNDS  
UNIVERSITET

Sociologiska Institutionen

## Abstract

- Arbetets art:** Magisteruppsats Soc 446 41-80 p, Hötsterminen 2005
- Sidantal:** 52
- Titel:** En strid om verkligheten – Rehabilitering av långtidssjukskrivna med mental ohälsa i Burlövs Kommun
- Författare:** Paul Nilsson och Kristian Lewerth
- Handledare:** Britt Marie Johansson och Birgitta Ericson
- Datum:** 3 januari 2006
- Sammanfattning:** Denna kvalitativa intervjustudie söker svar på frågan hur rehabiliteringsarbetet med kommunalanställda som är långtidssjukskrivna på grund av mental ohälsa i Burlövs Kommun fungerar. Detta arbete sker i *samverkan* mellan flera aktörer och studeras därför som ett projekt där de olika aktörerna utgör projektets deltagare. Det empiriska materialet analyseras med hjälp av de teoretiska analysverktygen *Rationalitet*, *Verklighet* och *Makt*. Studien visar på brister i rehabiliteringsarbetet som framförallt beror på en ojämlik maktfördelning inom projektet. Arbetsgivarens syn på sjukskrivning, mental ohälsa och rehabilitering styr i hög grad *projektets början, riktning och slut* och flera av de övriga projektdeltagarna upplever därför att deras kunskap och möjligheter att bedriva en *god rehabilitering* ignoreras. Inte minst gäller detta de sjukskrivna själva som känner sig misstrodda, övergivna och pressade i rehabiliteringsarbetet, vilket förvärrar och försvårar deras aktiva väg tillbaka till arbete och långsiktig hälsa.
- Nyckelord:** projekt, rehabilitering, samverkan, rationalitet, verklighet, makt

*Tack,...*

*Vi vill särskilt tacka alla intervjupersoner och informanter som ställt upp och möjliggjort färdigställandet av detta examensarbete, våra handledare Britt Marie Johansson och Birgitta Ericson samt våra familjer.*

*Tack också till Kristina med personal på Lillgårdens Restaurang i Åkarp för subventionerad husmanskost av yppersta kvalitet, Barometern, Lars med släpet, Våra vänner som i ett års tid stått ut med att höra oss nämna ordet "rehabilitering" i var tredje mening som led vi av en särskild form av Tourettes Syndrom, Rosenrot, Katarinagrillen, Åkarps tennishall, Lomma Fiskebod, Zlatan Ibrahimovic, Tomas Tranströmer och Anna Lindmarker för inspiration, Stickan för tidig väckning, Zoegas och i värsta fall ännu värre, Arons Bilskrot, Castillo de Molina, Malmö Hamnarbetarsylta för fläskkotletter feta som skinkstekar, Svenska Örtmedicinska Institutet, Sten "Taxi" Johnsson på Burlöv Lomma Närradio, Kebavagnen vid Svenssons kiosk och Kalle, Harold Pinter Naturligtvis, Café Mondo, Nick Cave, Lars Noréns föräldrar, Widerbergs, Linhamns hamnkrog, Falafelvagnen på Kirseberg, Lomma Krog, Lunds Biljardhall, Bulltofta Kött, Verkligheten, Varandra...*

Kristian Lewerth & Paul Nilsson

**Omslag:** Skulpturen *Betplockare* av Sven Roland Lundquist

**Foto & Layout:** Magnus Johnsson

© Paul Nilsson & Kristian Lewerth, Lund 2006

# Innehållsförteckning

1. Inledning och bakgrund.....	4
2. Problemformulering och Syfte .....	5
3. Mental ohälsa och Rehabilitering.....	5
3.1 Tidigare forskning i ämnet .....	7
3.2 God rehabilitering .....	9
4. Burlövs Kommun .....	10
4.1 Rehabilitering och mental ohälsa i Burlövs Kommun .....	10
5. Teori .....	13
5.2. Projektets rationalitet.....	15
5.3. Projektet och verkligheten.....	18
5.4. Projektet och Makten .....	20
6. Metod .....	22
6.1. Introduktion.....	22
6.2. Förförståelse .....	23
6.3. Forskarrollen: Reflektioner och problem .....	23
6.4 Förarbete.....	24
6.4.1. Informantintervjuer .....	24
6.5 Intervjuerna .....	25
6.5.1. Urval.....	25
6.5.2. Utformning av intervjuguider.....	26
6.5.3. Intervjumetodik .....	26
6.5.4 Etiska aspekter.....	27
6.5.5. Projektdeltagarna.....	27
7. Redovisning och Analys av empiriskt material.....	31
7.1 Projektets början.....	31
7.1.1 Handlingsplanen.....	31
7.1.2 Det första mötet .....	34
7.2 Projektets riktning .....	36
7.2.1 Deltagarnas syn på orsakerna till problemet .....	39
7.2.2 Projektets mål.....	43
7.3 Projektets slut .....	49
8. Slutsatser .....	50
9. Sammanfattning .....	52
10. Källförteckning.....	53

# 1. Inledning och bakgrund

I denna kvalitativa intervjustudie undersöks hur rehabiliteringsarbetet av personer med anställning inom Burlövs Kommun som är långtidssjukskrivna p.g.a. mental ohälsa fungerar. Det är den samordnade arbetslivsinriktade rehabiliteringen som står i fokus för studien. Rehabiliteringsarbete i kommunal regi är en *samverkan* mellan olika aktörer som tillsammans utvecklat och utvecklar en handlingsplan för att uppnå ett gemensamt mål. Vi har därför funnit det lämpligt att studera den samordnade rehabiliteringen i Burlövs Kommun som ett *projekt* där de olika *projektdeltagarna* utgör den empiriska basen. Med begreppet projektdeltagare avses de olika instanser och personer som aktivt deltar och bidrar med arbete för att genomföra en arbetslivsinriktad rehabilitering så att den som är sjukskriven p.g.a. mental ohälsa ska kunna återgå till sitt ordinarie eller annat arbete. Projektdeltagarna är representanter från *Arbetsgivaren, Försäkringskassan, Företagshälsan, Fackföreningen* och *de sjukskrivna*.

Vi har valt Burlövs Kommun som studiefält av flera skäl. Ett av skälen är att vi tidigare gjort en mindre undersökning om attityder till långtidssjukskrivning i denna kommun, och därför redan har förkunskaper om hur rehabiliteringen fungerar där. Burlöv är intressant också därför att sjukskrivningstalet här är så högt. Sjukskrivningstalet och framförallt långtidssjukskrivningarna har sedan slutet av 1990- talet ökat dramatiskt i landet vilket fått stora konsekvenser för såväl samhället som individen. Detta har fått stor medial uppmärksamhet och varit hett politiskt stoff sedan början av detta millennium. Inför valet 2006 är en av de flitigast debatterade valfrågorna hur man ska lyckas sänka denna dystra statistik. Sjuklönekostnadernas utveckling var explosionsartad i landets alla kommuner i slutet av 1990- talet och början av 2000-talet. Medelökningen i de Skånska kommunerna låg på 38 % mellan 1998 och 2002. Burlöv hade då det tredje högsta sjukpenningtalet inom försäkringskassans alla distrikt i Skåne.<sup>1</sup> Den genomsnittliga sjukfrånvaron i landet uppgick 2004 till 8,8 % av den ordinarie arbetstiden. I Burlöv uppgick den samma år till 10 %. De kommunalanställda i Burlövs Kommun var alltså sjuka var tionde timme av sin ordinarie arbetstid. Burlövs Kommun hade då den högsta sjukfrånvaron bland kommunalanställda av alla Skånska kommuner<sup>2</sup>. En särskilt stor ökning har kunnat noteras av sjukskrivningar som är relaterade till mental ohälsa i Sverige och så har också varit fallet i Burlövs Kommun. Av de

---

<sup>1</sup> 90-talet slår tillbaka s 3

<sup>2</sup> <http://www.dagenssamhalle.se/zino.aspx?articleID=7285>

rehabiliteringsärenden som behandlades under 2004 var 50 % sjukfrånvarande p.g.a. mental ohälsa<sup>3</sup>.

## 2. Problemformulering och Syfte

Syftet med denna studie är att söka svar på följande problemformulering:

**Hur fungerar det samordnade rehabiliteringsarbetet av kommunalanställda som är långtidssjukskrivna p.g.a. mental ohälsa i Burlövs Kommun?**

Samordnad rehabilitering av långtidssjukskrivna med mental ohälsa är en komplicerad process där flera olika projektdeltagare samverkar utifrån olika perspektiv och har olika ansvarsområden för att den sjukskrivne ska kunna återfå sin hälsa och återgå till arbetslivet. Förenklat kan man säga att Arbetsgivaren har ett socialt ansvar, Försäkringskassan ett ekonomiskt, Företagshälsan ett medicinskt, Facket ett arbetsrättsligt och den sjukskrivne ett *egenansvar* för att delta i rehabiliteringsarbetet. Projektet består av olika projektdeltagare som var och en har olika slags kunskap och olika möjligheter att bidra till arbetet med rehabilitering. Deltagarnas uppgift är att tillsammans utforma och arbeta efter en projektplan med en gemensam målsättning, metod och definierade ansvarsområden för att uppnå ett så tillfredställande resultat som möjligt.

Vi menar att förutsättningen för en god samordnad rehabilitering är att man lyckas integrera de olika projektdeltagarnas erfarenheter och kunskaper i projektarbetet. Vi menar också att en god rehabilitering måste vara sådan att den sjukskrivne både blir frisk och kan börja arbeta. God rehabilitering bör vidare ha som mål att uppnå långsiktig ”friskhet” hos den sjukskrivne efter avslutad rehabilitering. Det räcker således inte med att endast luta sig mot statistik som påvisar hur många som återgått i arbete, eftersom detta inte säger någonting om hur de ”rehabiliterade” mår. Eftersom projektet är riktat mot den sjukskrivne, tror vi också att det är viktigt att projektet utgår från dennes perspektiv, behov och önskemål. Fokus i denna studie riktar sig mot *hur de olika projektdeltagarna lyckas samordna sina resurser för att uppnå ett för den sjukskrivne (och därigenom för projektet) så tillfredställande resultat som möjligt.*

## 3. Mental ohälsa och Rehabilitering

Bakom samlingsbegreppet *mental ohälsa* döljer sig symtom såsom ångest, panikångest, oro, depression, sömnstörningar och stressrelaterade problem, men även namngivna psykiska sjukdomar såsom manodepressivitet, psykosor mm. Denna studie fokuserar dock inte på

---

<sup>3</sup> Årsredovisningen s 11 Burlövs Kommun 2003

sjukdomarna i sig, utan på det faktum att flera av dessa symtom och sjukdomar ligger latent under samlingsnamnet mental ohälsa och är anledningen till att personen i fråga är eller har varit långtidssjukskriven och genomgått arbetslivsinriktad rehabilitering i Burlövs kommun. Denna studie tar inte särskild hänsyn till symtomen eller specifik själslig sjukdom utan fokuserar på intervjupersonens berättelse och erfarenhet av rehabiliteringsinsatsen av mental ohälsa. När det fortsättningsvis talas om *mental ohälsa* i detta arbete skall det helt enkelt utläsas som den angivna anledning för varför personen ifråga är sjukskriven och under lång tid är frånvarande från sitt arbete.

Begreppet rehabilitering kan ha flera tolkningar och betydelser. Begreppet kan också ha olika tolkningar, trots att projektdeltagarna inom ett projekt har ett gemensamt uttalat mål. Så här definieras begreppet i Statens offentliga utredningar:

*”Med rehabilitering avses i denna lag en sammanhängande process som syftar till att återge den som drabbas av sjukdom eller av annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar att leva ett anständigt liv. En rehabiliteringsåtgärd kan avse förändringar av den försäkrades arbetsförhållanden eller vara av medicinsk, psykologisk eller social art. Rehabiliteringsåtgärderna skall planeras efter samråd med den försäkrade och utgå från hans individuella förutsättningar och behov”.*<sup>4</sup>

I denna studie skall begreppet utläsas som arbetslivsinriktad rehabilitering från långtidssjukskrivning med målet att återgå till arbetet. Med rehabilitering avses de insatser som inom projektets ramar utförs och samordnas för att uppnå detta mål. Rehabiliteringen omfattar projektdeltagarna som genom sin roll och/eller yrkesdefinition, bidrar till projektets fortskridande. Då denna studie fokuserar på rehabiliteringen som ett projekt betonas också vikten av samverkan, att ”samordna sina resurser till ett nära och intensivt arbete”<sup>5</sup>.

*”Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som ska hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv. Olika myndigheter ansvarar för olika områden. Sjukvården ansvarar för den medicinska behandlingen och rehabiliteringen. Arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen har ansvaret för de arbetslivsinriktade åtgärderna och kommunen ansvarar för de sociala åtgärderna”.*<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Ur betänkandet *Tidig och samordnad rehabilitering* s 54 Sou 1988:41

<sup>5</sup> Stanfors s 55

<sup>6</sup> <http://www.forsakringskassan.se/privatpers/index.php?nyhetsid=87>

Kortfattat definieras och åsyftas begreppet rehabilitering som ett samordnat projekt med arbetslinjen som mål:

*”att återföra människor i eget, avlönat arbete där de kan försörja sig själva”<sup>7</sup>*

För att detta projektmål skall kunna uppnås är det därför av stor vikt att man sätter klintens behov i projektets centrum och att detta arbete:

*”...sker utifrån den enskilda individens specifika förmåga”<sup>8</sup>.*

### **3.1 Tidigare forskning i ämnet**

Nedan följer en kort resumé i urval av den tidigare forskningen som bedrivits i Sverige angående långtidssjukskrivningar och rehabilitering. Den forskning som presenteras här utgör endast en mycket liten del av samtliga publicerade rapporter och artiklar och är utvald med tanke på att den angränsar och har beröringspunkter till problemformuleringen för denna studie och i hög eller någon grad influerat och påverkat den. Nedan presenteras utdrag ur respektive författares summering av egna rapporter och avhandlingar.<sup>9</sup> Curt Edlund<sup>10</sup> betonar i sammanfattningen av sin avhandling *Långtidssjukskrivna och deras medaktörer* att det särskilt är två deltagare i rehabiliteringsgruppen som har särskilt stort inflytande och dessa är arbetsgivarna och läkarna:

*”Arbetsgivarna har stora rättigheter, de kan bestämma över sin arbetskraft i alla stadier från rekrytering till eventuell rehabilitering och uppsägning.”*

Läkarna är de som har makten att sjukskriva och läkarkåren som profession har genom vetenskap och beprövad erfarenhet en position som svårligen kan ifrågasättas av de övriga deltagarna. Vidare påtalar Edlund vikten av samverkan och att de deltagare som deltar i arbetet med de långtidssjukskrivna...

*”...bör ingå i ett gemensamt projekt i syfte att följa arbetslinjen och effektivisera det förebyggande arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsprocessen”.*

---

<sup>7</sup> Bäckström s 16

<sup>8</sup> Svenning s 97

<sup>9</sup> Urvalet ur dessa publiceringar är kanske inte alltid det som varit författarens huvudsyfte med publiceringen, då våra val har gjorts med tanke på hur väl de kommunicerar med och är applicerbara i denna studie.

<sup>10</sup> Edlund, Larsson



Edlund betonar också vikten av förståelse för svårigheten för den ”sjukskrivne” att påläggas för stort ansvar och krav då denne redan är ansträngd av att försöka återgå till arbete. Människosynen hos arbetsgivaren anses ha stor betydelse för utfallet av rehabiliteringen och projektets fortskridande arbete, då Edlund menar att arbetsgivare med ”god människosyn” också är mera benägna att ta ansvar i rehabiliteringsarbetet, med motsvarande resultat att arbetsgivare med ”negativ människosyn” tenderar att fly sitt ansvar i samband med rehabiliteringsarbete. Till slut förespråkar Edlund en ökad professionalisering hos de anställda på Försäkringskassan och en medveten satsning på att låta speciella handläggare sköta samordningen och att låta dessa planera och kommunicera arbetet i projektgruppen. Kortfattat kan man säga att Edlund fokuserar på maktförhållandet mellan deltagarna och att dessa bör agera som en projektgrupp där gemensamma mål och arbetssätt är förankrade och skapade inom gruppen. Vidare att samordningen av arbetet skulle ha kunnat utföras av Försäkringskassans handläggare om dessa personer erbjöds den kompetens som krävs för att på ett effektivt sätt utföra detta arbete.

I Boken ”Att skilja agnarna från vetet....”<sup>11</sup> av Bäckström som handlar om rehabilitering står följande att läsa och riktas till Försäkringskassans handläggare.

*”Rehabilitering av sjukskrivna innebär att möta människor som befinner sig i en besvärlig situation, deras tillvaro kan vackla i många avseenden. De är sjuka, osäkra om de klarar att återgå i något slags arbete och deras ekonomi är vanligtvis ansträngd. Arbete med rehabilitering av långvarigt sjuka innebär alltså att arbeta med människor som befinner sig i utsatta situationer, men huruvida det uppfattas som socialt arbete eller ej beror på försäkringskassapersonalens förhållningssätt och ”signalerna” från överordnade i den organisation där arbetet utförs. Som gräsrotsbyråkrat kan man välja att luta sig mot det formella regelsystemet, men man kan också våga försöka överskrida gränserna i syfte att nå långsiktigt goda resultat. Socialt arbete i teori och praktik måste tillåta gränsöverskridanden.”*

Svenning beskriver i boken ”Tillbaka till jobbet”<sup>12</sup> ett projekt kallat ”projekt rehab” där man arbetat i projekt med rehabilitering. I rehabiliteringsarbetet har man redan från början varit aktiva så att samarbetet mellan deltagarna betonats och att målen fastställts inom gruppen. Projektgruppens centrum har utgjorts av en ”fältgrupp” vilket inneburit att den sjukskrivne endast träffat ett fåtal av projektdeltagarna på mötena. Detta för att öka intimiteten och tryggheten för den sjukskrivna. Fältgruppen har bestått av en arbetsgivarrepresentant, en facklig representant och en handläggare från försäkringskassan. Fältgruppen träffas och

---

<sup>11</sup> Bäckström s 63

<sup>12</sup> Svenning s 73

samverkar kontinuerligt och bjuder in den sjukskrivna till dessa möten. Detta uppges ha upplevts positivt av både de yrkesverksamma deltagarna och de sjukskrivna, då de senare på ett mera naturligt sätt känt sig som en del av gruppen och projektet.

I boken ”Sjuk-Sverige”<sup>13</sup> påvisas vikten av arbetsträning och aktiv rehabilitering för att de som rehabiliteras i högre grad skall kunna återgå till sitt arbete efter rehabiliteringen. I boken problematiseras också det som kallas ”rehabiliteringens janusansikte”, vilket visar på att mängden rehabiliteringsinsatser för en sjukskriven person statistiskt minskar återgången till arbete. Att rehabiliteras innebär varken att ”man” blir frisk eller att ”man” återgår till aktivt arbete. Det viktiga är hur man rehabiliteras och att ”aktiv sjukskrivning” är den rehabiliteringsform som leder till det lägsta antalet förtidspensioneringar.

### **3.2 God rehabilitering**

Vad gäller god rehabilitering finns det kanske inget entydigt eller allenarådande svar. Efter vår informantintervju på Capio City Rehab i Malmö, som utfördes i syfte att få en bättre insikt i hur god rehabilitering bör gå till, var det dock ett par saker som återkom vid flera tillfällen under intervjun. Det ena var att inte ha för bråttom med att återvända till fullt arbete vid arbetsträningen, eller vid återgång till arbete. Detta ansågs vara ett vanligt misstag. Detta leder många gånger till att klienten åter blir långtidssjukskriven med försämrad prognos för en hållbar återgång. Det leder också till att rehabiliteringsinsatserna blir ännu större och att klientens självförtroende tar skada av denna typ av misslyckande. Motsatsen, att rehabiliteringen och dess insatser tar för lång tid leder också till en försämrad prognos för återgång till arbetet. Det råder alltså en känslig balansgång för hur fort rehabiliteringsarbetet skall bedrivas och måste bedömas utifrån den individuella klientens kapacitet. Det är långt ifrån alla som rehabiliteras som de facto återgår till arbetet. Faktiskt är det färre som rehabiliteras i samband med långtidssjukskrivning som återgår till arbetet än de som inte rehabiliteras i samband med långtidssjukskrivning<sup>14</sup>. Personer som rehabiliteras genom aktiv sjukskrivning och arbetsträning har större möjligheter att återgå till arbete efter rehabiliteringen<sup>15</sup>. Detta styrks också av intervjun på Capio City Rehab, men med betoning på vikten av att det är klientens förmåga som skall avgöra takten på rehabiliteringen. Att skynda för fort kan medföra betydligt längre sjukskrivningar eller i vissa fall helt spoliaera rehabiliteringsarbetet. Denna studie har därför som utgångspunkt att god rehabilitering bör

---

<sup>13</sup> Hetzler, Melén, Bjerstedt. s 221f.

