



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAMHÄLLSVETENSKAPLIGA FAKULTETEN

Det är fult att gnälla!

– En kvalitativ studie om genusskapande i
rehabiliteringsprocesser

Examensarbete för kandidatexamen i personalvetenskap 15 hp.

Mikaela Jahreskog

Caroline Hasselgren

Handledare: Birgitta Jordansson

Juni, 2012

Abstract

Examensarbete, kandidat: 15 hp
År: 2012
Handledare: Birgitta Jordansson
Examinator: Ylva Ulfsdotter Eriksson

Detta examensarbete på kandidatnivå har utförts vid Personalvetarprogrammet, Göteborgs Universitet. Studiens syfte har varit att undersöka sjukskrivna individers upplevelser av arbetslivsinriktad rehabilitering, med fokus på vilken betydelse könstillhörighet tillskrivs i detta sammanhang. Undersökningen har avgränsats till att omfatta ett antal individer inom en offentlig förvaltning i Göteborgs Stad. Vid analys och tolkning av vårt empiriska material har vi framförallt utgått från Hirdmans (2001) och Bourdieus (1998) teorier om genusskapande samt Risbergs (2005) resonemang om genusbias i vårdsammanhang. Även Wahl et al:s diskussion om könsordning i organisationer har använts som teoretisk utgångspunkt. Vidare har vi jämfört våra resultat med Ahlgren och Hammarströms (2000) studie som syftar till att belysa just skillnader mellan män och kvinnor i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering. Ytterligare forskning som varit relevant för vår förståelse och möjlighet att göra tolkningar, är Stenbergs (2012) jämförelse av män respektive kvinnor med rygg-/nackbesvär samt Lundbergs (2010) studie om risken för stigmatisering av personer med psykisk ohälsa. Vi har vid genomförandet av denna undersökning använt oss av kvalitativa samtalsintervjuer. Detta eftersom vi velat få tillgång till de sjukskrivna individernas egna berättelser samt upplevelser i samband med rehabiliteringsprocessen. Totalt sju personer har intervjuats, samtliga är anställda inom ovan nämnda förvaltning, men arbetar i olika verksamheter. Vad som framkommit allra tydligast bland våra respondenter är skillnader avseende hur männen respektive kvinnorna ser på sin egen roll i samband med rehabiliteringen. Flertalet kvinnor lägger skulden för insjuknandet på sig själva, medan männen i större utsträckning betonar att förhållandena på arbetsplatsen varit den utlösande faktorn. Studien fann även att upplevelserna till viss del går isär vid jämförelse av de respondenter som lidit av psykisk ohälsa och de vars sjukdom/skada varit renodlat fysisk. Dessa skillnader görs gällande oavsett könstillhörighet.

Nyckelord: Genus, genuskontrakt, genusbias, kön, arbetslivsinriktad rehabilitering

Tack!

Att skriva den här uppsatsen har varit utmanande och tidskrävande, men också otroligt roligt, givande och lärorikt. Vi vill först och främst rikta ett stort tack till både respondenter och personalsekreterare vid den förvaltning i Göteborgs Stad som vi samarbetat med. Utan er hjälpsamhet och öppenhet hade den här studien inte gått att genomföra. Vi vill också tacka vår handledare, Birgitta Jordansson, för allt stöd, alla goda råd samt för visat tålamod under arbetets gång. Tack också till Marianne Jahreskog, Ylva Bjereld och Birgitta Hasselgren som agerat bollplank, läst våra texter och kommit med värdefulla synpunkter. Avslutningsvis vill vi också tacka alla er andra; vänner, släkt och familj som tålmodigt väntat på att vi skall komma ur vår tio veckor långa isolering och kunna spendera tid med er igen!

Mikaela Jahreskog och Caroline Hasselgren

Göteborg den 7 juni 2012

Innehåll

1. INTRODUKTION	6
1.1 PROBLEMMOMRÅDE.....	6
1.2 DISPOSITION.....	7
2. BAKGRUND	7
2.1 DET JÄMSTÄLLDHETSPOLITISKA LÄGET I SVERIGE OCH GÖTEBORGS STAD	7
2.2 ARBETSLIVSINRIKTAD REHABILITERING.....	8
2.3 ORGANISATIONEN OCH VÅRT UPPDRAG.....	9
2.4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	10
3.1 KÖN ELLER GENUS?.....	10
3.2 GENUSKONTRAKT OCH GENUSBIAS	11
3.3 KÖNSORDNING I ORGANISATIONER	12
4. TIDIGARE FORSKNING	12
4.1 SKILLNADER I SJUKSKRIVNINGSMÖNSTER	12
4.2 SKILLNADER I UPPLEVELSER OCH AGERANDE.....	13
4.3 "GNÄLLKÄRRINGEN" OCH "ARBETAREN SOM SLET HÅRT"	14
4.4 STIGMATISERING AV PERSONER MED PSYKISK OHÄLSA	15
4.5 LIKA MEN ÄNDÅ OLIKA? EN DISKUSSION OM JÄMSTÄLLDHET I VÅRDSAMMANHANG	15
5. METOD FÖR GENOMFÖRANDE	16
5.1 AVGRÄNSNINGAR.....	16
5.2 VAL AV METOD	17
5.3 EMPIRISKT MATERIAL - PRVAL	17
5.4 MÄTINSTRUMENT OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	18
5.5 ANALYSMETOD	20
5.6 VALIDITET OCH RELIABILITET	21
5.7 ETISKA REFLEKTIONER.....	21
6. PRESENTATION OCH ANALYS AV EMPIRISKT MATERIAL	22
6.1 BESKRIVNING AV DEN EGNA ROLLEN	23
6.1.1 "Duktiga" flickor?	23
6.1.2 Möjligheten att påverka	26

6.2 UPPLEVELSE AV ARBETSGIVARENS HANTERING OCH BEMÖTANDE	28
6.2.1 Sjukdomsbildens betydelse.....	28
6.2.2 Vikten av att bli tagen på allvar.....	29
6.3 REHABILITERINGENS BETYDELSE I EFTERHAND.....	31
7. SAMMANFATTANDE DISKUSSION OCH SLUTSATSER	32
7.1 SLUTSATSER.....	33
7.2 KRITISKA REFLEKTIONER SAMT FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING.....	35
7.3 REKOMMENDATIONER TILL FÖRVALTNINGEN	37
REFERENSFÖRTECKNING	
BILAGA 1: INTERVJUGUIDE	

1. Introduktion

1.1 Problemområde

”Varför är tvättsäckarna i herrarnas duschrum alltid mycket fullare och måste tömmas oftare än tvättsäckarna hos damerna?” - Citat av Berit Wolrath, sjuksköterska vid hudkliniken på Danderyds sjukhus.