<sup>14</sup> Ibid s 127

<sup>15</sup> Ibid s 221

utgå från individens behov och förutsättningar. Vi utgår också från att ett lyckat rehabiliteringsarbete är ett sådant där projektdeltagarna tillsammans utifrån sina ansvarsområden lyckas *samordna* rehabiliteringen på ett för den sjukskrivna och därigenom för projektet så tillfredställande sätt som möjligt.

## 4. Burlövs Kommun

För att bekanta läsaren med vårt studiefält inleds detta kapitel med en liten faktaruta om Burlövs Kommun (för ytterliggare fakta, se *bilaga 1*):

### Fakta om Burlövs Kommun

Burlövs Kommun är landets till ytan näst minsta kommun (19 km<sup>2</sup>) och består av orterna Åkarp och Arlov. Där bor ca: 15.000 invånare, varav 61% (1999) bor i den största orten Arlov<sup>1</sup>. Det geografiska läget mellan Malmö och Lund med ca: 10 km till respektive stad gör kommunen till ett av de mer urbana och expanderande områdena i landet. Det gamla arbetarsamhället Arlov utvecklades tidigt till ett industrisamhälle med både industrier och bostäder, medan Åkarp utvecklades till en mer genuin förortsbebyggelse där de flesta arbetstillfällena fanns på andra orter. Med miljonsatsningen på 60- talet uppstod höghusområden i Arlov och industrin utvecklades. Den största arbetsgivaren är Burlövs Kommun med 1098 anställda vid årsslutet 2004. Av dessa är 959 tillsvidareanställda och 139 visstidsanställda. 63,2 % av de anställda arbetar heltid och 36,8 % deltid. Av de anställda är 82 % kvinnor och 18 % män. Den genomsnittliga anställningstiden för kvinnor med tillsvidareanställning inom organisationen är 12,6 år och för män 11,4 år. Medelåldern för de visstidsanställda är 42,2 år för kvinnor och 46,0 % för män. Lönerna skiljer sig 13 procentenheter till männens fördel. Kvinnors medellön uppgick vid årsslutet 2003 för tillsvidareanställda till 18.806 kr och för män inom samma kategori till 21.200 kr<sup>1</sup>.

### 4.1. Rehabilitering och mental ohälsa i Burlövs Kommun

Sveriges arbetsgivare (privata såväl som offentliga) är enligt lag skyldiga att följa en bestämd procedur för arbetslivsinriktad rehabilitering av långtidssjukskrivna. Inom detta lagverk finns det sedan utrymme för varje arbetsgivare att utveckla en sådan rehabilitering som man på lokal nivå eftersträvar. Sveriges Kommuner arbetar därför på olika sätt, utvecklar olika rehabiliteringsplaner och följer olika program för rehabilitering. Enligt *Lagen om allmän*

*försäkran*<sup>16</sup> skall rehabilitering inledas då en anställd varit sjukskriven 4 veckor i följd eller längre, men i Burlövs Kommun har man beslutat att detta endast skall vara ett minimikrav och att rehabilitering skall inledas redan då en chef får in det läkarintyg som man som anställd är skyldig att lämna efter 7 dagars frånvaro. Vederbörande chef skall då snarast genomföra ett rehabiliteringsmöte med den sjukskrivne för att bedöma huruvida ytterligare insatser kommer att krävas.<sup>17</sup> Här följer en kort beskrivning på hur rehabiliteringsarbetet i Burlövs kommun kan se ut: En arbetstagare belyser sin eller andra arbetstagares ohälsa/problem till arbetsgivaren. Arbetsgivaren tar kontakt med personen i fråga och gör en lägesbedömning. Företagshälsan kontaktas för vidare bedömning och rekommenderar vilken åtgärd som bör göras. Om det beslutas om sjukskrivning så handläggs ärendet av Försäkringskassan. I de fall arbetsgivaren känner att de egna resurserna inte förslår så kontaktas personalsekreteraren som då hjälper till. I de fall det behövs kan personalsekreteraren hjälpa till med omplaceringar för arbetsträning under rehabiliteringen. I vissa fall kontaktas externa rehabiliteringsexperter för att bistå i detta arbete. Om ”den sjukskrivna” så önskar, deltar en representant från klientens<sup>18</sup> fackliga organisation vid de olika mötena. Hur lång tid varje rehabiliteringsprojekt tar i anspråk eller hur många rehabiliteringsmöten som bedrivs skiljer sig från fall till fall.

Låt oss nu tala om *vem* det är som är sjukskriven, inom vilka sektorer de sjukskrivna finns som blir ärenden för rehabiliteringsutredning. Det har visat sig vara mycket svårt att få tag i en enhetlig statistik som gäller långtidssjukfrånvaro p.g.a. mental ohälsa för hela kommunen. Detta kan delvis bero på att det i Burlövs Kommun är varje enhetschef som har rehabiliteringsansvar. Personalavdelningen inkallas endast som en stödresurs då respektive enhetschef anser att det finns särskilda skäl till detta. Varje enhet sammanställer sin egen statistik och i vissa fall finns det inte heller någon sådan statistik att tillgå. Det har därför varit svårt att skapa en profil som visar *vem* det är som är sjukskriven p.g.a. mental ohälsa och vi ansåg att det var viktigt att ta fram en sådan profil. Detta var också ett av skälen till att vi genomförde en informantintervju med personalsekreteraren och personalchefen i Burlövs Kommun. Vi vet att den mentala ohälsan står för ca: 50% av alla långtidssjukskrivningar. Enligt Burlövs Kommuns årsredovisning 2004<sup>19</sup> har hälften någon form av ledrelaterade åkommor i nacke, axlar, rygg, armar eller händer, vilket i årsredovisningen kallas för ”Lyftproblematik”. Den resterande hälften har diagnosen ”Depression<sup>20</sup>”.

---

<sup>16</sup> Göransson, Nordlöf s 157 ff. ur lag (1962:381) om allmän försäkring.

<sup>17</sup> Rehabiliteringspolicyn i Burlövs Kommun (Se Bilaga 2)

<sup>18</sup> Utifrån den facklige representantens perspektiv benämns den ”sjukskrivne” som klient eller arbetstagare.

<sup>19</sup> Burlövs Kommuns Årsredovisning

<sup>20</sup> Depression är den av kommunen uppgivna orsaken. Enligt företagshälsan kallas detta mental ohälsa.

Enligt personalsekreteraren i Burlövs Kommun är det främst kvinnor som drabbas och det drabbar snarare äldre än yngre. Det drabbar också oftare anställda med låg utbildning. Det är enligt henne inom skola, omsorg, kök och städ som problemen med den mentala ohälsan är störst. Här bör man observera att störst i detta fall innebär flest antal sjukskrivna. Proportionellt är inte sjukfrånvaron nämnvärt större inom dessa sektorer, vilket följande tabell<sup>21</sup> visar.

**Tabell 1: Fördelningen av anställda inom kommunens nämnder samt antal sjukdagar inom respektive nämnd 2004.**

	Anställda 1	♀	♂	heltid	deltid	långtidssjukfrånvaro <sup>2</sup>	Långtids- Sjukfrånvaro i genomsnitt per anställd
Kommunstyrelse / fullmäktige	37	24	13	28	9	1962	53,0
Bygg & Anläggningsnämnd	35	12	23	33	2	918	26,2
Kultur & Fritidsnämnd	25	18	7	13	8	758	30,3
Milö & Räddningsnämnd	28	5	23	5	23	110	3,9
Barn & Utbildningsnämnd	593	501	92	426	167	20749	35,0
Socialnämnd	373	338	35	187	186	20623	55,3
<b>Totalt</b>	<b>1091</b>	<b>898</b>	<b>193</b>	<b>692</b>	<b>395</b>	<b>45120</b>	

1 innefattar både tillsvidareanställda och vikarier

2 antal dagar för långtidssjukfrånvaro

Man kan i tabell 1 konstatera att Socialnämnden tillsammans med Barn och utbildningsnämnden står för den största delen av denna sjukfrånvaro. Det är endast kvantitativt som detta stämmer. Det är nästan lika många sjukskrivningsdagar per anställd inom Kommunstyrelse och Kommunalfullmäktige (53,0) som inom Socialnämnden (55,3), och det är fler än i Barn och utbildningsnämnden (35,0). Att Barn och Utbildningsnämnden och Socialnämnden står för runt 90 % av sjukskrivningstalet i statistiken, beror alltså på att dessa nämnder utgörs av runt 90 % av de anställda. För oss är det ändå av intresse att rikta fokus mot de sektorer där problemet är *bredast*, d.v.s. där flest långtidssjukskrivningar pga. mental ohälsa finns, eftersom det ju är i dessa grupper som flest rehabiliteringsinsatser bedrivs.

I en sammanställning av en enkät som bygger på sjukskrivningar och rehabiliteringar under 2004 och som gjorts med enhetschefer i samtliga sektioner inom kommunen kan man utläsa

<sup>21</sup> Tabellen bygger på uppgifter från Burlövs Kommuns årsredovisning 2004

att bland dem som betecknas som långtidssjukskrivna, är 49 % (99 st) sjukskrivna mer än 28 dagar och 50,75 % (102 st) mer än 91 dagar. Det rör sig alltså oftast om sjukskrivningar som varar väldigt länge. Sammanställningen visar också att rehabiliteringsutredning gjorts i 51,7% (104 st) av fallen men inte i 37,3% (75 st) av fallen. Det är anmärkningsvärt få av dem som är långtidssjukskrivna som inte bedöms behöva rehabilitering. Sammanställningen visar också utfallen av rehabiliteringsärenden vid tillfället för sammanställningen. Detta är den enda utvärdering av rehabiliteringsprojektet som finns, i alla fall som vi fått ta del av, och den ser ut så här:

**Tabell 2: Utfall efter avslutad rehabilitering i Burlövs Kommun 2004.**

Åter i tjänst heltid 41,8 % (84 st)	Åter i tjänst deltid 23,9 % (48 st)	Pågående rehab 7,5 % (15 st)	Heltidssjukskriven 12,4 % (25 st)	Sjukersättning deltid (15 st)
Ej Rehab pga av sjukdom 1,5% (3 st)	Övrigt 6,5 % (13 st)	Avslut 3 % (6 st)	Pension 3,5 % (7 st)	Dödsfall 0,5 % (1 st)

Det finns flera skäl till att ifrågasätta tillförlitligheten i denna statistiska sammanställning. För det första är det en intern sammanställning. För det andra presenteras ingen metodologi som förklarar hur enkätstudien gått till. För det tredje finns det en del oklarheter i presentationen, t.ex. vad punkten övrigt som står för 6,5 % av utfallet betyder, eller hur det kan komma sig att procenttalet av de fall där rehabiliteringsutredning gjorts respektive inte gjorts, överstiger 100 %. Detta medför också att denna statistik är svår att utläsa för utomstående. Med detta i åtanke kan ändå noteras att endast 41,8 % av dem som rehabiliterats återgått till heltid och att så mycket som ca: 35 % (återstoden av åter i tjänst heltid och åter i tjänst halvtid) av utfallet av rehabiliteringsprojektets arbete under 2004 inte lett till någon form av arbete alls.

## 5. Teori

Det finns flera fördelar med att studera rehabiliteringsarbetet i Burlövs Kommun som ett projekt. Rehabiliteringsarbetet är en *samverkan* mellan aktörer med olika ansvarsområden som tillsammans arbetar med den gemensamt formulerade målsättningen att den sjukskrivne ska kunna återgå till sitt arbete. Just samverkan är kännetecknande för ett projekt. Tillsammans utgör projektet en verksamhet som ligger utanför de olika projektdeltagarnas ordinarie verksamhet, vilket också brukar vara ett kännetecken för projektarbeten. Sahlin menar att ett Projekt går att se som ”*en delvis oförutsägbar förändringsprocess, en rörelse*

där den ursprungliga planen bara är en starpunkt<sup>22</sup>. Rehabiliteringsarbetet utvecklas, man prövar nya arbetssätt och tillämpar nya metoder för att uppnå det gemensamma målet. Man har också upprättat en *handlingsplan*<sup>23</sup>, som består av en början, riktning och ett slut<sup>24</sup>. I rehabilitering är tiden en viktig aspekt för arbetets fortskridande "om någonting kan karakterisera projekt är det kanske just tidsplanen"<sup>25</sup> (sådana krav ställs vanligtvis också av finansörer eller av andra i projektets omgivning). Tidplanen är också om den efterföljs ett verktyg för att projektet inte skall avstanna. Detta innebär inte att fördröjningar inte uppstår av olika anledningar, men tidplanen kan då justeras efter verkliga och realistiska förutsättningar och på så vis kan tiden ses som en styrfunktion<sup>26</sup>. En handlingsplan anger ofta förutom när vissa åtgärder skall göras också vad som ska prioriteras och vem av aktörerna som skall utföra vad. På så vis kan projektets handlingsplan ses som ett schemalagt program där de olika delmålen utgör en angivelse mot ett för projektet slutgiltigt mål. Vår teoretiska utgångspunkt i den här studien är begreppen *Rationalitet, Verklighet och Makt*, som även Sahlin använder i sin bok *Projektets paradoxer* (Sahlin red. Studentlitteratur, Lund, 1996). Dessa begrepp har visat sig särskilt användbara för att närma sig en förståelse av projektets funktion och för att kunna diskutera hur projektarbetet skulle kunna fungera i framtiden. Rationalitetsbegreppet är användbart för att belysa projektets formella aspekter och deras faktiska handlande. Tidigare studier påvisar att man inte förutsättningslöst kan utgå från de uttalade målen då man studerar ett projekt<sup>27</sup>, att det ofta finns skillnader mellan projektets handlingsplan och dess praxis och att man därför även måste förstå projektets bakomliggande eller "dolda planer". Verklighetsbegreppet är det teoretiska verktyg som bäst kan förklara hur projektdeltagarnas olika bilder av den verklighet som utgörs av rehabiliteringsarbetet är konstruerad. Det är viktigt att studera hur de olika projektdeltagares verklighetsbilder är konstruerade eftersom uppfattningar om problematiken kring rehabilitering i hög grad styr dem i det praktiska projektarbetet. Maktbegreppet används för att diskutera hur den relationella maktfördelningen ser ut inom projektet och vilka verklighetsbilder som har företräde framför andra. Låt oss nu titta lite närmare på dessa begrepp.

---

<sup>22</sup> Sahlin et al s 258

<sup>23</sup> Ibid s 15

<sup>24</sup> Ibid s 13

<sup>25</sup> Ibid s 23.

<sup>26</sup> Ibid s 118ff

<sup>27</sup> Ibid s 118ff

## 5.2. Projektets rationalitet

Rationalitet i projektsammanhang innebär att en eller flera aktörer konsekvent väljer de metoder som på bästa möjliga sätt uppfyller dennes mål och önskningsar<sup>28</sup>. Handlingsplaner inom den offentliga sektorn är ofta konstruerade på ett likartat sätt och inte sällan applicerar man olika ”modeller” som inhämtats från andra liknande projekt<sup>29</sup>. I rehabiliteringsprojektet har handlingsplanen konstruerats efter rationella principer med en definierad början, riktning och ett slut. Men det kan finnas olika avsikter bakom rationalitetsbegreppet. Weber menar att en handling måste förklaras och förstås med avsikten bakom den. Han utgår i detta resonemang från det som han kallar för *förklarande förståelse (erklärendes verstehen)*<sup>30</sup>, som enligt Weber endast uppnås då man känner till en persons motiv till sitt handlande. I sina idealtyper<sup>31</sup> för socialt handlande skiljer han på **affektivt handlande**, som styrs av en persons eller en aktörs specifika känslotillstånd, **värderationellt handlande** som relaterar till en medveten ”tro på det etiska, estetiska, religiösa etc egenvärdet hos ett beteende, oberoende av handlingens effekter.” och **målrationellt handlande** som relaterar till handling som utförs för att uppnå vissa bestämda mål.<sup>32</sup> ”Skillnaden mellan en värderationell och en målrationell handling är att den värderationelle aktören upplever att värdet ställer krav på ett visst handlande, medan den målmedvetne aktören medvetet kalkylerar mellan olika handlingar för att uppnå sitt mål. För den värderationelle är det viktigaste alltså att leva upp till ”saken” oberoende av handlingens konsekvenser, medan det för den målrationelle är just konsekvensen av ett visst handlande som är det intressanta. ”Här ser man handlingen enbart som ett medel för att nå målet”<sup>33</sup> Det affektiva handlandet, som styrs av känslan, är inte rationellt så som de två sistnämnda handlingstyperna eftersom aktören kanske inte själv är medveten om sambandet mellan handlingen och drivkraften bakom. Webers tanke är dock att man med hjälp av dessa idealtyper kan uppnå förklarande förståelse av olika aktörers handlingar. I detta fall används handlingstyperna till att söka förståelse för projektdeltagarnas och klienternas handlande med utgångspunkt i deras affekt, värde och mål med handlingen. Weber menar att de byråkratiska administrationerna är ”idealtypiskt målrationella” (En

---

<sup>28</sup> Sociologiskt lexikon s 254

<sup>29</sup> Meeuwisse i Sahlin s 36

<sup>30</sup> Till skillnad från aktuell förståelse (aktuelles verstehen) som är mer intuitiv och endast uppnås genom att man är införstådd med vissa beteenderegler eller genom inlevelse av en annan persons känslouttryck. Se Månson i Andersen & Kaspersen (red) s 100

<sup>31</sup> Det är här viktigt att poängtera att *idealtyp* endast är en mental konstruktion, ett instrument för forskaren att fånga verklighetens mångfald, och inte finns i sina ”rena form” i verkligheten. Det ska också påpekas här att Weber använder sig av idealtyperna traditionellt handlande och affektivt handlande och dessa beaktas inte här.

<sup>32</sup> Månson i Andersen & Kaspersen (red) s 102

<sup>33</sup> Ibid s 102



byråkrati kan alltså vara irrationell i praktiken) och domineras av målrationellt handlande<sup>34</sup>. Han menar att byråkratin har en målrationell karaktär i det att dess beteende domineras av ”regler, mål, medel och objektiv opersonlighet”<sup>35</sup> och att den kännetecknas av kalkylerande över hur man bäst uppnår de uppsatta målen. Dessa mål mäts och utvärderas inte sällan i ekonomiska termer. En projektutvärdering syftar ofta till att redovisa ”om huruvida projekten var ekonomiskt framgångsrika”<sup>36</sup>. Weber menar också att byråkratiska förvaltningar kännetecknas av *målrationell legitimitet*. Till Webers handlingstyper hör idealtyperna *affektiv legitimitet*, där känslotillståndet i sig är rättfärdigande, *värderationell legitimitet*, där tron på absoluta världens giltighet legitimerar den sociala ordningen och *målrationell legitimitet*, där ordningens regler och stadgar betraktas som legitima antingen på grund av en gemensam överenskommelse mellan aktörerna eller att reglerna skapats av en myndighet som aktören anser vara legitim och därför samtycker till<sup>37</sup>. Weber menar att legitimitetsbehovet bottnar i det vanliga förhållandet mellan två parter (individer såväl som aktörer) i all slags makt, av social såväl som ekonomisk karaktär, att den mest gynnade tenderar att betrakta skillnaden mellan dessa som *legitim* och den egna situationen som *förtjänad*.<sup>38</sup>

Sahlin definierar ett projekts handlingsplan som något som ”... *antas uttrycka en ambition att under en viss tidsrymd uppnå en angiven målsättning genom konkreta verksamheter för en särskild målgrupp i en bestämd omgivning.*” En officiell handlingsplan kan te sig konkret och gripbar för den som betraktar den, men flera forskare som utvärderat olika projekt menar att det inte går att förstå ett projekt utifrån sådana rationalistiska antaganden. Det kan finnas andra ”dolda planer” (både rationella och icke-rationella) som ligger bakom de uttalade, vilket gör att man inte kan analysera ett projekt som en avsiktsförklaring eller som en handlingsinriktning.<sup>39</sup> Eftersom dessa dolda projektplaner inte är tydliga strategier kan de vara svåra att identifiera för en utomstående. Studier visar att ett projekts officiella, uttalade målsättning sällan stämmer överens med vad en eller flera projektdeltagare ”verkligt” åsyftar med projektet. Det kan finnas mål eller delmål som man av ett eller annat skäl har anledning att ”dölja”. Det finns många exempel på sådana *dolda målsättningar*. Ett kommunalt projekt med målsättningen att aktivera arbetslösa ungdomar för att de lättare ska komma ut i arbetslivet kan t.ex. i själva verket ha flera olika målsättningar. Det kan vara ett sätt att ”gömma” undan problemet och försköna statistiken för att undgå kritik och för att visa

---

<sup>34</sup> Franzen ur Goldberg (red.) s 58 ff

<sup>35</sup> Weber s 95

<sup>36</sup> Ibid s 42.