Citatet ovan blev utgångspunkten för en numera rikskänd studie kallad “Tvättsäcksprojektet”. Projektet gick i korthet ut på att studera skillnaderna mellan den behandling och vård som erbjöds män respektive kvinnor med hudsjukdomen psoriasis. Studien kom att belysa flera viktiga och tidigare utforskade skillnader i bemötandet av manliga respektive kvinnliga patienter. Resultaten visade att de män som led av sjukdomen, i större utsträckning fick hjälp med insmörjning *på* kliniken, vilket resulterade i mer tvätt i herrarnas duschrum. Till skillnad från männen ordinerades kvinnorna istället oftare egenbehandling och dessutom avslutade de behandlingen efter ett färre antal gånger (Smirthwaite, 2007, s. 87f). Vad var det då som gjorde att personer som diagnostiserats med samma sjukdom fick olika behandling på grund av sin könstillhörighet? Ett svar på frågan kan vara att det rör sig om kulturell genuskonstruktion, det vill säga om de föreställningar som traditionellt sett kommit att förknippas med vart och ett av de båda könen (Smirthwaite, 2007, s. 87f). Varför har vi då valt att beskriva “Tvättsäcksprojektet” i inledningen av denna rapport? Anledningen är att vi vill belysa hur kulturellt skapade föreställningar om kön kan påverka hur individen bemöts i vårdsammanhang. I Riksförsäkringsverkets (RFV) rapport 2004:16, *“Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster – en kunskapsöversikt”*, beskrivs hur kvinnor sjukskrivits i större utsträckning än män ända sedan 1970-talet. Dessutom är de generellt sett frånvarande från arbetet under längre perioder. Särskilt intressant är detta eftersom kvinnor och mäns sjukskrivningsmönster i övrigt uppvisar stora likheter vad gäller faktorer som utbildning, regional fördelning, ålder samt utveckling över tid. Dessa skillnader mellan könen kan även ses i flertalet västeuropeiska länder (Dutirieux & Viksten, 2004, s. 8). Det förefaller alltså vara så att kön påverkar bedömning och bemötande av individen i vården samtidigt som det verkar finnas stora

skillnader mellan mäns och kvinnors sjukskrivningsmönster. Vi anser därför att det är viktigt för oss som framtida HR-medarbetare, att skaffa oss insikt i hur föreställningar om kön kan komma att påverka bemötandet samt bedömningen av medarbetare i samband med rehabilitering. Merparten av den forskning vi hittat handlar dessutom om hur bemötandet av män och kvinnor skiljer sig åt i *sjukvården* och inte i arbetslivet. Därav väcktes vårt intresse av att istället undersöka hur situationen ser ut vid arbetslivsinriktad rehabilitering.

1.2 Disposition

I kapitel två beskrivs först kortfattat det jämställdhetspolitiska läget i Sverige samt hur det påverkat arbetet med jämställdhetsfrågor på lokal nivå, närmare bestämt i Göteborgs Stad där den verksamhet vi samarbetat med bedrivs. Vi kommer också kortfattat att redogöra för lagar och regler som finns avseende arbetslivsinriktad rehabilitering i Sverige i dagsläget. Detta eftersom vi tror att vissa baskunskaper inom området kan underlätta den fortsatta läsningen av vår rapport. I samma avsnitt kommer vi även att introducera den organisation vi samarbetat med, presentera det övergripande syftet med vår undersökning samt de frågeställningar vi valt att arbeta utifrån. I kapitel tre presenteras sedan ett antal teoretiska utgångspunkter och i kapitel fyra följer en presentation av forskning som utförts på området. Därefter redovisas i kapitel fem hur vi gått tillväga under arbetet med denna studie innan vi i kapitel sex presenterar resultaten av vår undersökning samt en analys av dessa. Avslutningsvis följer ett avsnitt där vi diskuterar och sammanfattar resultaten samt besvarar våra frågeställningar och övergripande syfte.

2. Bakgrund

2.1 Det jämställdhetspolitiska läget i Sverige och Göteborgs Stad

Jämställdhetspolitiken skall fastställa de viktigaste jämställdhetsproblemen i samhället och med hänsyn till dessa fördela resurser och göra insatser inom de områden som är mest centrala för att uppnå jämställdhet mellan kvinnor och män (SOU 2005:66, s. 25).

Av samma offentliga utredning framgår också att jämställdheten i Sverige sedan 1990-talet har ökat inom flera områden men att det fortfarande råder olika förutsättningar för män och kvinnor i samhället (SOU 2005:66, s. 39). En negativ trend sedan slutet av 1990-talet, är att antalet sjukskrivningar ökat markant, framförallt bland kvinnor. Idag är cirka två tredjedelar av alla sjukskrivna individer kvinnor, oberoende av ålder, utbildning och yrkesområde (Mulder, 2011, s. 11f). Även antalet kvinnliga förtidspensionärer har ökat senaste åren. Dessa negativa trender kan anses vara ett hot mot ekonomisk jämställdhet då de i praktiken får till följd att färre kvinnor utför betalt arbete (SOU 2005:66, s. 18ff). I slutet av ovanstående utredning lyfter författarna fram ett förslag på ett nytt övergripande mål för den svenska jämställdhetspolitiken: *”Kvinnor och män skall ha samma makt att forma samhället och sina egna liv”* Detta övergripande mål motiveras vidare med att det måste finnas en vision i samhället om att män och kvinnor skall ha samma skyldigheter, rättigheter och möjligheter (SOU 2005:66, s. 26). Det är med utgångspunkt i denna utredning och målsättning som Göteborgs Stad utformat den policy för jämställdhet som bland annat fastslår att alla har rätt till lika bemötande i stadens verksamheter. Fördelning av resurser skall ske efter behov, individer eller grupper får inte missgynnas på grund av kön. Dessutom betonas att stadens verksamheter skall arbeta aktivt för jämställdhet inom områden som rekrytering, föräldradighet, löner etcetera. Vad gäller rehabiliteringsärenden finns gemensamma styrdokument för hela Göteborgs Stads verksamhet med anvisningar för hur rehabiliteringsärenden skall hanteras (se *”Rehabilitering i Göteborgs Stad – vägledning”*). För rehabiliteringsprocessen finns också ett IT-baserat system där sjukdomsuppgifter, möten med mera dokumenteras.