<sup>37</sup> Månson i Andersen & Kaspersen s 103

<sup>38</sup> Weber s 57

<sup>39</sup> Sahlin s 16

för omgivningen att man tar sitt sociala ansvar (fast att man kanske egentligen vet att ungdomsarbetslösheten i själva verket beror på att det inte finns tillräckligt med arbetstillfällen i Kommunen). Projekt kan på så vis vara ett sätt att **legitimera sitt handlande** inför omgivningen. Projektets relation till finansiärer och behov av projektpengar kan också påverka målsättningens officiella formulering. En organisation som i projektet vill förstärka sin egen ekonomi, utöva inflytande över en annan organisation eller enskilda organisationsrepresentanter som i projektet ser en möjlighet till karriäravancemang är andra exempel på dolda projektplaner. Om flera projektdeltagare tillsammans utvecklar och arbetar efter en gemensam projektplan kan det dessutom finnas bakomliggande **konkurrerande målsättningar** mellan projektdeltagarna. Olika projektdeltagare med specifika mål i ett samverkansprojekt kan därför, trots att det finns en gemensam uttalad projektplan arbeta i olika riktningar, vilket i praktiken gör den gemensamt formulerade målsättningen otjänlig och föga överensstämmande med projektets praxis.

*”Om ett projekt ses som projektioner av dolda och kanske otillåtna önskemål och egenskaper hos den organisation som bedriver dem... kan forskaren genom att tolka projektet närma sig en förståelse av den omgivning som önskat, möjliggjort och genomfört det.”Den bild som blir resultatet av en sådan tolkningsprocess kommer med nödvändighet att avvika från den som projektets aktörer och initiativtagare själva presenterat”<sup>40</sup>.*

Meeuwisse påvisar att en rationell projektplan endast är att betrakta som en *”idealistisk eller symbolisk handling med liten eller ingen relevans för det handlande som utspelas i praxis”<sup>41</sup>*. Förståelse av ett projekt där flera projektdeltagare med olika intressen agerar kräver därför en tolkning av projektarbetet som tränger bakom de projektbeskrivningar som olika projektdeltagare tillsammans eller var för sig presenterar.

Perrow<sup>42</sup> menar att vissa organisationer endast tar sig an sociala problem för att ge sken av att någonting görs åt dem och att de egentligen inte bryr sig så mycket om hur effektiva dessa insatser är, så länge det inte resulterar i negativ uppmärksamhet eller kostar för mycket. Ett ”förändringsprojekt” kan på så sätt vara *ett användbart maktinstrument* för organisationer att gentemot andra bibehålla sin legitimitet och:

*”...ett medel för att återskapa institutionens symboliska och materiella aspekter”.*

---

<sup>40</sup>Meeuwisse i Sahlin s 41

<sup>41</sup> Levin i Sahlin (red.) s 89

<sup>42</sup> Perrow s 89

På så vis har också legitimeringen också en reproducerande karaktär. Gerholm anser att legitimeringens funktion är ”...att *reducera tvivel och skapa trovärdighet*”<sup>43</sup>. Även Berger/Luckmann talar om legitimeringsprocessen som en institutions behov av att förklara och rättfärdiga den institutionella ordningen.<sup>44</sup> På så vis kan ett projekt som formellt syftar till social förändring i praxis bara vara ett instrument som försäkrar statsapparatusens reproduktion<sup>45</sup>. Därför är det inte heller lätt att bedöma om ett projekt är lyckat eller misslyckat. Om projektet inte lyckas med sin formella målsättning, att t.ex. hjälpa arbetslösa ungdomar ut på arbetsmarknaden med hjälp av olika aktiviteter, kan projektet ses som ett misslyckande. Men om den dolda målsättningen endast var att ge sken av att någonting görs åt problemet för att säkra sin legitimitet är det kanske att betrakta som ett lyckat projekt.

Sahlin menar att den rationella diskursen förutsätter att projektets målsättning går att uppnå på ett beräknande, förutsägbart sätt. Den inrymmer på så vis en optimistisk retorik som det kan finnas skäl att ifrågasätta. Hon menar att det tycks finnas behov av en *motdiskurs* till den rationella diskursen för att ”avväpna, avmystifiera och dekonstruera” den pragmatiskt motiverade retorik varigenom ett projekt presenteras.<sup>46</sup>

### 5.3. Projektet och verkligheten

Kunskapssociologins teoretiska utgångspunkt är att den samhälleliga verkligheten i grunden är en mänsklig social konstruktion.<sup>47</sup> Gerholm<sup>48</sup> betraktar utifrån ett fenomenologiskt och kunskapssociologiskt perspektiv hur verklighetskonstruerande och verklighetsbevarande processer kan se ut inom ramen för ett projekt. Hon utgår från att ett projekts aktörer subjektivt konstruerar sin bild av verkligheten efter egna intressen och att de genom olika försvarsstrategier försöker legitimera sin verklighetsbild och sitt handlande. Schütz vars fenomenologi Gerholm lutar sig mot, menar också att olika aktörer på så sätt kan utgå från ”olika verkligheter”<sup>49</sup> i projektarbetet, samtidigt som de i legitimeringsprocessen söker *rekonstruera verkligheten* efter sina egna intressen. Berger och Luckmann menar att

---

<sup>43</sup> Gerholm s 123 ff

<sup>44</sup> Berger Luckmann s 111

<sup>45</sup> Levin i Sahlin (red.) s 113

<sup>46</sup> Sahlin (red) s30 ff

<sup>47</sup> Bäck-Wiklund i Månsson (red.) s 73

<sup>48</sup> Gerholm s 20

<sup>49</sup> Schütz s 77

legitimeringsprocessen inte bara ger en projektdeltagare<sup>50</sup> indikationer för *hur* denne bör handla i en viss situation, den talar också om *varför* saker är som de är.<sup>51</sup> Kunskap om verkligheten skapar på så vis också värderingar av verkligheten.

Kunskap om andra människor erhålls framförallt på två sätt, menar Gerholm, *”på basis av egna erfarenheter eller på grundval av allmänna utsagor”*. De professionella utövarna inom ett projekt saknar ofta erfarenhet av i detta fall, de sjukskrivnas situation, eftersom de helt enkelt lever ett annat liv än dem. Och eftersom deras kunskap, d.v.s. det som de anser sig veta, styrs av deras livssituation, skapas stereotypiska bilder av i detta fall *”mental ohälsa”*, *”sjukskrivning”* och *”rehabilitering”*.<sup>52</sup> Det kan med andra ord vara svårt för dem som haft turen att inte själv ha drabbats av mental ohälsa att inse och förstå hur detta verkligen är. Meeuwisse menar just att ett problem i ett samverkansprojekt kan vara att de officiella målen saknar förankring i den *”verklighet”* som man avser förändra<sup>53</sup>. *Hur* man uppfattar verkligheten är naturligtvis också av avgörande betydelse för *vilka medel* man väljer för att förändra den. Habermas skriver *”Det kan vara så att ett subjekt i en given situation väljer medel, vilka i ljuset av dess egen kännedom om omständigheterna ter sig lämpliga, medan betraktaren förfogar över ett tillförlitligare empiriskt vetande med vars hjälp han kan förklara medlens faktiska ineffektivitet och handlingens misslyckande”*<sup>54</sup>

Levin visar i sin undersökning av ett samverkansprojekt mellan olika organisationer att dessa påverkas av olika slags omgivningskrav vilket manifesteras i olika synsätt på samma problem. Ett projekt är då att betraktas som en kompromiss mellan olika projektdeltagare med skilda intressen och verklighetsbilder som därför kan innefattas av sinsemellan motstridiga målsättningar.<sup>55</sup> Sahlin menar att *”Projektets verklighetsbilder förutom att de kan vara olika för var och en som deltar i projektet dessutom kan dela sig i flera faser: det förflutna, det nuvarande och det framtida.”*<sup>56</sup> Detta innebär t.ex. att en och samma projektaktör kan ha motsägelsefulla verklighetsbilder avseende problemets orsaker, dess praxis och framtida mål. Varje projektdeltagare bär naturligtvis med sig sina tidigare kunskaper och verklighetsbilder in i projektet. Men som organisationsrepresentant utrustas man också med vissa kunskaper, tolkningsramar och fördefinierade tillvägagångssätt inom organisationen. I en organisation erhålls ofta kunskap genom internutbildningar, kurser, föredrag o.s.v. Utbildning kan förse en

---

<sup>50</sup> de använder begreppet aktör

<sup>51</sup> Beger, Luckmann s 111

<sup>52</sup> Gerholm s 101-102

<sup>53</sup> Meeuwisse i Sahlin s 36ff

<sup>54</sup> Habermas s 84

<sup>55</sup> Gerholm s 20

<sup>56</sup> Sahlin (red.) s 33

organisationsrepresentant med en referensram för dennes tänkande och introducera ”erkända” lösningar och värderingar som organisationen representerar.<sup>57</sup> Beslut som fattas av enskilda representanter anses vara ”korrekta” om dess konsekvenser är socialt önskvärda för organisationen, d.v.s. om beslutet överensstämmer med den referensram som organisationen presenterat för dem, vilket institutionellt begränsar dennes handlande. Det finns inom dessa ramar utrymme för en viss handlingsfrihet för den enskilde representanten att t.ex. använda sig av egna eller etablerade arbetsmetoder. Men man får inte glömma att en organisation reproduceras av ett kollektivt organisatoriskt handlande. Graden av de enskilda projektdeltagarnas organisatoriska handlande varierar, men man kan sällan ange en eller några representanters handlande och personlighet som skäl till att ett projekt misslyckas.<sup>58</sup>

#### 5.4. Projektet och Makten

“Power is the possibility of imposing one’s will upon the behavior of other persons (Max Weber).”<sup>59</sup>

Begreppet makt är det tredje verktyget som används i denna studie för att teoretiskt kunna belysa olika analysaspekter och för att kunna diskutera slutsatser längre fram. Begreppet är alltför komplext och mångfacetterat för att kunna användas i sin helhet i denna studie. Istället används begreppet makt utifrån ett antal för denna studie utvalda aspekter. Begreppet makt är ett i vetenskapen omtvistat begrepp och även då man tar ställning för en definition så är inte heller det problemfritt då de finns olika åsikter om hur de definierade begreppen skall tolkas. Max Weber definierar makt enligt följande – *”innehav av makt är detsamma som sannolikheten för en individ eller grupp att få sin vilja igenom trots motstånd”* och *”makt är makt över någon eller några”*. *”Maktens ojämna fördelning inom de ekonomiska, sociala och politiska och sociala sfärerna är grunden för den ojämna fördelningen av individuella livschanser”*<sup>60</sup>. Vidare menar Weber att makt står i direkt relation till auktoritet och legitimitet och att makt upprätthålls och legitimeras genom olika former av auktoritet *”sannolikheten för att specifika order blir åtlydda av en viss grupp av människor”*<sup>61</sup>.

Den makt som definierar problematiken, kunskapen och åtgärder som bedrivs i fråga om rehabiliteringsarbetet i Burlövs kommun, formellt som informellt är **relationell** och därmed möjlig att påverka och förändra. Såväl de personer som åtnjuter makt som de som står i

---

<sup>57</sup> Simon s 227

<sup>58</sup> Levin i Sahlin (red.) s 105ff

<sup>59</sup> Gailbraith ur Lukes s 212

<sup>60</sup> Brante, Andersen, Korsnes s 192. I jämförelse med Marshall s 51 och Weber s 38

<sup>61</sup> Weber s 144

relation till den kan alltså påverka den. Franzen säger: *”Makten är aldrig absolut. Det beror på att den är relationell, den finns i relationer mellan två eller flera parter. Den innebär en över- och underordning - en motsättning. Därför finns det alltid motstånd där makt finns – även om motståndet kan variera från öppet ifrågasättande av makten över ett bitvis besvärande motarbetande av den till en viss brist på motivation att utföra vad som krävs av en”*<sup>62</sup>. Franzen talar i boken ”Samhällsproblem” (1983) om **ideologisk makt**. *”Att ha ideologisk makt är att kunna få igenom sina föreställningar. Men det är också en fråga om vad som får sägas, att kunna tabubelägga åsikter, eller upprepa annat dag efter dag”*<sup>63</sup>. Den som uppstår ideologisk makt kan förutom att få igenom sin vilja också få det att framstå som ett samförstånd, ett konsensus med det motstånd som funnits fast i en ny skepnad som får det att framstå som att ett nytt konsensus skapats i samförstånd med motståndet. I ett samverkansprojekt med flera deltagare är det t.ex. inte ovanligt att målsättningshierarkier och andra konflikter uppstår. Men de som har tolkningsföreträde kan genom sin maktposition på detta sätt framställa projektets handlande som homogent, legitimt och till och med nödvändigt. Mosca säger:

*”Ruling classes do not justify their power exclusively by de facto possession of it, but try to find a moral and legal basis for it, representing it as the logical and necessary consequence of doctrines and beliefs that are generally recognized and accepted”*<sup>64</sup>

Makt inom ramarna för projekt står dels att betrakta utifrån vilka handlingar och beteenden som bedrivs men kanske framförallt i hur kommunikationen sker, då det är i språket som dessa legitimeras. Kortfattat kan man betrakta maktaspekten i kommunikationen utifrån vad och hur det kommuniceras men också varför. Om man kartlägger språkets struktur, funktioner och mönster i relation till makt skulle man enligt definitionen kunna kalla det en maktens diskurs<sup>65</sup>. Franzen diskuterar detta som den byråkratiska formen och *”gäller formen för hanteringen av ärenden, hur ärenden uppkommer, hur ärenden ser ut och behandlas”*<sup>66</sup>.

---

<sup>62</sup> Franzén ur Goldberg (red) s 57f.

<sup>63</sup> Ibid s 57

<sup>64</sup> Gaetano Mosca i Lukes s 247

<sup>65</sup> Marshall s 162

<sup>66</sup> Franzén ur Goldberg (red) s 51

## 6. Metod

### 6.1. Introduktion

Detta kapitel avser att motivera och redovisa ställningstaganden och tillvägagångssätt i denna studie och hur *metoden står i relation till problemformuleringen*<sup>67</sup>. Problem som uppstått under arbetet kommer också att redovisas. Kapitlet avslutas med reflektioner och en utvärdering av valda tillvägagångssätt och hur andra metoder kunde ha bidragit till insamlandet av data i denna studie. Valet av metod till detta arbete har utgått från problemformuleringen d.v.s. hur rehabiliteringsarbetet för personer som är långtidssjukskrivna med diagnosen mental ohälsa i Burlövs kommun fungerar. Underförstått vill vi alltså veta hur de berörda personerna uppfattar, tolkar och förklarar hur detta arbete går till och vad som saknas för ett förbättrat resultat. Det föreligger för oss som forskande studenter ”ett intresse för betydelser och de sätt människor förstår saker på”.<sup>68</sup> För att ostört få del av varje berörd persons unika berättelse så har vi valt att enskilt träffa intervjupersonerna under så lugna och likartade situationer som möjligt. Vi har valt att arbeta inom ramarna för den kvalitativa metoden då syftet varit att samla in ”erfarenhetsmaterial”<sup>69</sup> från våra intervjupersoner. Med det klarlagda syftet som bakgrund har det fallit sig naturligt att genom uppsatsprocessen arbeta kvalitativt då vi bortsett från vår nedan redovisade förförståelse och förberedande intervjuer valt att låta arbetet utgå från det empiriska materialet ”för att därefter (ofta samtidigt) formulera begrepp i form av hypoteser eller teorier”<sup>70</sup>. En nackdel med kvalitativa intervjuer är att det insamlade materialet ofta blir väldigt stort så till vida att man erhåller en stor mängd information från varje intervjuperson. Fördelarna är dock större än nackdelarna, särskilt då problemformuleringen och syftet som i detta fall handlar om saker som många människor uppfattar som jobbigt, utelämnande och för vissa intervjupersoner också att tala om en problematik som de upplever som skuldbelagd. Denna studie omfattar tjugo intervjuer. Efter varje intervju har styrkor och svagheter diskuterats och på så sätt är inte de första och de sista intervjuerna helt lika varandra. Frågorna och ordningen på frågorna har under projektets gång varit desamma men vi som intervjuare har efterhand blivit bättre på att fånga in det som vi finner extra intressant. Som intervjuare blev vi också modigare efterhand vilket exempelvis märktes i det att vi känt oss mera bekväma vid de tillfällen då tystnad uppstått under intervjun. Vi blev efterhand också bättre på att avgränsa intervjuerna i tid. Detta efter att ett par av de tidigare intervjuerna blev väldigt långa och efter

---

<sup>67</sup> Rienecker, Jörgensen s 34

<sup>68</sup> Denscombe s 243

<sup>69</sup> Brante s 173

<sup>70</sup> Backman s 48

transkriberingarna upptäckte att intervjupersonerna i stort sett berättat samma sak två gånger. Insikten om att förhålla sig på ett visst sätt för att kunna hantera materialet i efterhand blev tydligt efter de första intervjuerna, att ”intervjuaren definierar situationen, introducerar samtalsämnen och styr genom ytterligare frågor intervjuförloppet”<sup>71</sup>

## **6.2. Förförståelse**

Vi har tidigare gjort ett arbete i Burlövs kommun (2003) på ett liknande tema<sup>72</sup> och hade därför viss förförståelse av kommunens arbete med långtidssjukskrivna. Det är svårt att veta hur detta har påverkat oss och i vilken grad. Säkert är i alla fall att vi genom dessa förkunskaper tillsammans med den ganska dystra statistiken som rör långtidssjukskrivning i Burlövs Kommun, utgick från att det finns stora brister vad gäller insatserna för de sjukskrivna. Genom detta tidigare arbete hade vi också tillgång till vissa nyckelpersoner som vi visste att vi kunde kontakta för att få tillgång till information och intervjupersoner.

## **6.3. Forskarrollen: Reflektioner och problem**

Under arbetets gång har vi stött på flera problem. Ett av dessa var svårigheten att få tag i intervjupersoner som varit sjukskrivna pga mental ohälsa. Självklart råder det stor sekretess kring dessa personer vilket gjorde oss beroende av några aktörers hjälp att få kontakt med dessa intervjupersoner. Dessa har främst varit personalsekreteraren och personalchefen i Burlövs Kommun samt handläggare på Försäkringskassan. Dessa aktörer har i vardagen fullt upp med sina göromål och det är långt från självklart att dessa personer har tid att hjälpa ett par studenter att få tag i intervjupersoner. Eventuellt kan det också ha funnits en viss oro hos dessa övriga aktörer hur informationen som erhållits genom intervjupersonerna skulle komma att behandlas och hanteras i samband med arbetets sammanställning. Genom trägen förfrågan via såväl telefon, brev och mail kunde tillräckligt många intervjupersoner erhållas för att göra denna studie möjlig. Denna svårighet har dock inneburit att detta arbete blivit kraftigt försenat och under flera perioder blivit liggande utan vetskap om en fortsättning skulle vara möjlig. I vårt sökande efter intervjupersoner har vi också fått hjälp av tidigare intervjupersoner att hitta flera att intervjua varvid dessa haft funktionen av ”gate-keepers”<sup>73</sup>. Vårt utgångsläge har varit

---

<sup>71</sup> Kvale s 118-119

<sup>72</sup> Sommarkurs i kultursociologi. Ett arbete som undersökte olika nyckelpersoners orsaksförklaringar till den ökade långtidssjukskrivningen i Burlövs kommun

<sup>73</sup> Marshall s 247



att ta del av alla berörda parter berättelse i rehabiliteringsprocessen och att deras erfarenheter skulle värderas lika. Vi har tagit del av de övriga aktörernas erfarenheter från tidigare och pågående rehabiliteringsprocesser men också deras önskemål och tankar kring hur denna process skulle kunna förbättras i framtiden och vad det de anser vara svårigheter i att uppnå ett för alla parter långsiktigt och tillfredsställande resultat.

## **6.4 Förarbete**

För att i utgångsläget utöka kunskaperna om rehabilitering utfördes tre informantintervjuer med olika nyckelpersoner samt en omfattande litteratursökning i ämnet, vilket diskuteras i efterföljande två punkter. Grunden till metodförfarandet har utgått från problemformuleringen och det syfte som tidigare angivits.

### **6.4.1. Informantintervjuer**

Grunden till metodförfarandet har utgått från problemformuleringen och det syfte som tidigare angivits. Förberedelserna för intervjuerna påbörjades med hjälp av tre förberedande intervjuer. Syftet med dessa intervjuer var att skapa en fördjupad insyn i kommunens syn och arbete med denna problematik och att låta reflektionerna kring detta ingå som en del i den färdiga intervjuguiden. Ett annat men lika viktigt syfte var att samtala med externa experter på rehabilitering som är verksamma i regionen. På så vis var det möjligt att väga in både den interna och externa synen och orsaksförklaringen i den färdigställda intervjuguiden. Den första informantintervjun utfördes med personalsekreteraren och den dåvarande personalchefen i Burlövs Kommun. Denna intervju utfördes på medborgarhuset i Arlov. En förhoppning som också infriades genom detta samtal var att få hjälp med att skapa kontakt med de faktiska intervjupersonerna. Vi fick också insyn i hur man på kommunal nivå ansåg att man borde arbeta med problemet och vad som antogs vara de bakomliggande orsakerna till den höga ohälsa-statistiken i kommunen.

Den andra informantintervjun utfördes med en rehabiliteringskonsult som arbetar professionellt med rehabilitering av långtidssjukskrivna som rehabiliteras pga mental ohälsa på en kursgård i Röstånga. Denna intervju utfördes i hans privata hem i Malmö och bidrog till en praktisk förankring kring hur man generellt kan arbeta med denna typ av problematik.

Till detta tillfälle hade en grovt skissad intervjuguide utformats som då provades gentemot intervjupersonens kunskap och erfarenheter. Den tredje informantintervjun utfördes i Malmö på Caphio City Rehab, som har ett expert-team som arbetar systematiskt med grupper som rehabiliteras på grund av mental ohälsa. Deras tjänster kan köpas in av de närliggande kommunerna och vid ett par tillfällen har det förekommit klienter från Burlövs kommun som deltagit i deras kursprogram. Där fick vi tala med den person som ansvarar för arbetet med rehabilitering och utbildningar. Genom denna intervju fick vi djupare insikt i hur man arbetar professionellt med personer som drabbats av mental ohälsa. Denna informantintervju gav oss också en bredare kunskap om hur kommunerna generellt bedriver rehabiliteringsarbete och vad som är de vanligaste bristerna, såsom kompetens, strategier och att arbeta mot ett gemensamt mål. Detta integrerades i vår senare intervjuguide men gav oss också stor behållning för generell kunskap om rehabilitering. En av de stora skillnaderna mellan behandlingen i Malmö och Röstånga, är att de deltagande klienterna i Malmö inte bor på platsen och en del var i delvis sysselsättning. Klienterna i Röstånga är helt sjukskrivna och bor på deras kursgård under behandlingstiden. Detta förarbete och vår tidigare förförståelse har varit det som utgjort grunden för den bifogade intervjuguiden.

Det primära syftet med de förberedande intervjuerna var som Widerberg diskuterar för att undvika att ”intervjuguiden bara innehåller bakgrundsvariabler” och för att temat i studien skulle bli tydligt och ”en så fruktbar intervjuguide som möjligt”<sup>74</sup>.

## **6.5 Intervjuerna**

### **6.5.1. Urval**

Genom personalsekretären på Burlövs Kommun fick vi kontakt med fyra intervjupersoner. Därefter var det en period då det var svårt att hitta ytterligare intervjupersoner som befann sig eller nyligen hade genomgått rehabilitering i kommunen. Vi fokuserade då på att utföra intervjuer med andra projektdeltagare och genom dessa fann vi ytterligare intervjupersoner. Vi har därför inte haft möjlighet att i detta arbete göra något slumpmässigt urval av de intervjupersoner vi träffat. Samtliga intervjupersoner som deltagit i detta arbete har dock uppfyllt de kriterier som utgår från problemformuleringen d.v.s. kommunalt anställda som är eller varit inbegripna i rehabilitering pga långtidssjukrivning med diagnosen mental ohälsa. Vi

---

<sup>74</sup> Widerberg s 68 Lund 2002

hade gärna sett en jämnare könsfördelning mellan intervjupersonerna men det var vid det tillfället detta arbete utfördes inte möjligt.

### **6.5.2. Utformning av intervjuguiden** (för intervjuguiden, se bilaga)

Den slutgiltiga intervjuguiden utformades efter informantintervjuerna. Genom dessa och i kombination med vad vi utifrån problemformuleringen ville veta så hade vi satt samman en sk analyskiss<sup>75</sup>, d.v.s. en översikt på vilka frågor vi ville ha svar på. Även sådan tidigare forskning i ämnet som tidigare presenterats i kapitlet ”tidigare forskning i ämnet” har legat som underlag för val av frågor. Då vi som teoretisk utgångspunkt fokuserar på de inom projektstudier tre viktiga nyckelbegreppen Rationalitet, Verklighet och Makt, har detta varit vägledande för intervjuguidens utformning.

Guiderna inleds med en kort bakgrundsöversikt<sup>76</sup> sk ”demografiska frågor”<sup>77</sup> och de minst strukturerade frågorna därefter. Intervjuguiderna innehåller huvudteman med underliggande frågor som ansetts viktiga för respektive tema. Denna intervjuguide har fungerat som mall för intervjuerna men med utrymme för flexibilitet och följdfrågor. Intervjuarens roll har varit att leda in samtalet på frågorna i intervjuguiden, och när dessa frågor diskuterats uttömmande har intervjun avslutats.

### **6.5.3. Intervjumetodik**

Alla intervjuer har föregåtts av telefonsamtal då vi bestämt tid och plats för intervjun. Mötet med majoriteten av deltagarna har gjorts på deras respektive arbetsplatser, med undantag av två intervjuer som utfördes i Kommunalarbetarförbundets lokaler i Arlööv och en som utfördes i Burlövs Bostäders lokal på Rinnebäck i Arlööv. Då vi är två som har utfört detta arbete tillsammans så har vi turats om att vara frågeställare. Den andre har då gjort anteckningar och kommit in med frågor som glömts eller för att understryka särskilt skeende av intresse. Intervjutekniskt har vi vid så gott som samtliga tillfällen använt oss av ”återkoppling”<sup>78</sup>, där vi efter en stunds intervjuande har repeterat uppkomna resultat. Detta

---

<sup>75</sup> Widerberg s 69f.

<sup>76</sup> Bakgrundsöversikten innehåller frågor om ålder, familjestatus, boende, utbildning, anställningslängd etc. Se bilaga 2.

<sup>77</sup> Jacobsen s 126f

<sup>78</sup> Med återkoppling menas i detta sammanhang att svaren summerats kortfattats och återförts till respondenten med jämna mellanrum under intervjun. En längre återkoppling har utförts efter avslutad intervju. Syftet med återkopplingen har varit att respondenten skall känna att den som intervjuar verkligen lyssnar men också för att

har gjorts i syfte att undvika missförstånd och för att intervjupersonerna skall känna att vi uppmärksammar deras berättelser. Intervjuerna har i genomsnitt varat en timme men med avvikelser från en dryg halvtimme till nästan två timmar. Efter de avslutade intervjuerna har vi försäkrat oss om att deltagarna har fått tillgång till våra mail-adresser och telefonnummer. Detta för att säkra vår tillgänglighet om deltagaren hade någon extra kommentar eller för att komplettera faktauppgifter. Under semistrukturerade intervjuer har deltagarna stort utrymme att reflektera över intervjufrågorna. Fördelen med öppna svar är att man får ett brett material att analysera. Undersökaren kan också i intervjusituationen observera *hur* den tillfrågade talar, funderar, tvekar, reagerar o.s.v. Forskarens och deltagarens inställning och förväntningar, hänsyn till kön, socialgrupp, etnicitet o.s.v., kan i den sociala interaktionen bidra till att den intervjuade svarar på ett visst sätt. En annan sak som kan påverka de öppna svaren är den sociala och fysiska miljön där intervjuerna utförts.

#### **6.5.4 Etiska aspekter**

Samtliga intervjuer har inletts med att vi har presenterat oss själva och vårt arbete. Därefter har diskretion utlovats och vi har då försäkrat oss om huruvida de känner sig bekväma med att dokumentationen delvis sker genom bandupptagning. Vi har gett löfte om att inga intervjupersoner kommer att nämnas vid namn eller lämnas ut till någon annan otillbörlig person under bearbetningsarbetet. Hänsyn har tagits till att det är ”verkliga porträtt av människor och inte idealtyper”<sup>79</sup> som beskrivs. Vi har också tagit hänsyn till en deltagares önskan att inte bli inspelad på band då denne fann den metoden otrygg och utelämnande<sup>80</sup>. Vi har i hela processen bemödat oss om att förhålla oss etiskt genom att följa de rekommendationer som Kvale presenterar i ”Den kvalitativa forskningsintervjun”<sup>81</sup>.

#### **6.5.5. Projektdeltagarna**

Projektet består av 5 st *projektdeltagare* som var för sig verkar inom olika ansvarsområden och som i de flesta fall dessutom följer en specifik lagstiftning. Projektdeltagarna är representanter från *Arbetsgivaren* (Burlövs Kommun), *Försäkringskassan*, *Företagshälsan*

---

på plats korrigera eventuella missförstånd eller misstolkningar. Det ger också respondenten möjligheten att utveckla eller förtydliga specifika resonemang.

<sup>79</sup> Widerberg s 141f.

<sup>80</sup> Detta var fallet med en intervjuperson i denna studie.

<sup>81</sup> Kvale s 104ff

*Fackföreningen och de sjukskrivna.* Projektdeltagarna besitter var för sig olika slags kunskap. Deras uppgift är att tillsammans utforma och arbeta efter en projektplan med en gemensam målsättning, metod och definierade ansvarsområden för att uppnå ett för ändamålet så tillfredställande resultat som möjligt. I en så liten kommun som Burlöv är det oftast samma projektdeltagare som deltar i ett projekt. De olika projektdeltagarna känner varandra. Arbetsgivaren representeras av de olika enhetscheferna inom kommunen eller av personalsekreteraren (eller i vissa fall av båda). Försäkringskassan representeras av ett fåtal utredare. Företagsläkaren tycks vara den person som är inblandad i flest rehabiliteringsärenden. Den fackliga representanten är i denna studie från SKAF (Svenska Kommunalarbetarförbundet) som är det fackförbund som har flest medlemmar inom kommunen. Man bör notera en väsentlig skillnad mellan de sjukskrivna och de andra deltagarna. De sjukskrivna utgör inte en *grupp* på samma sätt som de andra. De består av ett antal för varandra okända individer som endast representerar sig själv, medan de andra deltagarna är representanter för sin organisation i rehabiliteringsarbetet. Här följer en presentation av projektdeltagarna:

**1. De sjukskrivna** De sjukskrivna är de kommunalanställda som är långtidssjukskrivna p.g.a. mental ohälsa i Burlövs Kommun och som är föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering. Den sjukskrivna har ett *personligt ansvar* att medverka i sin rehabilitering. Om den sjukskrivna vägrar att delta i rehabiliteringen anses arbetsgivaren ha fullgjort sitt rehabiliteringsansvar, vilket i praktiken kan leda till en uppsägning.<sup>82</sup>

Deltagarna inom denna kategori består av tio personer varav nio är kvinnor och en är man. Åldersfördelningen ser ut enligt följande: 35 - 40 år *2 personer*, 40 - 45 år *1 person*, 45 - 50 år *1 person*, 50 - 55 år *2 personer*, 55 - 60 år *2 personer*, 60 - 65 år *2 personer*. Tre personer arbetar inom skolan / barnomsorgen i kommunen, 4 personer inom vården och två personer inom storkök. Långtidssjukskrivningens liksom rehabiliteringens längd varierar. Några har endast varit sjukskrivna i några månader och ganska nyligen påbörjat sin rehabilitering. Andra har varit sjukskrivna länge och flera har varit sjukskrivna i omgångar under ett flertal år. En av de sjukskrivna har varit sjukskriven i 7 år utan avbrott och denna person har inte erbjudits någon rehabilitering alls förrän strax före intervjutillfället. Samtliga är eller har varit långtidssjukskrivna för mental ohälsa, i det flesta fall för depression. Symptomen varierar emellertid. Bland dem som är anställda inom skola utmärker sig symptom som ljudkänslighet, sömnlöshet och social skygghet. För anställda inom vård och storkök utmärker sig särskilt

---

<sup>82</sup> Rehabiliteringspolicyn i Burlövs Kommun (se bilaga 2)

panikångest samt allmän trötthet och apati. Tre av de sjukskrivna har varit inlagda på sjukhus i samband med sin mentala ohälsa. De flesta har sökt hjälp av kuratorer/psykologer, i några fall av sådana som inte alls är kopplade till projektet. Majoriteten av de sjukskrivna har eller har också haft fysiska åkommor såsom magsår eller andra magproblem, ledvärk, huvudvärk, högt blodtryck m.m. Majoriteten av de sjukskrivna upplever sig fortfarande som sjuka. Tre av de sjukskrivna är tillbaka i heltidsarbete, varav två på sin gamla arbetsplats. Två har efter arbetsträning övergått till 75 % arbete och en till 50 % arbete på sin gamla arbetsplats. En arbetstränar tre dagar i veckan på annan arbetsplats och en arbetstränar tre timmar om dagen på sin gamla arbetsplats. En är fortfarande sjukskriven på heltid utan åtgärd och en har beviljats friår.

**2. Arbetsgivaren** Arbetsgivaren, i detta fall Burlövs Kommun, spelar en viktig roll i och har under 90- talet fått ett utökat ansvar för rehabiliteringsarbetet<sup>83</sup>. Arbetsgivaren är med och bedömer den anställdes rätt till sjuklön och är enligt lag (AFS 1994:1) skyldig att utreda den sjukskrivnes eventuella rehabiliteringsbehov. Arbetsgivaren har ansvar för att skapa en rehabiliteringsplan tillsammans med den anställde senast på sjukskrivningens 28: e dag.<sup>84</sup> Den 1 januari 2005 infördes en del nya regler för arbetsgivaren, bl.a. den s.k. *särskilda sjukförsäkringsavgiften*, som innebär att arbetsgivaren ska bidra med medfinansiering av sjukpenningen (15 % av hel sjukpenning). Man har också gått tillbaka till 14 dagars sjuklön istället för 21 dagar som det var under 2004<sup>85</sup>. Man kan därför säga att Kommunen i rehabiliteringsprojektet både har ett *socialt och ekonomiskt ansvar* gentemot de anställda som är långtidssjukskrivna.

Vid sjukskrivning är det till arbetsgivaren som den anställde ringer för att göra en sjukansmälan och det är därför ofta respektive enhetschef som först samtalar med den anställde om dennes situation. I Burlövs Kommun är rutinen sådan att enhetschefen då denna anser att rehabiliteringsbehov föreligger kontaktar de övriga projektdeltagarna och rehabiliteringsarbetet inleds. Det är varje enskild enhetschef som har rehabiliteringsansvar. Personalsekreteraren finns med som en resursperson åt enhetscheferna och kopplas endast i in i sådana ärenden då en enhetschef efterfrågar det. Personalsekreteraren har ändå ett övergripande ansvar för rehabiliteringen. Det är t.ex. från central instans som rehabiliteringspolicyn för Burlövs Kommun har utvecklats och det är där man väljer föreläsare och utbildningar som rör rehabilitering och personalsekreteraren har en aktiv roll i

---

83 Edlund s 30

84 Göransson H, Nordlöv C s 429

85 Ur regeringens proposition "Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro" (2004/05:21).

detta. Vi har i denna studie intervjuat Personalsekreteraren<sup>86</sup> samt 4 enhetschefer. 2 av dessa är rektorer på låg och mellanstadieskolor i kommunen (1 man och 1 kvinna) och 2 är chefer för kommunala vårdhem (2 kvinnor). Vi har alltså genomfört sammanlagt 5 intervjuer med projektdeltagare på arbetsgivarsidan.

**3. Försäkringskassan** följer de föreskrifter som Riksförsäkringsverkets (RFFS 2003:10) beslutat angående rehabilitering enligt 3 kap. 8 a § (lagen om allmän försäkring). De har ansvar för att ett avstämningsmöte<sup>87</sup> genomförs ”*genom att den försäkrade tillsammans med Försäkringskassans representant träffar en eller flera aktörer för att göra en bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga samt behov av och möjligheter till rehabilitering.*” (2004:51). De har alltså en sammankallande funktion till möten mellan försäkringskassan, klienten, arbetsgivaren, företagshälsan och facklig representant (då klienten själv begär det). ”*Det handlar om att mobilisera de resurser som de långtidssjukskrivna själv besitter och som omgivningen kan bistå dem med*”<sup>88</sup>. De handlägger och utreder också sjukersättning och beslutar vilken typ utav ersättning personen i fråga har rätt till. Försäkringskassan har både ett *ekonomiskt ansvar* att på riksdagens direktiv ombesörja så att klienten får det ekonomiska stöd som denne har rätt till, samt ett *samordnande* ansvar i rehabiliteringsprojektet. Under denna studies gång har försäkringskassan stått inför stora organisatoriska förändringar. Riksförsäkringsverket, RFV, som tidigare var de allmänna försäkringskassornas huvudorgan bildade den 1 januari 2005 den nya myndigheten Försäkringskassan. Dessutom har den person som tidigare hade hand om alla Rehabiliteringsärenden för Försäkringskassan ärenden i projektet avslutat sin tjänst i Burlövs Kommun. Detta arbete låg vid tiden för intervjuerna fördelat på flera personer som ganska nyligen satt sig in i rehabiliteringsarbetet. Vi har utfört 1 intervju med en av dessa utredare som ingår i projektet.

**4. Företagshälsan** Företagshälsan är den enda projektdeltagare från den privata sektorn som deltar i projektet. Kundkretsen består av företag inom både den privata och offentliga sektorn<sup>89</sup> och deras tjänster är inköpta av Burlövs Kommun. Deras uppgift i projektet är att diagnostisera klienten och göra en bedömning av vilka medicinska åtgärder som är att föredra. De har ett *medicinskt ansvar*. Företagsläkaren, som är den person som oftast deltar i projektet,

---

<sup>86</sup> som vi även gjort en förberedande intervju med

<sup>87</sup> 3 kap. 8 a § (1962:381) lagen om allmän försäkring

<sup>88</sup> Edlund s 167

<sup>89</sup> <http://www.foretagshalsan.com/index.htm>

kan rekommendera sjukskrivning och gör då också en preliminär bedömning för hur lång tid klienten bör vara sjukskriven från arbetet. Vi har för att få en så bred bild av Företagshälsans verksamhet som möjligt valt att utföra 2 intervjuer, 1 med Företagsläkaren och 1 med Företagshälsans VD.

**5. Fackförening** Klienten har om denne så önskar rätt att företrädas av en facklig representant i projektet. Fackförening deltar alltså endast i de ärenden då klienten själv begär det (men de deltar kontinuerligt i projektet som sådant). Dess uppgift är att företräda klienten i arbetsrättsliga frågor och tillse att dessa regler åtföljs av de övriga aktörerna. De har ett *arbetsrättsligt ansvar* (men det har visat sig i denna studie att de även har en viktig roll som socialt stöd åt klienterna). De flesta kommunalt anställda är medlemmar i SKAF (Svenska Kommunalarbetarförbundet) och uppbär som medlemmar stöd i gällande kollektivavtal.

## 7. Redovisning och Analys av empiriskt material

I detta avsnitt kommer vi att redovisa materialet från de empiriska intervjuerna och analysera detta med stöd av tidigare nämnda teorier. Då denna studie utgår från att betrakta rehabiliteringsprocessen i Burlövs Kommun som ett projekt, kommer vi att utgå från projektets början, riktning och slut.