2.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering

Arbetslivsinriktad rehabilitering syftar till att få personer tillbaka i arbete efter sjukdom eller skada och innefattar de åtgärder som behöver vidtas för att nå detta mål. De åtgärder som sätts in skall vara stärkande för personen och det kan i praktiken handla om exempelvis utbildning, omplacering eller förändrade arbetsuppgifter (Gunzel & Zanderin, 2008, s. 79). Arbetsgivaren är enligt Socialförsäkringsbalken 30 kap. 6§ skyldig att delta i rehabiliteringsprocessen samt tillhandahålla den information som krävs för att Försäkringskassan skall kunna utreda den försäkrades behov. Det är även arbetsgivarens

ansvar att se över vilka arbetsplatsåtgärder som kan behöva vidtas för att underlätta rehabiliteringen av den sjukskrivne. Exempel på sådana åtgärder kan vara förändring av arbetsuppgifter, arbetstider, arbetsredskap och arbetsmetoder. Arbetsgivaren har också en skyldighet att vid behov utreda och förändra de psykosociala förhållandena på arbetsplatsen. Dessutom är det dennes ansvar att vid behov omplacera den försäkrade, vilket dock enbart får genomföras så länge det inte leder till att annan personal friställs. Det ansvar och de skyldigheter som åläggs arbetsgivaren gäller enbart åtgärder i eller i anslutning till den egna organisationen (Vahlne Westerhäll, Bergroth & Ekholm 2009, s. 60ff). Vad gäller arbetstagarens ansvar är han eller hon, enligt SFB 30 kap. 7§, skyldig att lämna de uppgifter som krävs för att behovet av rehabilitering skall kunna utredas samt i möjligaste mån engagera sig i rehabiliteringen. Om individen missköter sig i detta avseende kan ett sådant beteende leda till sanktioner i form av minskad eller indragen ersättning (Vahlne Westerhäll et al., s. 77f). Dessutom kan arbetsgivaren sägas ha fullgjort sitt rehabiliteringsansvar vilket i praktiken kan leda till att saklig grund för uppsägning enligt Lagen om anställningsskydd, 7§, anses föreligga (Glavå 2001, s. 334).

2.3 Organisationen och vårt uppdrag

Vi har under genomförandet av denna studie samarbetat med en förvaltning i Göteborgs Stad. Förvaltningen i fråga arbetar mycket aktivt med jämställdhetsfrågor och är med anledning av ovanstående, intresserade av att ta reda på om en medarbetares könstillhörighet påverkar arbetsgivarens bemötande i samband med rehabilitering. Vår, och även vår uppdragsgivares förhoppning, är att denna undersökning skall kunna ligga till grund för arbetet med att jämställdhetssäkra rehabiliteringsprocessen inom förvaltningen.

2.4 Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att undersöka sjukskrivna individers upplevelser av arbetslivsinriktad rehabilitering, med fokus på vilken betydelse könstillhörighet tillskrivs i detta sammanhang. Undersökningen avgränsas här till att omfatta ett antal personer inom en

offentlig förvaltning i Göteborgs Stad. Utifrån vårt övergripande syfte har vi valt att formulera följande frågeställningar:

- Hur beskriver kvinnorna respektive männen sin egen roll i samband med insjuknande och rehabiliteringsprocess?
- Hur upplever männen och kvinnorna arbetsgivarens personliga bemötande samt dennes hantering av rehabiliteringsprocessen?
- Vilken betydelse upplever männen respektive kvinnorna att rehabiliteringen haft för dem i efterhand?

3. Teoretiska utgångspunkter

I följande avsnitt kommer vi att presentera studiens teoretiska referensram. De teman som behandlas fokuserar på begreppen kön, genus, genuskontrakt, genusbias samt könsordning i organisationer. Detta eftersom vi är intresserade av att undersöka eventuella skillnader mellan mäns och kvinnors upplevelser av ett visst fenomen.

3.1 Kön eller genus?

Inledningsvis vill vi definiera begreppen *kön* och *genus*, samt förklara vad som skiljer dem åt. Då man talar om *kön* avses vanligen om en individ rent biologiskt, är man eller kvinna. Begreppet *genus* syftar istället till att beskriva det socialt konstruerade könet, det vill säga de eventuella skillnader mellan män och kvinnor som skapats i en samhällelig kontext (Hirdman, 2001, s. 11-16). Det är också dessa definitioner som vi fortsättningsvis kommer att använda oss av. Vi har valt att studera män och kvinnor med genus som analysverktyg, då det ger oss en möjlighet att undersöka hur människor formas och omformas i en social kontext utifrån könstillhörighet. Hirdman (2001, s. 11) menar att genus som begrepp skall användas och förstås för att upptäcka sådant som inte tidigare varit synligt; ”Jag vill att man tack vare begreppet skall kunna se hur människor formas, och formar sig till Man och Kvinna”. Genom att använda oss av begreppet genus får vi möjlighet att studera manligt och kvinnligt som sociala konstruktioner och begränsar oss

inte till det ”biologiska könet”. Vi vill dessutom använda begreppet som verktyg för att kunna resonera kring hur manligt och kvinnligt skapas i interaktion mellan människor och grupper. Inom genusforskningen är utgångspunkten att det föreligger olikheter mellan män och kvinnor i samhället och att dessa ständigt skapas och förändras i olika sociala och kulturella sammanhang. I den här studien kommer fokus att ligga på arbetsplatsen som kulturell kontext. Genus kan studeras på olika nivåer och med varierande inriktning. Den inriktning vi valt fokuserar på olika individers upplevelser av en händelse, nämligen rehabilitering (Hirdman, 2001, s. 11-16). När vi undersöker skillnader mellan män och kvinnor är det viktigt att vara medveten om hur vi mäter dessa olikheter och vad vi jämför med. Hirdman (2001, s. 59f) menar vidare att jämförelser mellan kvinnor och män sker med *mannen som norm*, vilket betyder att den sammanslagna idealtypen är Man. Hon påtalar också att denna norm är en djupt rotad och kulturellt nedärvd självklarhet, som ställer till problem då det blir svårt att skilja mellan norm som ”normal” respektive norm som ”Man”. Mannen som norm är något vi måste reflektera över i vår studie och ha i beaktande då vi jämför kvinnor och män.

3.2 Genuskontrakt och genusbias

För att ytterligare kunna förstå de regler och normer som särskiljer män och kvinnor i samhället har Hirdman myntat begreppet ”genuskontrakt”. Hon menar att det finns skilda förväntningar på hur representanter från de båda könen skall tala, se ut och agera. Dessa förväntningar kan ha betydelse för hur kvinnor respektive män agerar i rehabiliteringsprocessen. Trots att begreppet genuskontrakt i sig är neutralt, används det ofta i syfte att beskriva en ojämn maktfördelning mellan könen, där mannen ses som överordnad kvinnan (Hirdman, 2001, s. 84-98). Även Bourdieu (1998) beskriver hur de ”kollektiva förväntningarna” på kvinnor respektive män skiljer sig åt. Han menar vidare att dessa förväntningar i sin tur påverkar benägenheten att utföra handlingar som traditionellt sett inte förknippats med det egna könet. Denna ordning slår dessutom särskilt hårt mot kvinnor eftersom de från tidig ålder fostras till så kallad ”inlärld hjälplöshet”. Bourdieu (1998, s. 76) låter följande citat, från den transsexuella författaren och journalisten Jan Morris, illustrera resonemanget:

Ju mer jag behandlades som en kvinna, desto mer blev jag det. Jag anpassade mig varken jag ville eller inte. Om man tog för givet att jag inte klarade av att backa bilen eller öppna en flaska, så kände jag på något underligt vis att jag inte kunde. Om man trodde att en väska var för tung för mig, tyckte jag själv också att den var för tung.