### 7.1 Projektets början

#### 7.1.1 Handlingsplanen

Så som redovisats i det teoretiska avsnittet om projekt och projektteori är det vanligt att ett projekt inleds med en gemensam handlingsplan och så är även fallet i Burlövs Kommun. Därför har det ansetts lämpligt att börja med att betrakta hur de olika deltagarna uppfattar denna handlingsplan och vilken giltighet och funktion den anses ha för rehabiliteringsarbetet. I inledningsfasen av denna studie utfördes en förberedande intervju med Personalsekreteraren och Personalchefen<sup>90</sup> i Burlövs Kommun. En av orsakerna till detta var just att skapa en bättre bild av hur rehabiliteringsprojektet är organiserat och vilka riktlinjer som finns för dess funktion. Vi fick då presenterat för oss den rehabiliteringspolicy som de sa låg till grund för

---

<sup>90</sup> Den dåvarande personalchefen har numera avslutat sin tjänst inom Kommunen och Personalsekreteraren är numera biträdande personalchef.



det gemensamma rehabiliteringsarbetet. Vi fick även se handlingsplanen för förbättrad arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro i Burlövs Kommun, där ett avsnitt innefattar rehabilitering. Dessa handlingsplaner skulle alla projektdeltagare ha varit med om att utveckla och följa tillsammans. Vi ansåg att de var ganska vagt formulerade. De beskriver inte de olika projektdeltagarnas ansvarsområden, d.v.s. säger *vem* som ska göra vad och *när*. Det är inte heller dokumenterat hur ofta projektdeltagarna ska träffas, vem som ska vara sammankallande osv. Då dessa är de enda skriftliga dokument som ligger till grund för projektarbetet och då Personalsekreteraren och Personalchefen i det mesta hänvisade till dessa dokument var det detta vi inledningsvis hade att utgå från. För att besvara frågan om hur väl rehabiliteringsprojektet fungerar, var en av utgångspunkterna i denna studie därför att på ett tidigt stadium undersöka hur väl *Rehabiliteringspolicyn* och *handlingsplanen för en förbättrad hälsa i Burlövs Kommun* som *Handlingsplan* för rehabilitering följdes upp av de olika projektdeltagarna i projektet.

Det visade sig snart att denna handlingsplan saknade förankring i de olika projektdeltagarnas arbete i projektet och att det därför inte gick att förstå projektet utifrån dessa rationella antaganden. För vissa projektdeltagare hade handlingsplanen ingen betydelse alls. Försäkringskassans representant säger om handlingsplanen:

*”De har regler för hur de arbetar, men det påverkar inte mig. Jag lägger mig inte i hur arbetsgivaren arbetar så länge arbetsgivaren tar sitt ansvar för sin sjukskrivna personal.”*

Hon såg alltså handlingsplanen som en intern plan för arbetsgivaren, som inte alls hade någon betydelse för hennes arbete. Den fackliga representanten menar också att handlingsplanen saknar förankring i projektet, men till skillnad från Försäkringskassans representant menar hon att det är beklagligt att den inte efterföljs. Hon säger:

*”Det finns ju en handlingsplan som även vi varit med om att utveckla och där står ju tydligt att det är arbetsgivarens ansvar hur man går till väga.”*

Ett problem, som hon ser det, är att handlingsplanen inte efterföljs av projektdeltagarna i praktiken och att de därför inte har en gemensam grund att stå på i projektet. På Företagshälsan har Företagsläkaren och VD: n skilda uppfattningar om handlingsplanen. Företagsläkaren säger att det samordnade arbetet med att tillsammans utveckla och arbeta med en gemensam plan avstannat och att det då är svårt att tala om en gemensam målsättning. Han tycker att det är beklagligt:

*”... att man inte längre följer handlingsplanen som aktörerna (projekttagarna) utvecklat tillsammans, följer upp långtidssjukskrivningarna och har regelbundna möten där man tillsammans går igenom alla sjukfall.” Han säger: ...Sen kom man på att man skulle ändra inriktning och då skulle man utarbeta en modell för Sunt Liv och anslöt sig till AHA-Projektet. Det var förra året. Så den gamla policyn den används inte...”*

Företagsläkaren menar alltså att det *fanns* en handlingsplan som inte används längre och att Burlövs Kommun nu valt en ny metod för rehabiliteringsarbete. Om detta säger VD:n på Företagshälsan:

*”Rehabiliteringsarbetet utgår från en kommunal satsning på något som heter Sunt Liv och det är ju mycket bra. Med detta tror jag att rehabiliteringsarbetet på ett bättre sätt leder till en snabbare återgång”.*

Företagsläkaren och VD:n delar alltså uppfattningen att det är Burlövs Kommuns nya inriktning med anslutningen till Sunt Liv (och inte handlingsplanen) som ligger till grund för rehabiliteringsarbetet så som det ser ut idag, men den förstnämnde tycker att man borde återgå till den gamla handlingsplanen och den sistnämnde att den nya inriktningen är positiv. Med tanke på att handlingsplanen även riktar sig till de sjukskrivna kan det tyckas anmärkningsvärt att endast en av de sjukskrivna kände till eller kunde minnas sig ha sett en sådan (och denna kände till den p.g.a. att hon som facklig representant själv arbetar med rehabiliteringsärenden). En sak som ytterligare förstärker bilden av handlingsplanens ringa betydelse är de olika enhetschefernas uppfattningar om den. En av enhetscheferna säger så här:

*”Vilken är det du tänker på? Jasså den som är skriven av XXX (Personalsekreteraren)... Ja ibland tycker man ju så här att man vill satsa så mycket, men man får inget gjort.” En annan säger:” Jag är självklart påverkad av den eftersom jag som enhetschef måste följa den riktlinje som Kommunen har. Och det måste jag ju göra oavsett vad jag tycker. Jag hade kanske önskat att man hade haft större delaktighet i utformningen när den skapades. För då hade den inte bara blivit ett tomt dokument”.*

Man kan utifrån detta fastslå att den handlingsplan som beskriver hur rehabiliteringsarbetet ska gå till inte utgör en gemensam grund och saknar förankring i de olika projekttagarnas arbete med projektet. I den intervju som senare gjordes med personalsekreteraren framkom att dessa handlingsplaner hade utvecklats av personalsekreteraren själv på Kommunledningens direktiv. Därefter hade enhetscheferna fått vara med i utvecklingsarbetet och sedan de övriga

projektdeltagarna. Handlingsplanen går inte att förstå som projektets avsiktsförklaring eller handlingsinriktning, som Sahlin med flera understryker, är just ett problem med ett projekts handlingsplan. Det framkom också att Burlövs Kommun följer nya riktlinjer inom ramen för projektet Sunt Liv. Men även denna *nya* inriktning verkar sakna förankring i projektet, då det är ett initiativ som Kommunen har tagit utan övriga projektdeltagares påverkan för att förbättra rehabiliteringsarbetet. Kanske är detta att betrakta som en *dold projektplan* från Arbetsgivarens sida, eftersom de andra projektdeltagarna inte har varit med på detta initiativ. Det tycks som om projektdeltagarna är oense om hur projektarbetet bör fungera och att det såtillvida finns *konkurrerande målsättningar* inom projektet. Bristen på dokumenterade rutiner för hur samverkansprojektet ska fungera kan tyda på att man inte lyckats implementera sådana inom projektet. Men det skulle också kunna betyda att dessa rutiner är så självklara för projektdeltagarna att det inte finns behov för sådan dokumentation. I vilket fall som helst kan man inte, vilket Sahlin, Meeuwisse och andra understryker, utgå från den befintliga formella handlingsplanen för att förstå hur samverkansprojektet fungerar i praktiken. För att besvara frågeställningen hur projektet fungerar har det visat sig nödvändigt att försöka tränga bakom dessa handlingsplaner och undersöka hur projektdeltagarna själva ser på problematiken kring mental ohälsa och sjukskrivning, vilken målsättning de har med projektet, hur de upplever projektets funktion utifrån sina erfarenheter. Med andra ord bör projektdeltagarnas *verklighetsbilder* studeras. En handlingsplan är sin formella funktion till trots bara ett dokument som i praktiken kan visa sig avvika/överensstämna med de handlingar som utförs. Låt oss därför gå till nästa fas i projektet och fokusera på projektgruppens första möte och hur de olika deltagarna upplever detta.

### **7.1.2 Det första mötet**

Det är vanligen vid det första rehabiliteringsmötet som alla deltagare träffas för första gången i just det unika projektet. Här upprättas en individuell handlingsplan för varje enskild sjukskriven person och de olika deltagarnas ansvarsområden och fördelning av uppgifter diskuteras. Deltagarna på arbetsgivarsidan tycks anse att rehabiliteringsmötena är en resurs till förfogande för den sjukskrivne där de olika deltagarnas ansvarsområden är tydligt definierade. Flera upplever också att de utgör det stöd som den sjukskrivne behöver. Det påtalas att det är viktigt att lyssna på den sjukskrivna individen och att sätta hennes/hans behov i centrum för projektgruppens vidare arbete och åtgärder. Flera deltagare betonar också vikten av att den sjukskrivna individen har ett egenansvar i form av motivation och drivkraft av att själv vilja

komma tillbaka till arbetet. Ett lyckat rehabiliteringsärende beror till stor del därför på den sjukskrivnas egna initiativ och drivkraft.

För de sjukskrivna upplevs det första rehabiliteringsmötet överlag som påfrestande. En deltagare bland de sjukskrivna säger:

*”Det var som att gå till sin egen begravning ungefär.”*

och en annan:

*”Det önskar jag inte min värsta ovän att sitta på ett sådant möte för det är nått av det jävl... du kan råka ut för.”*

Många kände det som om vissa av deltagarna inte stod på deras sida och de upplevde sig själva som utsatta i denna situation. Det var främst arbetsgivaren som sågs som en motpart än som en deltagare på lika villkor. Vissa sjukskrivna ansåg dock att ”hela projektet” var emot dem. Flera sjukskrivna menade också att projektets förutsättningar redan var fastställda innan denne tillträdde till gruppen och att dennes inflytande därför var av ringa betydelse. Den fackliga representanten och Företagsläkaren var de deltagare som för de sjukskrivna ingav mest förtroende och känslan av att vara på samma sida som dem i projektet. Det var främst bland lärarna som det initierande rehabiliteringsmötet inte beskrevs i negativa ordalag. En av dessa säger:

*”De flesta upplever rehabiliteringsmötet som någonting fruktansvärt, men jag visste ju vad det innebar och jag kände ju alla som jobbar med rehabiliteringen sedan tidigare.”*

Det råder alltså ganska olika åsikter om hur gruppens möte uppfattas, där de sjukskrivna i majoritet upplever obehag och känner sig utanför gruppens tillhörighet. Detta kan till vis del bero på det faktum att de sjukskrivna utgör anledningen till mötet medan de andra har som sitt jobb att delta och vara aktiva i projektgruppen. Det är ju också så att de som är anställda inom projektgruppen träffas i flera projekt och därför känner varandra betydligt bättre än de sjukskrivna som tillkommer och försvinner efter hand som projekten avslutas. Hur som helst verkar det finnas många viljor inom projektet. Redan i den inledande mötesfasen kan det antas att projektets riktning inte är förankrad och skapad inom ramarna för projektet, där alla deltagare har haft möjlighet att påverka dess riktning och mål. Gerholm menar att olika deltagare i det att de genom olika försvarsmekanismer söker legitimera sitt handlande kan utgå från ”olika verkligheter” i projektarbetet. Berger och Luckmann menar också, som tidigare nämnts i teoriavsnittet, att legitimeringsprocessen inte bara ger en projektdeltagare

indikationer på *hur* denne bör handla i en viss situation, utan också talar om *varför* saker är som de är. Låt oss nu gå vidare in i projektarbetet och fokusera på dess riktning, d.v.s. vilka orsaksförklaringar och målsättningar som de olika deltagarna har och vilken betydelse detta har för hur deltagarna upplever rehabiliteringen.

## 7.2 Projektets riktning

I föregående punkt diskuterades projektets handlingsplan och den initierande fasen i projektarbetet då projektdeltagarna träffas och för första gången tillsammans planerar projektets vidare gång. Det konstaterades att handlingsplanen inte går att förstå som projektets handlingsriktning och att deltagarnas upplevelser av det första mötet går isär. Här påtalas projektets riktning, d.v.s. om deltagarnas verklighetsbilder och om de orsaker och målsättningar som finns inom projektet och dess betydelse för projektets fortsatta gång. När deltagarna talar om rehabiliteringsprojektet är det uppenbart att deras erfarenhet och förståelse av projektets funktioner är vitt åtskilda. Många sjukskrivna anser att rehabiliteringsarbetet inte utgår från deras behov, att de inte känner sig trodda och förstådda och/eller att de upplever det som om ingen bryr sig om dem. För de sjukskrivna är det just dessa saker som upplevs som viktiga för att projektet ska fungera. Tre av de sjukskrivna berättar följande:

*”Jag ville att de skulle stå på min sida. Att de hade ringt och frågat hur jag mådde och visat att de brytt sig.”*

*”Så gick hela den hösten och vi närmade oss jul utan att någonting hände. Ingen ringde, ingen arbetsgivare, ingenting. Man tänkte va fan de skiter ju i en. Inte ett julakort, ingenting.”*

*”Det var ju inte precis så att de sa ordet inbillningssjuk rakt ut, men man har ju hela tiden blivit bemött som om man bara har inbillat sig att man är sjuk. Man är ju knappast hemma så här många år för att det är roligt...”*

Detta missnöje är främst riktat mot arbetsgivaren, mot enhetscheferna, personalsekreteraren eller mer generellt mot *Kommunen*. Flera av de sjukskrivna berättar också att de känner sig pressade av andra projektdeltagare till att börja arbeta så fort som möjligt och att detta mål är viktigare än att de ska bli friska och må bra. En av de sjukskrivna säger:

*”Tänk om de skulle säga till mig att du får gå och jobba på måndag. Jag tänkte herre Gud hur ska jag kunna ta mig till jobbet.”*

Den facklige representanten verkar ha varit den aktör som de flesta sjukskrivna ansett ha varit tillmötesgående och stått på deras sida. Hon poängterar också vikten av omtanke:

*”Där ska ju vara ett samtal med den sjukskrivne. Som jag känner det är man inte speciellt duktig på att prata med sin personal. Det gör ju att det blir ingen naturlig del att man ringer hem och säger hej hur är det utan... Det ses nästan istället som om arbetsgivaren när dom ringer istället ringer hem för att kontrollera dem. Det är inte så i alla fall, men det händer att den sjukskrivne känner det så.”*

Den fackliga representanten säger att ett stort problem för projektets funktion är projektgruppens krav på att den sjukskrivne ska vara motiverad: Hon är också kritisk till rehabiliteringens fokus på arbetsträning och menar att den successiva återgången via arbetsträning egentligen inte är en lösning:

*”Vi har inte förändrat någonting. Vi har bara låtit människan vila kanske ett halvår och sen låtit henne komma in i gruppen igen ju. Där är ofta ingen förändring gjord inom arbetsgrupperna eller nånting ju.”*

Även Försäkringskassans representant anser att en av de viktigaste åtgärderna är att hålla kontakten med klienten, men att detta ofta förbises p.g.a. av tidsbrist, vilket får negativa konsekvenser för rehabiliteringen. Företagsläkaren menar att rehabiliteringen fungerar olika bra från fall till fall eftersom behoven är så individuella. Han menar att rehabiliteringen blir mer komplicerad när man bedömer att förändringar måste göras på arbetsplatsen:

*”Ibland anser medarbetarna att hon eller han har en ohållbar arbetssituation och då är det ju svårt att diskutera pengar. Om det krävs neddragningar i tid eller förändrat arbetsinnehåll då krävs det resurser. Då blir det svårt att lösa det.”*

Företagsläkaren, den fackliga representanten och flera klienter anser att projektet i hög grad styrs av arbetsgivaren och de menar att samordningen inte fungerar som det var tänkt. Företagsläkaren är besviken över att man lämnat den handlingsplan som man börjat utveckla tillsammans och att Kommunen nu på eget initiativ ändrat inriktning med rehabiliteringsarbetet för att istället satsa på Sunt Liv. Arbetsgivarens och VD: ns bilder av projektets funktion är överlag mer positiva än de ovan redovisade projektdeltagarnas. VD:n på Företagshälsan säger:

*”Rehabiliteringen fungerar mycket bra. Vi kan erbjuda samtalsterapi, massage, medicinering o.s.v. Många gånger kan det räcka att man träffar företagsläkaren som berättar att deras problematik faktiskt är normal.”*

Personalsekreteraren tycker att rehabiliteringsarbetet fungerar bättre nu sedan försäkringskassan fått andra riktlinjer eftersom de är ”... mer drivande”. Hon berättar att man i Burlöv nyligen påbörjat arbetet med Sunt Liv och att de haft en arbetsmiljöutbildning för alla chefer och skyddsombud:

*”... där har vi fått en gemensam kunskapsbas att stå på och det har varit jättegivande.”*

Hon berättar också att de haft en serie föreläsare, om bl.a. attityder till sjukskrivning och diagnosen utbrändhet. Om dessa egna åtgärder säger hon:

*”... så jag tycker att vi från centralt håll har gjort väldigt mycket.”*

På följdfrågan vem som väljer föreläsare svarar hon: ”Moi!” Ofta, leder arbetsträningen till att den sjukskrivne successivt kan återgå till sitt arbete. När det blir tal om omplaceringar tycker hon att det är svårare eftersom det ofta finns begränsad kompetens inom de kategorier där sjukskrivningstalet är högst. Även enhetscheferna har en positiv syn på rehabiliteringsprojektets funktioner. Majoriteten av enhetscheferna anser att de har en god och nära kontakt med de sjukskrivna deltagarna. På arbetsgivarsidan anses det största problemet för projektets funktion vara om de sjukskrivna inte själva är tillräckligt motiverade att uppnå ett lyckat resultat. Deltagarnas bilder av projektets funktion går följaktligen isär som vi sett ovan. En trolig orsak till detta är att deltagarna bedriver sitt arbete utifrån skilda ansvarsområden och med olika uppdragsgivare. Levin menar också att deltagare i ett samverkansprojekt har olika krav och förväntningar från sin omgivning och att detta påverkar deras handlande. En annan trolig orsak är, vilket såväl Schütz som Berger och Luckmann påpekar, att verklighetsskapande processer bottnar i individers/aktörers intressen av att legitimera sitt handlande. Därigenom reproduceras också deras verklighetsbilder. Deltagarnas förståelse av projektets problem, d.v.s. problematiken kring långtidssjukskrivning och mental ohälsa, påverkar förmodligen också deltagarens handlande inom projektet. För att ytterligare närma sig en förståelse av hur projektet fungerar är det därför nödvändigt att analysera hur deltagarnas verklighetsbilder av denna problematik är konstruerade. Vi kommer därför vidare

att tala om projektdeltagarnas uppfattningar om orsakerna till den mentala ohälsan och långtidssjukskrivningarna.