Studier av genus innebär dessutom alltid en risk att vi tillskriver skillnader mellan könen som i själva verket inte finns, vilket brukar kallas *genusbias*. Ett exempel på detta är att en person bedöms utifrån vad som tros vara karakteristiskt för könet istället för utifrån sina egenskaper som individ. Genusbias kan inträffa både då kvinnor behandlas efter en manlig norm eller tvärtom när män behandlas enligt en kvinnlig norm (Risberg, 2005).

3.3 Könsordning i organisationer

För att kunna reflektera över vilken betydelse de anställdas könstillhörighet har, krävs ett synliggörande av hur ”manligt” och ”kvinnt” formas, omformas eller förändras i organisationer. Betydelsen av kön och genus förstås ofta bäst genom de föreställningar om kvinnor och män som finns hos människorna i organisationen (Wahl, Holgersson, Höök & Linghag, 2001, s. 37). Med anledning av ovanstående har vi låtit våra intervjupersoners berättelser ligga till grund för tolkningen av situationen på förvaltningen ur ett könsperspektiv. De föreställningar som finns om kön kan vidare illustrera organisationens *könsordning*. Med begreppet avses den strukturella maktrelation som råder mellan kvinnor och män. De tolkningar och uppfattningar som finns om kön bidrar dessutom ofta till att könsordningen bevaras (Wahl et al., 2001, s. 38f). Betydelsen av denna maktrelation går inte heller att bortse från på den förvaltning där vi utfört vår undersökning.

4. Tidigare forskning

Vi har under arbetet med denna studie valt att söka litteratur som belyser frågor om genus och kön både i vård- och arbetslivssammanhang.

4.1 Skillnader i sjukskrivningsmönster

I RFV:s rapport *“Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster – en kunskapsöversikt”* omnämns tre huvudsakliga orsaker till varför mäns och kvinnors sjukskrivningsmönster skiljer sig åt. Den första handlar om sjukskrivning och frånvaro på grund av graviditet, den andra om att kvinnor generellt sett arbetar under sämre förhållanden än män och den tredje och sista om skillnader avseende vilka möjligheter till arbetslivsinriktad rehabilitering sjukskrivna kvinnor respektive män erbjuds. Vad gäller den tredje faktorn förklaras den vidare av att urvalet av möjliga rehabiliteringsåtgärder är större för män än för kvinnor. Dessutom godtas kvinnors egna förslag till rehabilitering oftast inte och de erbjuds mer sällan utbildning (som visat sig vara en effektivare form av rehabilitering än arbetsträning) jämfört med män. Ytterligare en delförklaring är att rehabilitering för män ofta sätts in tidigare än för kvinnor och dessutom varar längre (Dutirieux & Viksten, 2004, s. 9f).

4.2 Skillnader i upplevelser och agerande

Ett flertal studier pekar också på att män får mer och bättre stöd från arbetsgivarens sida under själva rehabiliteringsprocessen (Dutirieux & Viksten, 2004, s. 9f). De resonemang som förs i RFV:s rapport styrks dessutom till viss del av en studie utförd av Ahlgren och Hammarström (2000). Ovanstående forskare har undersökt mäns och kvinnors upplevelser av, samt deras agerande under, själva rehabiliteringsprocessen. De presenterar studiens resultat i artikeln *“Back to Work? Gendered Experiences of Rehabilitation”* och lyfter exempelvis fram att de män som deltog i undersökningen hade ett mer krävande förhållningssätt gentemot sin arbetsgivare och Försäkringskassan. Kvinnorna å andra sidan, uppvisade en mer “hjälsökande” attityd och hoppades på att få hjälp snarare än att ta det för givet. I likhet med de resultat som presenteras i RFV:s rapport, upplevde männen att de förslag som de själva lade fram togs i beaktande. Dessutom kände de sig lyssnade på under hela processen. Deras upplevelser skiljde sig till stor del från kvinnornas som snarare kände att deras egna förslag ansågs vara orealistiska samt att beslut fattades *åt* dem utan att de själva hade möjlighet att påverka. Ett viktigt undantag bland de kvinnor som deltog i studien är att en av dem, som enligt uppgift uppvisat en mer ”krävande” attityd i samband med rehabiliteringsprocessen, upplevt den som mer positiv. Ytterligare en mycket intressant slutsats som presenteras i

artikeln, är att kvinnorna i betydligt högre grad än männen ansåg sig själva vara skyldiga till den situation de befann sig i. Männen å andra sidan menade att deras problem helt och hållet kunde förklaras av situationen på arbetsplatsen alternativt arbetsgivarens bristfälliga hantering av eventuella missförhållanden. En annan viktig aspekt som framgår i studien är att vikten av betalt arbete var lika för båda könen, men att männen hade som mål att återvända till heltidsarbete medan kvinnorna i större utsträckning prioriterade familj och anpassade sitt arbete därefter genom att arbeta deltid (Ahlgren & Hammarström, 2000:89ff).

4.3 “Gnällkärningen” och ”arbetaren som slet hårt”

Stenberg (2012) har i sin avhandling *“Genusperspektiv på rehabilitering för patienter med rygg- och nackbesvär inom primärvården”* bland annat undersökt hur kvinnor respektive män ser på sig själva och sin egen roll i rehabiliteringsprocesser. Männen i studien identifierade sig ofta som ”arbetare som slet hårt”, vilket får anses vara en mer positiv identitet än ”gnällkärning”, vilket beskriver hur många kvinnor såg på sig själva. Vidare refererar Stenberg (2012) till en studie utförd av Ferguson et al (2000) som visat att skamkänslor kan uppstå till följd av könsstereotypa, oönskade identiteter. Vederbörande belyser det faktum att kvinnor i högre grad förväntas uppleva, men också uttrycka, känslor av skuld och skam eftersom de generellt sett anses ha bättre kontakt med sina känslor. Till följd av detta skapas också en stereotyp bild av kvinnan som passiv, behövande och osjälvständig. I motsats till detta uppmålas mannen istället ofta som dominant, krävande och aktiv (Ferguson et al., 2000, s. 134). De deltagande kvinnorna i Stenbergs (2012) studie talade just om att de upplevt känslor av skam vilket skulle kunna förklaras av den oönskade identiteten ”gnällkärning”. Författaren menar vidare att skamkänslor i vårdmöten kan försena patientens återgång i arbete. Att inte bli tagen på allvar eller att bli betraktad negativt i vårdmöten var en vanligt förekommande rädsla hos både de manliga och kvinnliga patienter som deltog i studien. Stenberg menar att denna rädsla kan bero på att patienten alltid är i underläge i vårdsammanhang samt att kvinnor då kan tänkas bli underordnade i dubbel bemärkelse, i egenskap av både kvinna och patient. I studien framgick även att bekräftelse i mötet med vården minskade skamkänslan hos patienterna och gjorde det lättare för dem att gå vidare. Studien fann

också att den viktigaste faktorn för tillfrisknande var känslan av att bli tagen på allvar (Stenberg, 2012, s. 60f).

4.4 Stigmatisering av personer med psykisk ohälsa

Lundberg (2010) menar att personer med psykisk ohälsa många gånger möts av förutfattade meningar och även diskriminering från andra människor och grupper. Han talar om fenomenet stigmatisering som handlar om social utstötning baserat på värderingar av sociala roller i samhället. Stigmatisering kan fylla olika syften, exempelvis kan en jämförelse gentemot utstötta grupper i samhället tjäna sitt syfte på så vis att den egna självkänslan stärks samt att sammanhållningen ökar i den egna gruppen. Personer med mildare psykisk sjukdom riskerar i stor utsträckning att utsättas för negativa attityder från människor i omgivningen. Okunskap är en bakomliggande faktor till stigmatisering men även förutfattade meningar baserade på negativa anspelningar från media har betydelse. Liten eller ingen kontakt med personer drabbade av psykisk ohälsa har i kombination med mediepåverkan visat sig ha betydelse för undvikandet av de samma. Det är dock inte bara andra människors förutfattade meningar som leder till stigmatisering utan också personens egen självbild, vilket brukar kallas självstigmatisering. Medvetenheten om att man tillhör en viss grupp kan i sig frambringa känslor av skuld, skam och självanklagelser. Särskilt tydligt har dessa negativa känslor upplevts i det tidiga skedet av insjuknandet (Lundberg, 2010, s. 46-50).

4.5 Lika men ändå olika? En diskussion om jämställdhet i vårdsammanhang

I rapporten *(O)jämställdhet i hälsa och vård- en genusmedicinsk kunskapsöversikt* utgiven av Sveriges kommuner och landsting, diskuterar Smirthwaite (2007) vad jämställd vård egentligen innebär. Hon menar att det vore direkt fel och alldeles för enkelt att tala om jämställd vård när män och kvinnor behandlas identiskt lika. För identisk vård krävs det behandling utifrån praxis och kunskap, oavsett om den grundats på män eller kvinnor som norm riskerar ojämställdhet att skapas. Studier visar att det finns olikheter mellan män och kvinnor vilka bör tas i beaktande både i vård- och forskningssammanhang om jämställdhet skall kunna uppnås. Ovanstående resonemang

betyder dock inte att *olika* vård är lösningen för att uppnå jämställdhet i sammanhanget. I flera avseenden är kvinnor och män lika vilket innebär att det också kan finnas fördelar med att erbjuda *samma* behandling. Får en grupp större tillgång till behandling än den andra uppstår dock givetvis ett ojämlikt förhållande. Vad som är viktigt att tänka på i arbetet för att uppnå jämställd vård är därför att kvinnor och män till viss del har lika, men även till viss del olika, behov (Smirthwaite, 2007, s. 16f).

5. Metod för genomförande

I detta avsnitt kommer vi att närmare förklara och motivera valet av metod för insamling av empiriskt material samt analys av detta. Vi kommer också genomgående att försöka reflektera kritiskt över hur vi gått tillväga samt i vilken mån våra resultat kan anses vara tillförlitliga. Avslutningsvis kommer vi att ta upp frågan om vilka etiska aspekter som vi behövt ta hänsyn till under arbetet med denna studie.

5.1 Avgränsningar

Med anledning av vår studies begränsningar i termer av tid och resurser, beslutade vi att avgränsa oss i ett antal avseenden. Först och främst valde vi att studera skillnader och likheter mellan bemötandet av män och kvinnor i rehabiliteringsprocessen. Med andra ord är *kön* den sociala kategori som står i fokus för vår undersökning. Vi är väl medvetna om att det inte går att bortse från andra kategorier såsom exempelvis ålder, klass och etnisk tillhörighet eftersom dessa samverkar med föreställningar om kön (Wahl et al., 2001, s. 44). Med anledning av detta påverkas möjligheten att kunna dra slutsatser endast baserade på respondenternas könstillhörighet, vilket är en klar begränsning med vår studie. Ytterligare en avgränsning som vi valde att göra, var att uteslutande fokusera på *medarbetarnas* upplevelser av rehabiliteringsprocessen. Vi har alltså inte undersökt hur de inblandade cheferna ser på sin roll i arbetet med dessa ärenden. Slutligen är vi medvetna om att det finns andra aktörer än enbart arbetsgivaren inblandade i de flesta rehabiliteringsärenden, exempelvis Försäkringskassa samt representanter från företagshälsovård eller facklig organisation. Dock har vi, med anledning av kraven på

begränsning, endast fokuserat på medarbetarnas upplevelse av *arbetsgivarens* bemötande. Enligt Esaiason, Giljam, Oscarson och Wängnerud (2007)

5.2 Val av metod

I arbetets inledande fas beslutade vi oss för att den metod som lämpade sig bäst för insamling av empiriskt material var kvalitativa samtalsintervjuer. Detta är en metod som lämpar sig väl då man som forskare önskar *synliggöra* ett visst specifikt fenomen. En annan fördel med samtalsintervjuer är dessutom att de ökar möjligheten för forskaren att få tillgång till mer “oväntade” svar. Vidare är också möjligheterna att kunna följa upp en respondents svar på en viss fråga betydligt större än vid exempelvis en enkätundersökning. Ytterligare en faktor som bidragit till att vi valt att använda oss av samtalsintervjuer är att de syftar till att ge forskaren tillgång till beskrivningar av respondentens *upplevelser*. Detta öppnar i sin tur upp för möjligheten att kunna göra tolkningar av ett visst specifikt fenomenets mening (Esaiason, Giljam, Oscarson & Wängnerud, 2007, s. 283ff). Med andra ord är intervjuer en lämplig metod då man som forskare är intresserad av hur en eller flera individer uppfattar sin omvärld, vilket stämmer bra överens med vår studies övergripande syfte. Esaiason et al (2007, s. 287ff) menar avslutningsvis att samtalsintervjuer är användbara då man vill pröva en teori eller söker komplettera tidigare utförda studier.