### 7.2.1 Deltagarnas syn på orsakerna till problemet

Många projektdeltagare anser att orsaken till långtidssjukskrivning p.g.a. av mental ohälsa beror på en kombination av flera faktorer. Det fanns dock en tendens hos alla att framhålla *en* faktor som särskilt avgörande. De sjukskrivna ansåg i de flesta fall att deras mentala ohälsa uppkommit i arbetet. Arbetets beskaffenhet, d.v.s. dess mängd och längd var en faktor. En av de sjukskrivna säger:

*”Ja, det var överbelastning i arbetet. Efter att jag hade följt med in fylldes klassen på med extra barn. Vi behövde mer resurser, mer personal och vi behövde flytta några barn... usch nu kommer allting. Vi fick liksom vända ut och in på oss själva.”*

För många spelade yttre faktorer på arbetsplatsen och själva arbetsplatsens karaktär en avgörande roll. Utmärkande för de sjukskrivna var att det var flera arbetsrelaterade faktorer som ansågs ligga bakom sjukskrivningen. En av de sjukskrivna ger en bild av hur flera sådana faktorer tillsammans kan skapa en ohållbar arbetssituation:

*”Alltså det har ju blivit tuffare och tuffare. Mycket betalningsanmärkningar, föräldrar som är missbrukare, spelmissbrukare och det är ju mycket invandrare också... det måste ju finnas resurser för att ta itu med problemen. Jag hade en krigsskadad pojke som fick utbrott på skolgården och ville döda sina kompisar. De låg under utvisningshot. Han var psykiskt sjuk och mamman också. De bodde i en tvårumslägenhet sex personer. Senare sa mamman dessutom att det var jag som hade förstört honom. Det fanns liksom ingen som hade trygga hemförhållanden. Vi hade barn som dödade djur och eldade. Sen hade vi ombyggnad av lokalerna, så man fick springa hit och dit. Vi hade en betongborr som gick hela dagarna och vi fick vistas i en källare. Där var jordhögar och barnen var uppe och sprang på bilarna och ställde sig framför maskinerna för att se vem som vågade stå längst. Ibland var toaletterna avstängda och... ja det var omöjligt att bedriva en vettig undervisning.”*

För några var det relationen till chefen som ansågs vara den huvudsakliga orsaken till problemet. En sjukskriven uttrycker rädsla för sin chef och en annan berättar:

*”Ja, under de åren som XXX var platschef så kunde man inte bli annat än sjuk. Hon var vedervärdig, stygg, hemsk. Hon angrepp mig och sa att saker*



*skulle bli gjorda på en timma. Jag kände psykisk stress från hennes sida, att aldrig göra nog. Det fanns liksom ingen förståelse... Det var bara p.g.a. henne som jag blev sjuk.”*

Några få nämnde att relationen till kollegorna var av avgörande betydelse. En sjukskriven beskriver en konflikt med en kollega som droppen som fick bägaren att rinna över. En annan upplevde trycket från arbetskamraterna som ett hinder för att försöka göra någonting åt sitt hälsotillstånd:

*”Jag gick till psykolog innan jag blev sjukskriven, men det var för mycket bekymmer med att gå dit. Det var arbetskamraterna som sa att du kan inte gå ifrån när du jobbar i hemtjänsten för det är alldeles för lite personal... ”.*

Ofta fanns det bakom dessa arbetsrelaterade faktorer en annan, djupare effekt av arbetet som tog sig uttryck i en frustration över att inte få lov att göra ett bra arbete. Inom omsorgen menar t.ex. samtliga sjukskrivna att det är psykiskt påfrestande att arbeta med sjuka och/eller gamla människor och känna att man inte har tid med dem. En av dessa säger:

*”Man går hem och undrar - vad har jag egentligen gjort idag. Har jag bara flått som en idiot in och ut genom rummen. Eller att man går hem och känner att Asta hon ville ju prata en kvart och jag är jättetrött. Då kan man också känna att usch, varför stannade jag inte och lyssnade på henne.”*

Flera av lärarna upplever liknande frustration över att inte kunna erbjuda eleverna den tid och omtanke de behöver. Samma åsikt delas av intervjupersoner från storkökets personal. En av de sjukskrivna från denna kategori säger:

*”Både skolmaten och maten till de gamle har ju blivit så dålig. Potatisbullar till barnen och kött som är som gummi till de gamle. Det ska gå fort, vara lätt att laga och skicka ut. Det är inte värdigt.”*

Det fanns endast en sjukskriven som inte alls relaterade sin ohälsa till arbetet. Hon härledde sin problematik till privata omständigheter. Vissa klienter angav också andra skäl till sin sjukskrivning i kombination med ovan nämnda faktorer, men dessa ansågs inte lika viktiga som arbetsfaktorn.

Den fackliga representanten upplever också att orsakerna till den mentala ohälsan till stor del är arbetsrelaterade. Frustrationen över att inte ha möjlighet att utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt återkommer även i den fackliga representantens berättelse:

*”Vi mår inte särskilt bra ute på arbetsplatserna. Arbetsplatserna är ju så slimmade alltså alla måste klara av att jobba 120, 130 % av sin kapacitet. Och då blir man sjuk. Och då är det någon annan som måste göra ytterliggare jobb. Och har man redan ett lite dåligt arbetsklimat så blir man lite utanför, dessutom har du känslan inom sig själv att jag duger inte.”*

Företagsläkaren och VD: n på Företagshälsan har tydligt olikartad syn på den mentala ohälsan och dess orsaker. Företagsläkaren anser att arbetets beskaffenhet är en starkt bidragande faktor till den ökade mentala ohälsan. Han poängterar också särskilt frustrationen. Han säger att ett stort problem inom människobehandlade yrken är att man genomfört stora nedskärningar som leder till frustration och att

*”... de som ju är anställda för att vårda och uppfostra kommer i konflikt med sig själva i arbetsituationen”.*

Han berättar att det är vanligt att arbetstagaren säger att problemen uppkommit i arbetet och att man då måste utgå från det, även om det också kan finnas andra orsaker till ohälsan.

VD: n för Företagshälsan menar däremot att mental ohälsa ofta uppstår när balansen mellan sömn, arbete och fritid inte stämmer. För VD:n är arbetet inte den största orsaken till problemet utan en av flera där klientens hemsituation tycks vara den mest avgörande.

Försäkringskassans representant framhäver ingen faktor som mer framträdande än någon annan, utan anser att det är mycket individuellt vilka orsaker som ligger bakom den mentala ohälsan. Hon menar också att det kan vara en kombination av flera faktorer. Hon säger att man måste se på sådant som familj, ekonomi, arbete, alkohol, framtidsvision o.s.v., för att göra rätt bedömning.

På arbetsgivarsidan anser de flesta att den mentala ohälsan främst är relaterad till de sjukskrivnas sociala situation, alltså hemförhållanden och livssituation, samt till deras attityd till sjukskrivning. Arbetet anses här inte vara den mest bidragande faktorn. Flera av deltagarna betonar de sjukskrivnas egen roll och inställning till sjukskrivning och menar att attityderna till sjukskrivning har förändrats på så vis att det blivit lättare och mer socialt accepterat att vara sjukskriven. En av deltagarna på arbetsgivarsidan säger:

*”Den psykiska ohälsan har ju blivit någon form av trenddiagnos. Det är ju mode i diagnoser. Nu är det utmattningsdepression, utbrändhet, krisdepression, you name it. Förut fanns det ju inte något som hette utmattningsdepression. Vi hade en föreläsare som föreläste om attityder till sjukfrånvaron. Han berättade att vi för några år sedan hade mycket fibromyalgi. Idag är det inte så många som har det. Ytterliggare några år*

*tillbaka så var det elöverkänslighet. Idag har jag aldrig sett någon med elöverkänslighet. Sen kan man fråga sig t.ex. whiplash-skador. Det förekommer nästan bara i Sverige. Så utbrändhet är väl alltså en modediagnos precis som elöverkänslighet.”*

På frågan varför hon tror att det är så, svarar hon:

*”Jag vet inte varför det är så. Det är ju läkarna som ställer diagnoser.”*

Hon säger också:

*”Jag tycker att man i Sverige sjukskriver i större utsträckning än vad som behövs och vad som är bra för den sjukskrivne.”*

Också en annan deltagare på arbetsgivarsidan anser att en viktig bidragande faktor till sjukskrivning är läkarnas inställning och/eller deras brist på tid och resurser. Hon säger:

*”Ja det är inget att sticka under stolen med att har man en patient var 7: e minut, så kan det inte bli så bra, vilket gör att diagnostisering, omtanke och ansvar får stå tillbaka... Jag har aldrig varit på en arbetsplats där jag har sett så mycket märkliga diagnoser... Det är hemskt. Man gör varken samhället eller individen en tjänst. Sen gör man inte heller dem en tjänst som verkligen skulle behöva vara sjukskrivna. Det kan ju vara så här att man i den här Kommunen haft otur att få ett antal okunniga doktorer som inte är trygga i sin roll, som är så stressade att de inte hinner ägna patienterna den tiden som de borde. Och i ren självbevaringsdrift då, så sjukskriver man patienten.”*

En annan deltagare på arbetsgivarsidan säger:

*”Skulle jag stanna hemma var dag som jag inte mådde bra då hade jag fått stanna hemma ofta. För så är livet, man mår inte alltid bra. Så missbruket (med sjukskrivningar) är också relaterat till hur man ser på sitt jobb... Hälften av dem som är hemma är inte oförmögna att utföra sitt arbete. Men de kanske är oförmögna att utföra det med lika god kvalité som de brukade.”*

Efter denna redogörelse för projektdeltagarnas vitt skilda uppfattningar om problematiken kring sjukskrivning och mental ohälsa, kan man undra om de faktiskt talar om samma problem. Men då man betänker att alla deltagare ser på problemet utifrån sina sociala referensramar som konstruerats utifrån deras specifika intressen, kan man förstå att de talar om ett och samma problem fast utifrån olika perspektiv och att de därför fokuserar på olika delar av problemet. Varje projektdeltagare skapar ju sina referensramar utifrån sina kunskapsfält och sina sociala bakgrunder. Om man t.ex. som Schütz ser de olika deltagarnas

uppfattningar om problemets orsaker som produkter av deras specifika intressen är det lätt att förstå hur arbetsgivaren kan se problemet som individrelaterat och att de sjukskrivna ser det som arbetsrelaterat. Arbetsgivaren har ju också ett ekonomiskt intresse i att få tillbaka den anställda så fort som möjligt. Dessutom skulle det för arbetsgivaren innebära ett erkännande av stora brister i den sociala arbetsmiljön och i organisationen som sådan, om man ansåg att problemet huvudsakligen var arbetsrelaterat. För den sjukskrivna, vars upplevelser är direkta på så sätt att det är deras egna erfarenheter av problemet som är utgångspunkt i deras utsagor, kan man på liknande sätt förstå att man ser på arbetet som det största problemet. För dem är det ju *där* som de har *upplevt* att ohälsan uppstått och därför är det viktigt för dem att också arbetet förändras. På så sätt kan man, som Berger och Luckman, se olika deltagares orsaksbedömningar som ett sätt att *legitimera* sitt handlande i projektet. Och i denna kontinuerliga rekonstruktion av verkligheten skapas också värderingar för hur deltagarna ska agera i framtiden.

Omgivningens krav på respektive projektdeltagare kan också vara en orsak till detta. Alla projektdeltagare tycks tona ner sitt eget ansvar för hur problemet uppstått och detta möjliggörs bl.a. genom att ansvaret inte har en tydlig avgränsning mellan projektdeltagarna. De anser dessutom i de flesta fall att det är en eller flera av de andra projektdeltagarna som huvudsakligen är ansvariga för problemet, vilket kan tolkas som att man i detta inte ser sig vara en grupp som faktiskt borde ha en gemensam helhetssyn på resultatet och hur man genom samarbete inom gruppen skall arbeta för ett förbättrat helhetsresultat. Detta i sig kan ju göra en samverkan komplicerad. Det står i alla fall klart att det inom projektet existerar olika *verklighetsbilder* av orsakerna till det problem som de gemensamt har att arbeta med. Men låt oss innan vi fortsätter diskussionen med projektets verklighetsbilder och tolkningen av dess konsekvenser se vilka målsättningar som finns inom projektgruppen.

### **7.2.2 Projektets mål**

Man kan säga att största gemensamma nämnare rörande projektets mål är att uppnå *god rehabilitering* och vi ska här redogöra för vad projektets deltagare menar med detta. Projektdeltagarnas målsättningar är determinerade av deras syn på problemets orsaker är av avgörande betydelse för projektarbetet eftersom det styr projektdeltagarna i deras strävan efter att uppnå det som för dem är *"god rehabilitering"*. Hur man uppfattar verkligheten är naturligtvis, vilket Gerholm understryker, av avgörande betydelse för *vilka medel* man väljer för att förändra den. Varje projektdeltagare tycks se på problematiken utifrån sina behov,

d.v.s. sina egenintressen av rehabiliteringen. De sjukskrivna som ser problemet utifrån den upplevda situationen i deras eget liv, relaterar hälsotillståndet till det sammanhang i vilket de anser att problemet uppstått, i de flesta fall till omständigheter som har med arbetet att göra. Deras intresse (mål) är att bli friska och att kunna arbeta utan att behöva bli sjuka av det. Följaktligen ser de på lyckad rehabilitering som ett medel för att uppnå detta. Många ansåg att de inte fick den hjälp som de skulle behöva och vilja ha inom ramen för det samordnade rehabiliteringsarbetet och utgick i denna fråga från vad de ville med sina *egna* rehabiliteringsinsatser, alltså sådana som de själva tagit initiativ till utan de övriga aktörernas hjälp eller inrådan. Det kunde vara allt från vandringar, gymnastik, Qui Gong och avslappningsövningar till akupunktur, egen anordnad kurator o.s.v. Målet med den egeninitierade rehabiliteringen var i de flesta fall att slippa må dåligt och att snabbt bli frisk. Detta kan naturligtvis tolkas som att de inte är nöjda med den rehabilitering som de erbjuds inom projektet I de flesta fall ville de sjukskrivna råda bot på fysiska och mentala åkommor som t.ex. ljudkänslighet, trötthet och glömska. Flera kände sig introverta och skygga gentemot omgivningen, även i det privata livet. Samtliga sjukskrivna ville gå tillbaks till arbetslivet vilket de flesta hoppades göra när de blev så friska att de kunde klara av det. En av sjukskrivna säger t.ex.:

*”Jag ville bli bättre och jag ville arbeta. Men jag ville känna att jag var tillräckligt stark så att jag inte blev sjuk av det.”*

De som ansåg att sjukskrivningen berodde på chefernas agerande såg deras avgång som enda möjliga mål för återgång. Många tillfrågade såg det som en nödvändighet att förändringar gjordes på arbetsplatsen för att underlätta återgången. Framförallt fanns en uttrycklig önskan att få vara mer delaktig i arbetet med den planerade återgången. En av de sjukskrivna berättar:

*”Jag vill ju jobba i äldrevården och jag ville ha en ärlig chans att komma tillbaka... fast på mitt sätt.”*

Några ansåg sig inte alls kunna gå tillbaks till sin arbetsplats där problemen uppstått. På arbetsgivarsidan anser de flesta deltagare att målsättningen bör vara att den anställda ska gå tillbaka till sitt arbete så fort som möjligt. En av deltagarna från arbetsgivarsidan säger så här:

*”Jag tycker nog att det är bra att man som arbetsgivare går snabbt till väga... Jag tror att det är bra för båda parter att man fokuserar på en snabb återgång.”*

En annan menar att den anställde kan komma in ett sjukbeteende om sjukskrivningen pågår för länge:

*”Det betyder oerhört mycket att det går fort. Om en person är för långt in i en sjukroll t.ex. så kan det vara väldigt svårt att komma någon vart. Alltså är helt fixerad vid sin sjukroll och ständigt söker nya läkare. Man tappar ju kontrollen över sin tillvaro. Det är samma mekanismer som när man är arbetslös. Då hamnar man nånstans mitt emellan och det påverkar självförtroende och självbild och... Har man då haft ett jobb, det är ju en stor del av sin identitet och det är nog inte så kul när någon frågar vad gör du nu.”*

Det finns dock en deltagare som inte lika övertygad över att man bör inrikta sig på en snabb återgång. Hon säger:

*”Ibland känner jag att man fokuserar så mycket på tiden. Effekten kan bli att man glömmar människan. Vi människor är faktiskt annorlunda och behöver olika mycket tid för att komma tillbaka.”*

Alla deltagare inom denna kategori anser också att det är mycket viktigt att den anställde inte ”tappar greppet” om sitt arbete, att kontinuerlig kontakt hålls med arbetsplatsen, kollegorna och cheferna.

VD:n på Företagshälsan betonar också vikten av en påskyndad återgång till arbete. Även han säger att det är viktigt att i det gemensamma rehabiliteringsarbetet hjälpa den sjukskrivne att inte tappa kontakten med sin arbetsplats:

*”Många studier visar ju att om man är sjuk ofta eller länge så kommer man in ett sjukbeteende. Man får inte bli borta från jobbet. Man ska ha en fot inne hela tiden.”*

Företagsläkaren säger:

*”Det viktigaste är att personen återfår sin psykiska eller fysiska hälsa...”*

Han säger också att det är viktigt att rehabiliteringsarbetet startar tidigt, d.v.s. att man gör en tidig bedömning och att det sker samordnat. Han menar alltså inte att det viktigaste är att den sjukskrivna återgår så fort som möjligt, utan att rehabiliteringsarbetet kommer igång så fort som möjligt. Försäkringskassans representant säger också att tiden är viktig och att det är viktigt att dra igång saker när det behövs men att:

*”Ibland kanske man inte ska ringa alls, när man bedömer att en människa behöver vara ifred ett tag, då är det ju inte bra att ringa.”*

Hon betonar vikten av att göra en individuell och tidig bedömning eftersom människor är så olika:

*”Målsättningen bör vara att utifrån den sjukskrivnes specifika behov och möjligheter tillsammans med de övriga aktörerna skapa en individuell rehabiliteringsplan som kan leda till att den sjukskrivne återgår frisk till arbetslivet.”*

Den facklige representanten säger:

*”Jag tycker att det viktigaste är att medlemmen får känna att det är för medlemmens skull som man gemensamt försöker hitta en lösning där hon kan jobba vidare med detta eller på något sätt komma vidare i livet. Och att arbetsgivaren hjälper till.”*

Hon anser också att initieringen av Rehabiliteringsutredning måste ske snabbare för att fånga upp de som riskerar att bli långtidssjuka:

*”Vi har alltså personer som gått sjukskrivna i flera flera år utan att överhuvudtaget ha fått någon rehabilitering.”*

Liksom företagsläkaren menar hon också att det är viktigt att rehabiliteringsarbetet sker *samordnat* med de andra projektdeltagarna.

Det står nu klart att projektets deltagare har ganska olika förklaringar till problemets orsaker samt olika mål med det gemensamma rehabiliteringsarbetet. Det tycks inom projektet finnas flera *verklighetsbilder* som motsvarar de olika deltagarnas intressen av rehabiliteringen. Lite förenklat kan man säga att de sjukskrivna som anser att de har blivit sjuka i arbetet vill bli friska och ha ett arbete som de inte bli sjuka av och Arbetsgivaren som anser att de blivit sjuka i sin hemmiljö vill att de går tillbaka till arbetet så fort som möjligt eftersom de blir ännu sjukare av att vara sjukskrivna. De övriga deltagarna står, kan man säga någonstans mitt

emellan dessa två på denna skala. Om man utgår från Webers sociala handlingstyper för att söka en förklarande förståelse för hur deltagarna kan ha så olika mål med rehabiliteringen, skulle man kunna se det som att de sjukskrivna är mer affektivt styrda än de övriga deltagarna. De upplever eftersom det är mot dessa som projektets rehabiliteringsinsatser riktas, både problemet och rehabiliteringen på ett direkt och därför mer känsloladdat sätt och deras handlande styrs såtillvida utifrån mer känslomässiga uppfattningar. Företagsläkaren och den facklige representanten tillhör yrkeskategorier som på olika sätt har i uppgift att värna om individen. Det finns i detta egentligen inget annat intresse för läkarens del annat än att *patienten* blir frisk och för den facklige representantens att *medlemmets* rättigheter tillvaratas. Man kan säga att det för dem är själva *värdet* av detta som ställer krav på en viss sorts handlande för att komma till rätta med problemet. Deras handlande är då mer värderationellt betingat. Representanterna på Arbetsgivarsidan och Försäkringskassans representant innehar alla positioner där den ekonomiska aspekten är viktig. Detta inte bara för att det endast finns en begränsad budget, utan också därför att det inom respektive organisation ställs stora krav på effektivitet. Detta stämmer bra in på Webers resonemang om att byråkratiska organisationer är *idealtypiskt målrationalella*. Här ska sägas att försäkringskassans representant inte direkt stämde in på denna målrationalella beskrivning. Hon poängterade värdet i att man måste utgå från individen i rehabiliteringen m.m., men man ska komma ihåg att Webers handlingstyper inte är stereotyper utan endast verktyg som förenklar arbetet med att närma sig en förklarande förståelse. VD:n på Företagshälsan befinner sig i en liknande situation som Arbetsgivaren och Försäkringskassan, i det att hans handlande också i hög grad är betingat av ekonomiska aspekter. Han driver ju ett företag som måste gå runt på en konkurrerande marknad där det för själva överlevnadens skull ställs krav på effektivitet och rationalisering. Hans handlande tycks alltså också falla under den målrationalella handlingstypen. Vi kan så här långt säga att de olika deltagarnas handlande tycks determinerat av vilka motiv till eller intressen de har av rehabiliteringen. Men dessa motsättningar är kanske i sig inte så anmärkningsvärda. Om dessa olika verklighetsbilder av vad som är ”god rehabilitering” vore integrerade i det gemensamma projektet skulle det nog vara positivt att de olika deltagarna bidrog med sina olikartade synsätt och kunskaper. Men dessa övriga verklighetsbilder tycks inte vara integrerade i det gemensamma projektet. Projektets deltagare tycks sträva efter olika mål inom projektet, och vissa deltagare är mer nöjda med projektets ”gemensamma” riktning än andra. Det som framkommer i empirin är att flera av de sjukskrivna känner att deras mål inte står i centrum för projektet då deras önskemål inte tillräckligt integreras i projektet. Även Företagsläkaren, och den facklige representanten uttrycker tydligt att deras önskingar om



projektets mål och riktning får för lite utrymme i det praktiska arbetet. I dessa fall anses orsaken till detta av flera deltagare att arbetsgivaren i själva verket styr projektet så som de själva vill. Rehabiliteringsarbetet i Burlövs Kommun tycks i allt väsentligt utgå från hur arbetsgivaren definierar problemet och vilka åtgärder och metoder som skall prioriteras.