5.3 Empiriskt material - Urval

En förutsättning för att kunna undersöka eventuella skillnader i bemötandet av män respektive kvinnor i samband med rehabiliteringsärenden, var att personer av båda könen fanns representerade i urvalet. Ytterligare en förutsättning för att vi skulle kunna besvara våra övergripande frågeställningar var att alla intervjupersoner varit föremål för en rehabiliteringsutredning hos arbetsgivaren. Vi kunde som utomstående, av konfidentialitetsskäl, inte gå in i enskilda personers journaler och granska dem i detalj. Därför valde vår kontaktperson på personalavdelningen ut ett antal möjliga respondenter åt oss, som alla genomgått en rehabiliteringsutredning under åren 2009-2011 (totalt 15 personer). Tanken med att välja personer från denna tidsperiod, var att vi önskade

respondenter som avslutat sin rehabilitering, men samtidigt hade den i färskt minne. Särskilt känsliga ärenden, exempelvis rörande missbruksproblematik, sorterades bort. Eftersom vi, som nämnts ovan, inte hade tillgång till några personuppgifter, tillfrågades de potentiella deltagarna först av vår kontaktperson om huruvida de kunde tänka sig att medverka i studien. Sju individer, tre män och fyra kvinnor tackade ja och dessa kontaktades sedan av oss för intervju. Vi är medvetna om att man skulle kunna ifrågasätta det faktum att vi låtit vår uppdragsgivare välja ut intervjupersoner åt oss. En risk med detta är exempelvis att förvaltningens personalavdelning medvetet, av olika skäl, kan ha valt bort vissa personer. Dock vill vi understryka att det inte varit möjligt för oss att gå tillväga på något annat sätt eftersom respondenternas journaler inte är offentliga handlingar. Dessutom kan det vara värt att återigen påpeka att vår studie utförts *på uppdrag av* den förvaltning vi samarbetat med. Ett rimligt antagande är därför att det inte legat i vår uppdragsgivares intresse att söka styra eller påverka våra resultat i en viss riktning. Vad gäller våra intervjupersoners sjukdomsbild, kan sägas att vi inte på förhand formulerade några krav avseende om sjukdomen skulle ha varit av fysisk eller psykisk karaktär. Anledningen till detta var att det kan vara ytterst svårt att som utomstående ta ställning till vad som varit den utlösande faktorn då en person insjuknat. Exempelvis betonar man i Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (SOU 2011:15, s. 113) vikten av att ta hänsyn till både biologiska, individuella och omgivande faktorer i samband med rehabilitering av individer som upplever smärta i rörelseorganen. Med andra ord kan man inte utesluta det faktum att psykiska problem kan ta sig fysiska uttryck, vilket brukar omnämnas som så kallade psykosomatiska symptom (för definition se Nationalencyklopedin). Vi valde därför heller inte att knyta våra frågeställningar till just sjukdomstyperna. Dock är vi medvetna om att respondenternas sjukdomsbild eventuellt kan ha påverkat deras upplevelser av rehabiliteringsprocessen, vilket kommer att uppmärksammas vidare i vår analysdel.

5.4 Mätinstrument och tillvägagångssätt

Vi valde att använda oss av *halvstrukturerade* samtalsintervjuer vid genomförandet av vår undersökning. En betydande fördel med denna metod är att den ger forskaren en möjlighet att upprätthålla balansen mellan struktur och öppenhet (Gillham, 2008, s. 114).

En halvstrukturerad intervju kännetecknas av att samma frågor ställs till alla inblandade. Frågorna följer en på förhand bestämd ordning men är öppna, vilket innebär att svarets riktning ej är förutbestämd. Intervjuaren kan dock använda sig av vissa följdfrågor om han eller hon upplever att det finns ytterligare saker att berätta eller att något relevant tema förbisetts. Ytterligare en faktor som kännetecknar genomförandet av en studie baserad på halvstrukturerade intervjuer, är att ungefär lika lång tid avsätts för alla samtal (Gillham, 2008, s. 103). Inför genomförandet av våra intervjuer, meddelade vi därför samtliga respondenter om att den tänkta intervjutiden var 60 minuter. Ingen av intervjuerna överskred denna tidsram.

Enligt Esaiason et al. (2007, s. 298) bör man ta hänsyn till två aspekter vid designen av en intervjuguide. Den första handlar om *innehållet* i de frågor som ställs, ytterst viktigt är att det finns en tydlig koppling mellan intervjufrågorna och den problemställning undersökningen baseras på. Vidare bör intervjuens *form* tas i beaktande. I korthet innebär detta att man som forskare bör sträva efter att skapa och upprätthålla en dynamik i själva intervjusituationen som motiverar respondenten att öppet berätta om sina upplevelser och erfarenheter. Som led i att kunna etablera ett sådant klimat, bör de frågor som formuleras vara så korta och lättförståeliga som möjligt. Därför utgick vi, vid utformandet av vår intervjuguide¹, från det övergripande syftet samt de frågeställningar som ligger till grund för vår studie. Vi var också noga med att hålla frågorna korta och öppna eftersom vi i största möjliga mån ville få tillgång till respondenternas egna upplevelser. Esaiason et al (2007) presenterar i sin bok "*Metodpraktikan*" ett exempel på hur en intervjuguide av den typ vi önskade använda oss av kan se ut. Vi utgick till stor del från denna modell då vi formulerade våra frågor och strukturerade därför intervjun utefter ett antal huvudteman. Med utgångspunkt i dessa teman arbetades sedan ett antal underfrågor av öppen karaktär fram. I enlighet med ovan nämnda författares förslag, valde vi också att inleda alla intervjuer med några enklare "uppvärmningsfrågor" rörande uppgifter om exempelvis ålder, civilstånd etcetera. Dessutom ställdes ett antal avslutande frågor som uppmanade respondenten att tillägga sådant som han eller hon upplevde inte kommit

¹ Se Bilaga 1.

fram under själva intervjun. Inför det första intervjutillfället genomfördes en “testintervju” för att pröva intervjuguiden. Detta gjordes för att vi vid behov skulle kunna formulera om någon eller några frågor, samt för att säkerställa att intervjuguidens teman följde en logisk och lämplig ordning (Esaiason et al., s. 299ff). Testintervjun föll dock väl ut och inga ändringar gjordes. Vidare ville vi genomföra alla intervjuer i en miljö som skulle få respondenterna att känna sig så bekväma som möjligt. Med anledning av detta lät vi intervjupersonerna själva ta ställning till var de ville att intervjun skulle äga rum. Samtliga personer valde att träffa oss antingen på sin arbetsplats alternativt på förvaltningens huvudkontor. Vid själva genomförandet deltog vi båda två eftersom en av oss då kunde sköta själva intervjuandet, medan den andra ansvarade för inspelning samt gjorde stödanteckningar. Fördelen med detta var att den som intervjuade kunde fokusera helt på samtalet.

5.5 Analysmetod

Inför analysfasen av vårt empiriska material transkriberades alla intervjuer i sin helhet. Vi valde dock att utesluta de paralingvistiska (icke-verbala) aspekterna av samtalet samt utfyllnadsord av “hm-typ” som vi inte ansåg tillföra någon egentlig mening i sammanhanget. För att motivera detta väljer vi här att hänvisa till Gillham (2008, s. 165) som menar att samtalsaspekter av detta slag kan uteslutas utan att resultaten blir mindre tillförlitliga. I enlighet med samma författares resonemang försökte vi också att transkribera så fort som möjligt efter varje intervju. Inför nästa steg i analysfasen utgick vi från Gillhams (2008) “*Analysprocess i tio steg*”. Första steget enligt denna modell (efter att ha säkerställt att alla transkriptioner har ett format som går att arbeta med) är att enskilt gå igenom alla transkriptioner och markera relevanta delar i varje intervju. Vi jämförde sedan våra resultat med varandra för att försöka enas kring vilka delar av materialet som skulle ligga till grund för vår fortsatta analys. Vid resultatsammanställningen utgick vi ifrån våra huvudfrågeställningar och lät dessa utgöra tre övergripande teman. Varje tema delades sedan in i ett antal kategorier. Relevanta delar i var och en av intervjuerna jämfördes därefter och sorterades in under en av ovan nämnda kategorier. I samband med detta sorterades också överflödiga uttalanden bort.