Vår slutsats är att summan av främst arbetsgivarens tolkning av problematiken utgör projektets riktning. Ett betydande tolkningsföreträde föreligger då det är därifrån som t.ex. urvalet av externa föreläsare och en betydande del av de lokala resurserna utgår. De nya riktlinjerna med ”Sunt Liv” som tagits på arbetsgivarens initiativ utan övriga projektdeltagares inflytande är ännu en sak som visar på arbetsgivarens maktposition i relation till övriga projektdeltagare. Makt i det här fallet handlar inte enbart om ekonomi och materiella resurser utan även om hur attityder och värderingar skapas och lägger grund för hur rehabiliteringsarbetet bedrivs. I en kommun av så pass liten storlek som Burlöv kan en enskild individ i egenskap av organisationsrepresentant påverka och besluta om riktningen i rehabiliteringsarbetet fortskridande. Alltså har individernas människosyn, ideologi och problemtolkning stor påverkan på hur åtgärdsplaner utformas och vilka kunskaper som väljs ut för att sedan internaliseras hos projektdeltagarna på arbetsgiversidan.

Arbetsgivaren är också hänvisad till att följa direktiv i Arbetsmiljölagen och specifika villkor i kollektivavtalen. Den rehabiliteringspolicy som formulerats i Burlövs kommun<sup>91</sup> har formulerats utifrån statliga direktiv om rehabilitering men med tolkningsföreträde och rätten att anpassa direktiven för anpassning till kommunens förutsättningar. De personer som i kommunen har som uppdrag att formulera denna policy, gör så utifrån sin erfarenhet och kunskap om problemet och implementerar därmed sin uppfattning om problematikens verklighet med hjälp av den makt som uppdragets yrkesroll genererar. Den makt som definierar problematiken i enlighet med Webers definition, kunskapen och åtgärder som bedrivs i fråga om rehabiliteringsarbetet i Burlövs kommun, formellt som informellt är relationell och därmed möjlig att påverka och förändra. Såväl de personer som åtnjuter makt som de som står i relation till den kan alltså påverka den. Franzen menar på att den som har den ideologiska makten är den vars förslag har högst legitimitet och kan ges av att ha tillkommit genom kollektivt konsensus.

Arbetsgivaren (Personalsekreteraren i Burlövs kommun) är den projektdeltagare som väljer ut vilka externa föreläsare som bjuds in för att sprida information om problematiken. Det är också arbetsgivaren som insamlar och väljer ut vilka statistiska data som skall fokuseras och redovisas, men också vad som skall undersökas och beläggas med hjälp av enkäter och

---

<sup>91</sup> Se Bilaga 2 - Rehabiliteringspolicy i Burlövs kommun

statistik. Detta ligger ju sedan till grund för hur kommunen skapar målsättningar genom deras förslag på vilka åtgärder som skall prioriteras.

Det är de som innehar den offentliga och ideologiska makten som väljer vilka mål som skall prioriteras. Dessa riktlinjer diskuteras och planläggs utanför gruppen men framförs senare som gemensamma mål för hela gruppen. Det innebär för projektdeltagarna att de integreras i projektet då riktlinjerna redan är dragna och då flera av åtgärderna för hur arbetet skall bedrivas redan är bestämda. Detta tycks skapa en känsla av utanförskap och ett främlingskap till det arbete som skall utföras och som påstås ha en gemensam målsättning.

### **7.3 Projektets slut**

Projektet avslutas i de flesta fall med att de sjukskrivna går tillbaka till arbetslivet efter avslutad rehabilitering (se sid. 12). De flesta har via arbetsträning successivt återgått till samma anställning som de kom ifrån och innehar nu visstidsanställning. De som upplevt att de inte kunnat gå tillbaka till sin anställning har uppenbarligen haft störst problem med återgången till arbete. De allra flesta av de sjukskrivna anser inte att det är projektet som lett till att de kunnat återgå till arbete, utan andra orsaker som t.ex. den egna drivkraften. En del har uttryckt att projektet varit ett hinder för dem i sin kamp mot ohälsa och strävan efter att åter kunna börja arbeta. En del av dem som åter börjat arbeta uppger att de fortfarande mår mycket dåligt och uttrycker rädsla över att riskera att bli sjukskrivna igen. En konsekvens av den målsättningshierarki som råder inom projektet är att det tycks vara lättare att få en bra rehabilitering om man delar arbetsgivarens målsättning med och syn på problemet, d.v.s. om man själv vill gå tillbaks till arbetsplatsen och om man inte anser att det är arbetet som ligger bakom sjukskrivningen. Det är lättare att bli trodd om man säger att ohälsan inte beror på arbetet. Att bli trodd av andra deltagare upplevs av de sjukskrivna som mycket avgörande för huruvida projektet ska kunna vara till hjälp för dem i deras situation. Den enda deltagaren bland de sjukskrivna som inte alls relaterade sin ohälsa till arbetet ville också gå tillbaks snabbt till sin ordinarie arbetsplats. Hon upplevde också rehabiliteringens som positiv och projektdeltagarna som en resurs för henne i sin kamp att uppnå sitt mål. Ju mer den sjukskrivnes ”verklighet” skiljer sig från arbetsgivarens, ju mer komplicerad tycks rehabiliteringen bli, då detta även påverkar den sjukskrivnes relationer till de övriga i projektgruppen. För dem som anser att det är arbetet som är problemet och som anser att de behöver tid för att kunna återhämta sig från sitt ohälsotillstånd har det ofta uppstått konflikter med arbetsgivaren. Om den sjukskrivne dessutom inte anser sig kunna gå tillbaka till sin arbetsplats utan vill få hjälp med att finna andra lösningar har dessa konflikter komplicerats

ytterliggare. Detta har då bl.a. lett till att den sjukskrivne känt sig övergiven i projektet. I vissa fall anses detta av de sjukskrivna dessutom ha förvärrat deras ohälsa.

Arbetsgivarens syn på återgången är betydligt positivare. Återgången till arbete ses här som att projektmålet uppfyllts genom gemensamma ansträngningar. De är emellertid ganska ensamma om detta synsätt. Både Företagsläkaren, den Facklige representanten och Försäkringskassans representant understryker att återgången i själva verket inte säger så mycket om hur de sjukskrivna mår. Ofta, säger en av dem, har man inte heller gjort några förändringar på arbetsplatsen. På arbetsgivarsidan hänvisar man till siffror som pekar på att rehabiliteringsstatistiken förbättrats. Men det går inte att utvärdera ett projekt med hjälp av endast siffror eftersom dessa inte säger någonting om människors kvalitativa välmående.

## **8. Slutsatser**

Det råder inom projektet konflikter som bottnar i att projektdeltagarnas verklighetsbilder av problematiken kring mental ohälsa, långtidssjukskrivning och hur man bedriver en god rehabilitering går isär. Projektet styrs i hög grad av arbetsgivarens mål som är att återföra den anställde till sitt arbete så fort som möjligt. Denna målsättning bottnar i en syn på mental ohälsa och långtidssjukskrivning som ett samhällsproblem som det gått mode i och som tillkommit p.g.a. av att människor vill bli sjukskrivna för obetydligheter eller för att läkare sjukskriver för lättvindigt. Det är svårt att tala om vilken verklighet som är ”sannare” än någon annan, men det finns i alla fall inga empiriska belägg för att en snabb återgång till arbetet är det bästa för de sjukskrivna eller att samtliga sjukskrivna mår ännu sämre av att vara sjukskrivna. Arbetsgivarens verklighetsbild som dominerar projektet saknar förankring i främst de sjukskrivnas egenupplevda situation. Resultatet av detta är en rehabilitering i vilken de sjukskrivna upplever sig misstrodda, pressade och övergivna. Det är just dessa saker som de anser vara viktigast för dem i projektet, att arbetsgivaren bryr sig, att de tror på dem och tar deras problem på allvar och att de får rehabiliteras i sin egen takt för att bli friska och återgå till sitt arbete. Företagsläkaren och den facklige representanten känner sig överkörda i projektet och menar att deras kunskap och önsknings om god rehabilitering ignoreras. Detta försvårar en samverkan där de olika deltagarna tillsammans kan bidra med sina specifika kunskaper till det gemensamma projektet och på så sätt bedriva ett projektarbete som alla deltagare känner sig tillfredställda med. Som det är nu ser projektet ut att drivas av en strid om olika verklighetsbilder, en strid som arbetsgivaren vinner. Om de sjukskrivna hade känt

sig mer delaktiga och trodda och mindre pressade och övergivna skulle av allt att döma deras rehabiliteringstid kunna förkortas, vilket naturligtvis även skulle vara ekonomiskt fördelaktigt för arbetsgivaren. Kanske borde man sätta sig ned tillsammans och diskutera denna ojämlika maktfördelning. Vår åsikt är att allt för mycket tid och energi går åt till att skylla problemen på varandra. Om projektets deltagare tillsammans kunde se långtidssjukskrivning som ett strukturellt problem och tala om sjukskrivning och rehabilitering i mer allmänna termer istället för att i så hög grad fokusera på individen, skulle troligen också ett mer effektivt rehabiliteringsarbete kunna bedrivas. Att som det är nu i så hög utsträckning fokusera på den sjukskrivna individen gör bara att han/hon känner sig ännu mer utsatt i projektet. Den sjukskrivne befinner sig ju redan i en utsatt situation, och har ett stort trygghetsbehov<sup>92</sup>. Projektet hade av allt att döma fungerat bättre om det utgått från en gemensam handlingsplan och en gemensam strävan efter en samverkan där deltagarna arbetar på lika villkor. Vi menar att god rehabilitering handlar om att bedriva ett kontinuerligt och aktivt arbete, där projektdeltagarna är väl medvetna om hur detta samarbete skall bedrivas med definierade ansvarsområden. Detta för att uppnå ett väl förankrat och gemensamt mål med klientens individuella behov i centrum för arbetets fortskridande. Kanske skulle tillsättandet av en gemensam samordnare eller projektledare med bred kunskap om rehabilitering och stor insikt i olika deltagares förutsättningar för att bedriva rehabiliteringsarbete kunna leda till bättre sammanhållning och förståelse inom projektet och därför också till bättre rehabilitering. En samordnare i så oberoende ställning som möjligt skulle kunna fungera som medlare mellan de olika deltagarna, men det skulle inte avhjälpa problematiken med maktbalansen, som för ett förbättrat rehabiliteringsresultat i framtiden bör diskuteras inom gruppen. Det finns också anledning att se över arbetsplatsernas psykosociala arbetsmiljö. Detta bör också beaktas i samband och som ett led i rehabiliteringen, då flera av de sjukskrivna kommer från samma eller liknande arbetsmiljöer och uppger liknande sjukdomsorsaker relaterade till arbetsplatsen. Att i dessa fall enbart rehabilitera den sjukskrivna individen riskerar överhängande att bara leda till kortsiktiga lösningar och förbättringar. Inte heller genom sådana i och för sig nödvändiga förändringar kommer man åt de maktrelationella problemen inom projektet. Det är här man måste lägga ner kraft och resurser om man vill förändra rehabiliteringsarbetet i Burlövs Kommun till det bättre.

---

<sup>92</sup> vilket bl.a. Edlund understryker se rubr. 5.1 *tidigare forskning* s 5

## 9. Sammanfattning

Denna kvalitativa studie har fokuserat på rehabiliteringsarbetet i Burlövs Kommun som ett samverkansprojekt och utgått från de olika aktörernas, d.v.s. projektdeltagarnas verklighetsuppfattningar om problematiken kring långtidssjukskrivning, mental ohälsa och rehabilitering samt deras erfarenheter av projektets funktion. För att besvara problemformuleringen dvs. *Hur rehabiliteringen fungerar* har det empiriska materialet analyserats med hjälp de projektteoretiskt användbara begreppen *Rationalitet, Verklighet och Makt*. Studien visar att rehabiliteringsprojektet i Burlövs Kommun brister på en del väsentliga punkter. Den handlingsplan som ska ligga till bakgrund för rehabiliteringen saknar förankring i projektdeltagarnas arbete med rehabilitering och har därför ingen eller ringa betydelse för projektets funktion. Det finns olika och asymmetriska verklighetsbilder inom projektet. Detta visar sig i projektdeltagarnas skilda uppfattningar kring orsakerna till problematiken med mental ohälsa och långtidssjukskrivning och får betydelse för projektets funktion eftersom deras målsättningar med projektarbetet likaledes skiljer sig åt, eller till och med står i motsatsförhållande till varandra. Projektets deltagare strävar således i olika riktningar vilket gör att en samverkan dem emellan kompliceras. Projektet tycks av allt att döma utgå och styras av Arbetsgivarens syn och mål med rehabiliteringsarbetet. Konsekvenserna av detta blir för de sjukskrivna deltagarna (som ju projektet är riktat till) att de känner sig misstrodda, övergivna och pressade i projektet. De känner inte att projektet kan hjälpa dem eftersom arbetsgivarens sätt att se på och arbeta med rehabilitering inte stämmer överens med deras verklighetsbild, (vilket bl.a. visar sig i det att de istället söker andra vägar för att tillfriskna från sin mentala ohälsa). Även för flera av de andra deltagarna blir konsekvensen av att arbetsgivaren i så hög grad styr projektet att de känner sig utanför och frustrerade över att inte få bidra med sina resurser sin kompetens för att påverka projektets riktning. Dessa brister i projektet har visat sig ha stor betydelse för dess funktion och i synnerhet för deltagarnas förhoppningar om vad projektet kan tänkas ge dem. Eftersom en majoritet av projektdeltagarna inte tror på projektet så som det ser ut idag, leder det inte heller till ett önskat resultat. I många fall går de sjukskrivna tillbaks till sin arbetsplats efter avslutad rehabilitering, men detta säger ingenting om deras hälsotillstånd. Tvärtom visar denna studie på att en hel del fortfarande lider av mental ohälsa. Ofta har heller ingen förändring gjorts på arbetsplatsen i de fall de ansett att det är här som problemen uppstått. Som vi ser det finns det mot bakgrund av dessa iakttagelser anledning att se över projektets funktioner. Framförallt är det då den ojämnliska maktfördelningen mellan projektdeltagarna som man bör se över och att arbetet inom gruppen har en jämlik mandat och ansvarsfördelning.

## 10. Källförteckning

### Litteraturlista

Andersen H, Kaspersen L.B. red: *Klassisk och modern samhällsteori*. Studentlitteratur, Lund (1999)

Asplund J: *Det sociala livets elementära former*. Bokförlaget korpen, Norge (1997).

Backman J: *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur, Lund (1998).

Berger P.L. Luckmann T: *Kunskapssociologi – hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*. Wahlström & Widstrand, Falun (1979).

Brante T, Andersen H, Korsnes O (red.): *Sociologiskt lexikon*. Universitetsförlaget, Stockholm (1998).

Bäckström I: *Att skilja agnarna från vetet. Om arbetsrehabilitering av långvarigt sjuka kvinnor och män*. Umeå Universitet, Umeå (1997)

Edlund C, Larsson m.fl.: *Långtidssjukskrivna och deras medaktörer – en studie om sjukskrivning och rehabilitering*. Umeå Universitet, Umeå (2001).

Egidius H: *Pedagogik för 2000-talet*. Natur och Kultur, Stockholm (2000).

Eriksen E.O.: *Kommunikativt ledarskap – om styrning av offentliga institutioner*. Daidalos, Uddevalla (1998).

Gerholm L: *Kulturprojekt och projektkultur*. Liber förlag, Stockholm (1985)

Goldberg T (red.): *Samhällsproblem*. Studentlitteratur, Lund (2005)

Guneriussen W: *Aktör, handling och struktur – Grundproblem i samhällsvetenskapen*. Studentlitteratur, Lund (1997).

Gunzel M: *ABC om arbetsmiljö och rehabilitering - en praktisk handbok*. Bokförlaget Kommunlitteratur/Företagslitteratur, Ängelholm (1995).

Göransson H, Nordlov C: *Arbetslagstiftning*. Norstedts Juridik AB, Stockholm (2000).

Habermas J: *Kommunikativt handlande – texter om språk, rationalitet och samhälle*. Daidalos, Uddevalla (1996)

Hetzler A, Melén D, Bjerstedt D: *Sjuk-Sverige – försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarknaden*. Symposium Stockholm/Stehag (2005).

Hetzler A, Eriksson B, Wesser D: *Arbetslivsinriktad rehabilitering*. Sociologiska institutionen Lund (1995).

- Kvale S: *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur, Lund (1997).
- Lukes S (red.): *Power*. New York University Press, Oxford (1992).
- Marklund S red: *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Studentlitteratur, Lund (1995).
- Marshall G: *Dictionary of Sociology*. Oxford University press, New York (1998)
- Månson P red: *Traditioner, riktningar, teoretiker*. Prisma, Stockholm (2000).
- Perrow C.B.: *Complex Organizations - A Critical Essay*. New York, Random House (1986).
- Rienecker L, Jörgensen S *Att skriva en bra uppsats*. Liber, Stockholm (2002).
- Sahlin I red: *Projektets paradoxer*. Studentlitteratur, Lund (1996).
- Schütz A: *Den sociala världens fenomenologi*. Daidalos, Göteborg (1999).
- Simon H: *Administrativt beteende. En studie av beslutsprocessen i administrativa organisationer*. Prisma, Stockholm (1971)
- Sjöberg K (red.): *Mer än kalla fakta – Kvalitativ forskning i praktiken*. Studentlitteratur (1999)
- Stanfors I: *Yrkesinriktad rehabilitering*. Studentlitteratur, Lund (1996).
- Svenning M: *Tillbaka till jobbet – Om arbete ohälsa och rehabilitering*. Studentlitteratur Lund, (1993).
- Weber M: *Ekonomi och Samhälle – Förståendesociologins grunder*, Argos Lund (1987).
- Widerberg K: *Att skriva vetenskapliga uppsatser*. Studentlitteratur, Lund (1995).

## Utredningar och övrig litteratur

*90-talet slår tillbaka*, Arbetsmarknadsstyrelsen, Malmö (2002)

*Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro* Regeringens proposition: (2004/05:21)

*Handlingsplan för en förbättrad arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro i Burlövs Kommun*, Burlövs Kommun (2003).

*Individen i centrum- En diskussionspremoria om den framtida svenska arbetslivsrehabiliteringen*. Fritzez offentliga publikationer. Stockholm (2000).

*Nationalencyklopedin*, Bra böcker (1989).

*Rehabiliteringspolicy för Burlövs Kommun*, Burlövs Kommun (2004).

*Saol- Svenska akademiens ordlista över svenska språket*. Norstedts, Stockholm (1986).