Det material som till sist kvarstod användes sedan som underlag vid författandet av det kapitel där våra resultat presenteras och analyseras (Gillham, 2008, s. 189f).

5.6 Validitet och reliabilitet

Validitet och reliabilitet är två centrala begrepp i forskningssammanhang som används för att mäta forskningens trovärdighet. Reliabilitet handlar om i vilken utsträckning andra forskare vid olika tillfällen kan uppnå samma resultat, vilket är problematiskt inom kvalitativ forskning som i hög grad bygger på forskarens tolkning. För att mäta trovärdigheten i kvalitativ forskning lämpar det sig därför bättre att undersöka dess validitet (Silverman 2006, s. 281f). Studiens validitet avgörs enligt Gillham (2008, s. 22f) av hur insamlingen av det empiriska materialet gått till samt av hur detta tolkats och återgetts för läsaren. Det har därför varit viktigt för oss som forskare att reflektera över vår personliga roll i processen. För att undvika felbedömningar på grund av vår egen förförståelse, utgick vi medvetet ifrån våra frågeställningar vid genomförandet av intervjuerna samt vid transkription och analys av det empiriska materialet. Detta som ett led i att öka studiens validitet.

5.7 Etiska reflektioner

För att uppfylla de etiska kraven i forskningssammanhang krävs en avvägning mellan forskningskravet och individskyddskravet. Människor får inte komma till skada eller kränkas men samtidigt kan inte en lindrig skada förhindra forskning som kan leda till stor utveckling för samhället. Hur avvägningen sker beror på vilken slags forskning som skall genomföras (Gustafsson, Hermerén & Pettersson, 2005, s. 18). De etiska avvägningar som vi gjorde i samband med den här studien skedde i samråd med vår uppdragsgivare. En öppen attityd mellan forskare och uppdragsgivare är något som rekommenderas i Vetenskapsrådets rapport ”*God forskningssed*” (Gustafsson et al., s. 74f). Individskyddskravet brukar vidare preciseras i fyra generella forskningskrav; informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet, 1990). Det var viktigt för oss att tillsammans med vår uppdragsgivare komma överens om hur anonym organisationen samt de medverkande respondenterna

önskade vara, i enlighet med *konfidentialitetskravet*. Då en rehabiliteringsprocess kan vara känslig och personlig beslutade vi oss för att benämna organisationen som “en förvaltning i Göteborgs Stad” och inte namnge den vidare. I samråd med vår uppdragsgivare kom vi även överens om att respondenternas namn och exakta ålder skulle krypteras för ökad konfidentialitet. En förutsättning var dock, med tanke på vårt övergripande syfte, att vi kunde redovisa respondenternas kön i studien. Innan intervjuerna genomfördes skickade vi ut intervjuguiden, inklusive våra kontaktuppgifter, till respondenterna. Vi bifogade information om att studien syftar till att belysa ett antal personers individuella upplevelser i samband med rehabilitering, i enlighet med *informationskravet*. Respondenterna informerades dock inte om att vi önskade belysa eventuella skillnader mellan kvinnor och män eftersom vi ville minimera risken att påverka deras berättelser mer. Vidare bifogades upplysningar om publicering av studiens resultat samt om garantier för anonymitet och frivillig medverkan. Detta i enlighet med *nyttjandekravet* respektive *samtyckeskravet*. Alla respondenter meddelades vidare om att de vid intresse kunde kontakta oss, alternativt förvaltningens personalavdelning, för att få ta del av den slutgiltiga rapporten.

6. Presentation och analys av empiriskt material

I nedanstående avsnitt följer en sammanfattning av det empiriska material som samlats in samt vår egen analys och tolkning av detta. Vi har valt att dela in materialet utefter våra övergripande frågeställningar, samt de underkategorier som vi använt oss av vid resultatsammanställningen. Vår förhoppning är att denna indelning skall underlätta för läsaren att skaffa sig en överblick över de resultat som uppnåtts. Inledningsvis vill vi också klargöra att vårt syfte med denna studie inte varit att undersöka skillnader i hantering och bemötande av anställda med psykisk respektive fysisk sjukdom. Dock har vi, under arbetets gång, insett svårigheten med att helt bortse från våra respondenters sjukdomsbild samt den betydelse den kan ha haft för deras upplevelser av rehabiliteringsprocessen. I den text som följer här nedan kommer vi därför att vid behov,

kommentera eventuella skillnader i resultat mellan personer med psykisk ohälsa respektive renodlat fysisk sjukdom/arbetskada.

6.1 Beskrivning av den egna rollen

6.1.1 "Duktiga" flickor?

En av de skillnader som framkommit mellan de kvinnliga respektive manliga respondenterna, är att kvinnorna till viss del skuldbelägger sig själva för insjuknandet, alternativt för att rehabiliteringsprocessen fått ett visst innehåll eller utfall. Två av kvinnorna påpekar att deras sjukdom visserligen haft koppling till arbetet, och att situationen på arbetsplatsen varit den utlösande faktorn vid insjuknandet. Dock framkommer det tydligt att de anser sig själva vara skyldiga i och med att de "tillåtit" situationen att gå så långt. Värt att nämna är att båda dessa respondenter lidit av någon form utav psykisk ohälsa (se avsnitt 6.2.1). En av dem uttrycker sig så här:

Med facit i hand så... så är det ju... då kan jag bara undra över det här beslutet jag tog att... redan från början att stoppa i mig tabletter istället för att vara sjukskriven... Det kanske inte var det bästa beslut jag har fattat. Och sen andra gången då 20XX, när dom bara kom och sa att 'ja nu skall han vikariera där och där men det här klarar vi väl', då kanske jag inte skulle varit den här duktiga flickan som sagt 'jo det gör vi nog' utan jag skulle väl ha sagt 'ni är inte kloka liksom skaffa hit en vikarie'.