### Internet:

<http://www.dagenssamhalle.se/zino.aspx?articleID=7285>

<http://www.forsakringskassan.se/privatpers/index.php?nyhetsid=87>

[http://www.burlov.se/burlovs\\_kommun/Statsam2000.doc](http://www.burlov.se/burlovs_kommun/Statsam2000.doc)

<http://www.foretagshalsan.com/index.htm>



## ***Bilaga 1***

### **Burlövs Kommun – demografiska fakta och historik**

Burlövs Kommun är landets till ytan näst minsta kommun (19 km<sup>2</sup>) och består av orterna Åkarp och Arlöv. Där bor ca: 15.000 invånare, varav 61% (1999) bor i den största orten Arlöv<sup>93</sup>. Det geografiska läget mellan Malmö och Lund med ca: 10 km till respektive stad gör kommunen till ett av de mer urbana och expanderande områdena i landet. 3 Europavägar, 1 stambana och 1 lokalbana under utbyggnad genomfar kommunen. Arlöv är ett industrisamhälle med ett av regionens största köpcentra, Burlövs Center. Här finns flera höghus och radhusområden samt en del äldre villor. Den andra tätorten Åkarp domineras av varierad villabebyggelse, patriciervillor från förra seklet och grupphusbebyggelse. Fram till mitten av 1800-talet dominerade lantbruket regionen. Befolkningstillväxten ökade i samband med järnvägens utveckling, vilket säkert också är anledningen till industriernas utbredning. Stambanan invigdes 1856 och både Arlöv och Åkarp fick då egna stationer. Sockerbolaget invigdes 1869 och gav många nya arbetstillfällen. Än idag står Sockerbolaget för all tillverkning av förädlade sockerprodukter i Sverige, utom strösocker. Den gamla arbetarorten Arlöv utvecklades till ett industrisamhälle med både industrier och bostäder, medan Åkarp utvecklades till en mer genuin förortsbebyggelse där de flesta arbetstillfällena fanns på andra orter. Med miljonsatsningen på 60- talet uppstod höghusområdena i Arlöv och industrin utvecklades. Industribyn i Arlöv som tillkom 1964-1967 var ett av de första i sitt slag i Sverige. Idag finns det mer än 600 etablerade företag i BK, varav Sockerbolaget och Nordsjö är bland de största och många av kommunens invånare arbetar inom kommungränsen (drygt 6200 platser). Ca: 5000 pendlar från kommunen till andra kommuner för att arbeta, ungefär lika många pendlar från andra kommuner till Burlöv för att arbeta<sup>94</sup>.

---

<sup>93</sup> [http://www.burlov.se/burlovs\\_kommun/Statsam2000.doc](http://www.burlov.se/burlovs_kommun/Statsam2000.doc)

<sup>94</sup> Nationalencyklopedin - sökord: Burlöv

## ***Bilaga 2***

### **Rehabiliteringspolicy för Burlövs Kommun<sup>95</sup>**

*Rehabiliteringsgången steg för steg:*

#### **1. Föreligger rehabiliteringsbehov?**

Om någon av följande orsaker föreligger, har arbetsgivaren rehabiliteringsskyldighet enligt AFL:

- \* När en anställd varit sjukskriven 4 veckor i följd eller längre.
- \* Upprepad korttidsfrånvaro (mer än 6 sjukdomstillfällen under en 12 månadersperiod).
- \* Den anställde själv begär det.

Arbetsgivarens rehabiliteringsskyldighet enligt AFL kommer dock att vara ett *minimikrav* i Burlövs Kommun. För att undvika att en anställd blir långtidssjuk skall aktuella sjukskrivningsfall fångas upp tidigare.

Redan när chefen får in det läkarintyg som arbetstagaren är skyldig att lämna efter 7 dagars frånvaro, ska rehabiliteringsprocessen påbörjas och chefen ska så fort som möjligt genomföra ett rehabiliteringsmöte med den som blivit sjukskriven, **om det finns anledning att tro, att en lång sjukskrivningsperiod är att vänta.**

#### **2. Rehabiliteringsmöte**

Inför rehabiliteringsmötet kontakter chefen Företagshälsovården för att undersöka om den anställde bör träffa företagsläkaren innan rehabiliteringsmötet. Om den anställde sjukskrivs av en extern läkare bör försäkringskassehandläggaren, efter medgivande från den sjukskrivne, kontakta behandlande läkare, för att företagshälsovården ska få tillgång till journalanteckningar.

Inför rehabiliteringsmötet ska den anställde informeras om, att om hon/han önskar, så kan även arbetstagarens fackliga företrädare delta. (Det är arbetsgivaren som kallar det fackliga ombudet).

Chefen kallar sedan den anställde till ett rehabiliteringsmöte för att tillsammans med företagsläkare och handläggare från Försäkringskassan *undersöka om behov av rehabiliteringsinsatser föreligger*. (Rehabiliteringsmötet sker i samband med de regelbundna möten mellan respektive enhetschef/rektor, företagsläkare och försäkringskassehandläggare, som *Handlingsplanen för en förbättrad arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro*, föreskriver.) Vid mötet diskuteras nuvarande medicinsk status och rehabiliteringsmöjligheter tillbaka *till ordinarie arbete*.

Rehabiliteringsrutinerna ska presenteras för den anställde vid detta möte, så att hon/han får vetskap om arbetsgivarens rutiner i rehabiliteringsfrågor och vad hon/han kan förvänta sig.

Som chef är det mycket viktigt att man vid mötet förmedlar att den som är sjukskriven är behövd och saknad på arbetet och att man uppriktigt *vill* att arbetstagaren ska komma tillbaka.

---

<sup>95</sup> Rehabiliteringspolicyen kan erhållas från Burlövs Kommun.

Fokusera på vad den anställde *kan* göra och inte på vilka problem och hinder som finns. Framhåll inte hur effektiv och duktig den insatta vikarien är!

Det är viktigt att en som deltar i rehabilitering tar ansvar för att medverka med lösningar och information som kan leda till en återgång i arbete, samt att samtliga aktörer hela tiden utgår från den som ska rehabiliteras och inte tar över ansvaret från den anställde.

### **Personalsekreterarens roll i rehabiliteringsärenden:**

Personalsekreteraren är en resurs i rehabiliteringsverksamheten och fungerar som stöd i processen genom att informera om olika insatsmöjligheter, vara kontaktperson gentemot externa aktörer och samordna omplacering utanför den egna förvaltningen. Personalsekreteraren handlägger och dokumenterar på uppdrag, men det är alltid närmaste chef som har ansvaret.

**OBS!** Om chefen väljer att genomföra samtalet utan medverkan av företagsläkare och handläggare från Försäkringskassan, ska särskild bl.a.nkett – rubricerad **Rehabiliteringsutredning** – fyllas i och skickas till försäkringskassan inom 8 veckor från det att sjukskrivningen påbörjades. Om det är uppenbart att någon rehabiliteringsåtgärd inte behövs, får rehabiliteringsutredningen begränsas till orsaker om detta. Kopia förvaras på personalenhet.

Efter 2 månaders sjukskrivning sjunker möjligheten till en lyckad rehabilitering drastiskt – Genomför därför ett rehabiliteringsmöte / gör rehabiliteringsutredning så fort som möjligt!

**Förebyggande sjukpenning:** För att undvika en kommande sjukskrivning kan *Förebyggande sjukpenning* användas för att den anställde ska ges möjlighet att delta i förebyggande åtgärder på arbetstid, så som t.ex. sjukgymnastik, rökavvänjning, viktminskningsgrupp etc. genom t.ex. Företagshälsan. (Ingen karensdag dras vid Förebyggande sjukpenning)

### **3. Återgång i arbete**

Rehabiliteringsmötet kan resultera i att inga speciella insatser behövs och den anställde kan återgå i arbete.

### **4. Handlingsplan / Minnesanteckningar om vad som överenskommits**

Om det finns behov av rehabiliteringsinsatser läggs en handlingsplan upp i samråd med den anställde. Handlingsplanen ska förutom rehabiliteringsinsatser även innehålla en **tidsplan** med en tydlig målsättning för när den anställde ska vara åter i arbete.

Aktuella rehabiliteringsinsatser dokumenteras . tydligt angivna och tidsbestämda.

### **5. Genomförande av planerade åtgärder**

Insatserna startar och under genomförandet hålls regelbundna uppföljningsmöten. Det är viktigt att tidsbegränsa åtgärderna och efter 3 – 6 månader bör åtgärderna vara genomförda. Exempel på rehabiliterings- och anpassningsinsatser kan vara arbetsträning, utprovning av arbetshjälpmiddel, konsultinsatser för funktionsbedömning, arbetspsyklogisk resursanalys etc.

#### **Arbetsträning**

Arbetsträning är en metod för att underlätta en tillbakagång till arbetet på ett successivt sätt.

Syftet med arbetsträning är att hitta en varaktig arbetsförmåga i ett arbete där det finns möjlighet till fortsatt tjänstgöring och bör därför ske på den egna tjänsten. Om den anställde p.g.a. medicinska skäl inte kan återgå till sin ursprungliga tjänst *kan* arbetsträningen ske på en tjänst som kommer att bli ledig.

(Om särskilda skäl finns, kan det vara befogat att arbetsträningen sker på en annan arbetsplats inom eller utanför kommunen, fastän det inte finns någon ledig tjänst, dels för att pröva den anställdes arbetsförmåga och dels för att den anställde ska ges möjlighet att successivt komma igång.)

All arbetsträning utanför den egna förvaltningen ska ske i samråd med personalavdelningen. Under arbetsträningen ska den anställde i egen takt prova på samtliga arbetsuppgifter som ingår i tjänsten, utan att något prestationskrav läggs på den som arbetstränar.

Det är viktigt att arbetsträningen planeras tillsammans med den anställde (vilka arbetsuppgifter, tider etc.), att en handledare ses ut och att arbetskamraterna blir ordentligt informerade om vad arbetsträning innebär.

**Aktivitetsträning:** Som förberedelse inför en arbetsträning kan det ibland vara aktuellt med Aktivitetsträning, vilket innebär att läkaren ordinerar den anställde att besöka sin arbetsplats, vara med på fika etc., utan att prova på några arbetsuppgifter.

## 6. Rehabilitering avslutas

### Avslutning och dokumentation:

Det är viktigt att formellt avsluta rehabiliteringen vid ett rehabiliteringsmöte där samtliga aktörer deltar och att alla rehabiliteringsinsatser fortlöpande har dokumenterats.

### Återgång i arbete:

Då rehabiliteringsåtgärderna är genomförda och den anställdes arbetsförmåga är återställd, återgår den anställde till sitt ordinarie arbete, enligt anställningsavtalet. Placering till ett annat arbetsställe kan dock komma att ske. Anställningsavtalet är dock oförändrat.

### Återgång i arbete inte möjlig:

När resultatet blir att återgång till ordinarie arbete inte är möjligt och det konstateras att någon arbetsförmåga av betydelse i Burlövs Kommun inte föreligger hos arbetstagaren, kan arbetsgivaren överväga uppsägning av personliga skäl. Även då det under rehabiliteringen visat sig, att arbetstagaren har en arbetsförmåga, t.ex. genom en extern arbetsträning, men som inte kan tillvaratas av arbetsgivaren, föreligger saklig grund för uppsägning. (Detta gäller även under pågående sjukskrivning.)

## 7. Uppsägning och omplacering

**Uppsägning är sista åtgärden efter det att alla andra möjligheter att lösa problemet har uttömts.**

Innan arbetsgivaren säger upp en anställd av personliga skäl måste arbetsgivaren först undersöka om det finns någon *omplaceringsmöjlighet* i (hela) kommunen. Omplaceringsskyldighet gäller bara lediga tjänster och arbetsgivaren har ingen skyldighet att utvidga verksamheten för att tillskapa en ny tjänst / nya arbetsuppgifter åt arbetstagaren.

Sådant omplaceringsförsök/utredning och resultatet av omplaceringsutredningen skall dokumenteras. Om ingen omplaceringsutredning gjorts föreligger heller ingen saklig grund för uppsägning. Uppsägningsförfarandet följer de bestämmelser som LAS föreskriver.

**När en anställning upphör tar Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen över rehabiliteringsansvaret.**

#### **8. Den anställde är skyldig att medverka i sin rehabilitering**

Den anställde är skyldig att medverka i sin rehabilitering. Om den anställde vägrar att delta i rehabiliteringen eller avbryter den i förtid utan giltiga skäl, anses arbetsgivaren ha fullgjort sitt rehabiliteringsansvar och rehabiliteringen kan då avslutas och saklig grund för uppsägning föreligger.

## ***Bilaga 3***

Handlingsplan för en förbättrad arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro i Burlövs Kommun<sup>96</sup>. Rubriken – Aktivt rehabiliteringsarbete

Närvaro på arbetsplatsen i form av aktivitetsträning/arbetsträning under sjukskrivningen ordinerat av läkare i form av arbetsträning i ett så tidigt skede som möjligt.

***Åtgärd/tidsplan:*** Företagshälsan redogör för antalet sjukskrivna med ordinerad närvaro på arbetsplatsen, vid varje möte med samarbetsgruppen, 4 ggr/år.

Införa regelbundna möten mellan respektive enhetschef/rektor och företagsläkaren och försäkringskassan för en mer aktiv uppföljning av korttids och långtidssjukfrånvaron.

***Åtgärd/tidsplan:*** Tillfälle för bokning av ett 1:a möte med Företagsläkare och försäkringskassehandläggare vid den inledande gruppdiskussionen i mars 2003.

Tidigare och snabbare handläggning.

Utarbeta rutiner för en ökad kontakt med den som är sjukskriven. Första kontakten sker redan efter första sjukveckan.

I större utsträckning använda förebyggande sjukpenning.

Arbetsträning bör ske på den egna arbetsplatsen eller där det kommer att bli en tjänst ledig.

Begränsa tiden för rehabilitering till 12 månader, varefter en utredning görs.

Göra en uppföljning efter avslutad rehabilitering för att förebygga/undvika framtida bakslag.

***Åtgärder/tidsplan:*** Förvaltningscheferna redovisar årligen inför sin nämnd antalet långtidssjukskrivna, antalet handlagda ärenden och resultat/avslutade ärenden.

---

<sup>96</sup> Handlingsplanen är sammanställd år 2003 och skulle ligga som underlag för rehabiliteringsarbetet de kommande åren. Rubriken *Aktivt Rehabiliteringsarbete* är ett utdrag ur denna. Den fullständiga handlingsplanen kan erhållas från Burlövs Kommun.

## ***Bilaga 4***

Intervjuguide för de sjukskrivna

### **1. Livssituation**

#### **1.1 Fasta kategorier**

- a. kön
- b. ålder

#### **1.2 Familjesituation**

- a. sammansättning
- b. ekonomi
- c. övriga familjemedlemmars sysselsättning

#### **1.3 Utbildning**

- a. utbildningsnivå
- b. utbildningens längd

#### **1.4 Arbetshistorik**

- a. meriter, tidigare sysselsättning

### **2. Anställning** <sup>97</sup>

*Berätta om den anställning som du är / varit sjukskriven från?*

- a. titel
- b. arbetets art (längd, mängd, arbetsuppgifter)
- c. inkomst
- d. relation till chef/chefer
- e. relation till arbetskollegor
- f. ev. förändringar på arbetsplatsen
- g. ev. förändringar av arbetets art
- h. arbetets betydelse för IP

*Vad betyder ditt arbete för dig?*

- i. IP:s betydelse för arbetet

*Vad betyder du för ditt arbete?*

### **3. Sjukskrivning**

*Berätta om din sjukskrivning*

- a. diagnos
- b. egen bedömning av hälsotillståndet vid sjukskrivningen

*Berätta om hur det var när du blev sjuk?*

---

<sup>97</sup> Avser anställning från vilken den långtidssjukskrivne åt sjukskriven från

Vad anser du själv vara orsaken till din sjukskrivning?  
Hur upplevde du att du blev bemött i samband med sjukskrivningen?  
Beskriv hur du kände dig då?  
På vilket sätt upplevde du att du var sjuk?  
I vilka situationer upplevde du att du inte fungerade som vanligt?  
Vad anser du att du skulle behöva för att må bättre?

**c. sjukskrivningens art (längd, mängd)**

Hur länge har du varit sjukskriven?  
Hur länge är du sjukskriven?  
Skulle sjukskrivningstiden se annorlunda ut om det var du som bestämde?

**d. påverkan av sjukskrivning**

Hur upplever du att sjukskrivningen har påverkat dig?  
Hur har du upplevt omgivningens bemötandet vid sjukskrivningen?

**e. arbetsgivarens roll vid sjukskrivning**

Hur upplever du att din arbetsgivare förstått din situation / dina villkor i samband med sjukskrivningen?

**f. förutsättningar att arbeta vid sjukskrivningen**

## 4. Rehabilitering

*Berätta om rehabiliteringen*

Hur skulle du vilja beskriva rehabiliteringsprocessen i BK?

**a. IP:s förväntningar av rehabiliteringsarbetet**

Vad hoppades du att rehabiliteringen skulle ge dig?  
Vilka förutsättningar tycker du att du behöver för att komma tillbaka till arbetet?  
Hur upplever du att dina förväntningar på rehabiliteringsarbetet stämmer överens med de andra aktörernas förväntningar?

**b. rehabiliteringsarbetets initiering**

Hur påbörjades rehabiliteringsarbetet för dig?  
Vilken information fick du om rehabiliteringsarbetet i BK?

**c. rehabiliteringsarbetets art (längd, mängd)**

Under hur lång tid har rehabiliteringsarbetet pågått?  
Hur ofta deltog du i rehabiliteringsarbetet?

**d. närvarande aktörer**

Vilka aktörer har varit involverade i rehabiliteringsprocessen?

**e. aktörernas roller i rehabiliteringsarbetet (vem vad hur beslutades)**

Hur har du upplevt att de andra personerna som ingått i rehabiliteringsarbetet samverkat med varandra?

Hur har du upplevt din roll som "den rehabiliterade" i denna samverkan?

Hur upplever du att de andra aktörerna förstått din situation som sjukskriven?

Vilka av dessa personer har varit viktigast för dig under rehabiliteringsarbetet?

Upplevde du att de berörda aktörerna varit lyhörda för dina önskemål?

Hur har du upplevt att de andra aktörerna förstått din situation?

Vad har beslutats i rehabiliteringsarbetet?

Hur togs dessa beslut?



*På vilket sätt följdes dessa beslut upp?  
Vem ansvarade för att ni möttes?*

**f. de andra aktörernas förväntningar av IP**

**g. kontakt med arbetet**

*Vilken kontakt har du haft med dina arbetskollegor under rehabiliteringen?*

*Hur upplever du att dina arbetskollegor förstått din situation*

*Har du besökt din arbetsplats under rehabiliteringen?*

**h. rehabiliteringsåtgärder**

*Hur skulle du vilja beskriva de åtgärder som vidtogs i rehabiliteringsarbetet?*

## **5. Rehabiliteringsresultat**

*Vad tycker du att rehabiliteringen har gett dig?*

*Vad tycker du har varit bra och vad tycker du skulle kunna förbättras i rehabiliteringen för att underlätta din återgång till arbetslivet?*

*Hur har rehabiliteringen påverkat dig?*

**a. nuvarande hälsotillstånd**

*Hur tycker du att ditt hälsotillstånd är nu i jämförelse med när du blev sjukskriven?*

**b. nuvarande arbetssituation**

*Berätta om din nuvarande arbetssituation?*

**c. förutsättningar att arbeta**

*Hur anser du att dina förutsättningar att återgå till din arbetsplats är nu jämfört med före rehabiliteringen?*

*Vilka förutsättningar*

## ***Bilaga 6***

### Kompletterande intervjuguide för övriga deltagare

- Berätta om hur rehabiliteringsarbetet av långtidssjukskrivna p.g.a. mental ohälsa går till i Burlövs Kommun.
- Berätta hur det brukar vara när ni kopplas in i en rehabiliteringsprocess?
- Hur ser ni på den mentala ohälsan och dess orsaker?
- Ser ert arbete olika ut beroende på anledningen till sjukskrivningen? (ex mental ohälsa)
- Hur länge brukar personerna ha varit sjukskrivna när ni träffas?
- Vem brukar det vara som tar den första kontakten?
- Hur gör ni för att samverka med de andra aktörerna som är involverade i rehabiliteringsprocessen?
- Vad ser ni från ert perspektiv som den viktigaste delen i rehabiliteringsarbetet?
- Vad tycker ni om de regler som finns angivna i frågor som rör rehabilitering?
- Det finns ju en rehabiliteringspolicy som är utformad för Burlövs kommun. Påverkar den er i ert arbete?
- Vad är det som ni tycker är svårast i rehabiliteringsarbetet?
- Vad tycker ni är det viktigaste i rehabiliteringsarbetet?
- Brukar ni följa upp de personer som varit i rehabilitering?
- Vad skulle ni behöva för att lyckas bättre med rehabiliteringsarbetet i Burlövs kommun?
- Hur gör ni om en långtidssjukskriven av något skäl inte vill gå tillbaks till sin arbetsplats?
- Hur skulle en rehabilitering under optimala former se ut?