Det faktum att kvinnorna i högre grad skuldbelägger sig själva är något som tydligt kan kopplas till de resultat som Ahlgren och Hammarström (2000) redovisar i sin studie. Ovan nämnda forskare drar slutsatsen att kvinnor ofta lägger skulden på sig själva och därmed också i högre grad än män uppvisar en mer hjälpsökande attityd gentemot arbetsgivare och Försäkringskassa. Ytterligare en studie som pekar på kvinnors tendens att ta på sig ansvaret och skulden för att de insjuknat är Stenbergs (2012) undersökning av män respektive kvinnor med rygg- och nackbesvär. Hennes forskning pekar på två stereotypa identiteter som framkommit tydligt bland de studerade patienterna. Medan männen ofta uppfattas, samt ser sig själva, som "hårt arbetande" uppvisar kvinnorna en rädsla för att bli betraktade som "gnällkärningar" i vårdsammanhang. Detta påverkar i sin

tur kvinnornas agerande och resulterar i att de ofta förklarar sina symptom med utgångspunkt i den egna personen. Tidigare studier, se exempelvis Ferguson et al. (2000), visar också på att kvinnor *förväntas* agera annorlunda än män vad gäller uttryckande av skuld och skam. Med anledning av detta skulle man kunna tänka sig att de kvinnor som deltagit i vår studie dels känner en rädsla över att bli betraktade som ”gnällkärningar” samtidigt som de upplever att det finns (om än outtalade) förväntningar på dem att själva bära ansvaret för sina problem och känslor. I förlängningen skulle detta delvis kunna förklara varför de kvinnor vi talat med betonar att de borde sagt ifrån tidigare och inte strävat efter att leva upp till idealbilden av ”den duktiga flickan”. Vad som är viktigt att poängtera i detta sammanhang är att även de manliga respondenter som lidit av någon typ av psykisk åkomma, nämner att de väntat alldeles för länge med att ta tag i problemet. Dock har de inte lika uttalat lagt skulden på den egna personen. En av männen lyfter exempelvis fram det faktum att förhållandena på arbetsplatsen varit såpass dåliga att insjuknandet varit svårt att förhindra: ”Vi fick en ny... en ny chef som... jag är ju inte den första som blev utbränd under henne... /.../ Oerhört dåligt chefskap liksom, bra på annat men det...” En annan manlig respondent betonar att han, vid tidpunkten för insjuknandet, mår såpass dåligt att han inte anser sig ha haft möjlighet att agera annorlunda:

Jag tror inte att jag hade kunnat göra mycket annorlunda... utifrån hur jag mår då... jag mår ju ganska dåligt så att jag fick fokusera på en uppgift i taget... men det hade kanske vart om jag inte mått dåligt i den grad som jag gjorde då... att jag hade sökt en annan utbildning eller så... för att jag är en sådan person att det spelar inte så stor roll vad jag gör... bara man mår bra så att säga.

Den förstnämnde respondenten påpekar vidare, i likhet med flera av kvinnorna, att han visserligen har en benägenhet att ta på sig ansvar samt hade kunnat säga ifrån tidigare. Han lägger dock stor vikt vid att det funnits en mentalitet på arbetsplatsen som försvårat en sådan markering. Det framkommer tydligt att han anser att han och hans kollegor blivit pressade att hela tiden hålla en hög prestationsnivå med otaliga löften om att “det blir bättre sedan”. Flera av kvinnorna påpekar också att de har en benägenhet att ta på sig ansvar. Till skillnad från männen betonar kvinnorna dock i större utsträckning att de varit

“dåliga på att säga nej” och att de tagit på sig ansvar som egentligen varit någon annans.
Ett citat från en av dem får illustrera detta resonemang:

Vi hade också problem med chefer och sånt... vi var lite chefslösa och så då... och det gjorde ju också att jag kanske själv tog på mig mycket ansvar eftersom det var lite problem med ledarskapet. Vi hade många som var tillfälliga och det var... /.../och det kändes... att det var mitt ansvar att det liksom... /.../så jag hade vart med så länge så det blev så att jag tog liksom det ansvaret fastän att det inte var mitt... lite grann.

Vi vill här ställa våra resultat i relation till Hirdmans (2001) och Bourdieus (1998) teorier om genus och de skilda förväntningar som finns på män respektive kvinnor i samhället. Dessutom kan det även inom organisationen finnas föreställningar avseende hur representanter från de båda könen ”bör” agera (jfr Wahl et al., 2001). Det som framförallt skiljer våra manliga och kvinnliga respondenter åt, är nämligen inte den ordagranna betydelsen i det de säger, utan snarare *hur* de uttrycker sig och resonerar kring sina problem. En aspekt på detta är exempelvis när och hur kvinnorna respektive männen gått tillväga för att söka hjälp. Vad som endast framkommer bland kvinnorna är att de i någon mån, mer eller mindre medvetet, försökt “planera in” sitt insjuknande. Två av dem uttrycker sig enligt följande:

Jag hade ju mått dålig en längre tid... det var... väldigt mycket att göra... det var flera stora projekt på gång och... så jag gick väl i stort sett bara och väntade på att X skulle vara avklarad... så jag tänkte ‘då kan jag unna mig att... liksom gå i däck’.

Ja... jag hade ju varit sjukskriven många vårar efter att jag var... jag hade väldigt arbetsbelastning... så jag var sjukskriven flera vårar men liksom lyckades kanske jobba halvtid och så... och sen kom semestern och sen började jag på hösten igen och det funkade några år... men sen blev det ju det här när det inte gick längre liksom... då var det utmattningssyndrom.

Ytterligare en intressant faktor i detta sammanhang är att samtliga män valt att i första hand kontakta företagshälsovården. Bland kvinnorna har istället alla utom en valt att som första instans söka hjälp hos vårdcentral eller husläkare, även då de upplevt sina symptom som arbetsrelaterade. Detta gäller både de respondenter som lidit av psykisk

ohälsa samt de som haft en renodlat fysisk sjukdom/arbetskada. Vad som är anmärkningsvärt är att den kvinna som inte sökt hjälp privat, blev akut sjuk på arbetsplatsen och därmed också hänvisad direkt till företagshälsovården av sin arbetsgivare. Även i detta avseende anser vi det rimligt att dra paralleller till rädslan att bli betraktad som en "gnällkärring". I enlighet med de resultat som Ahlgren och Hammarström (2000) redovisar, verkar det också vara så att våra manliga respondenter intagit ett mer krävande förhållningssätt gentemot arbetsgivaren i samband med rehabiliteringen. I motsats till männen verkar kvinnorna snarare ha "hoppats" på att få hjälp och har därmed inte uppvisat en lika fordrande attityd. Nedanstående citat från en av kvinnorna får illustrera detta:

Och jag hade även samtal med den dåvarande personalsekreteraren för hon undrade 'behöver du kanske någon kontakt på företagshälsovården, träffa någon och... Och jag sa 'ja det skulle nog vara bra' men sen hände det ingenting mer så att... Hon tyckte att 'nämen du sköter ju det här så bra själv'.

6.1.2 Möjligheten att påverka

Vad gäller våra respondenters upplevelser av möjligheten att kunna påverka sin rehabilitering är resultaten inte entydiga. Ahlgren och Hammarströms (2000) studie fann att de deltagande kvinnorna upplevt sina möjligheter att påverka som betydligt mindre än männen. Detta är inte en slutsats som vi anser att vi kan dra efter att ha sammanställt våra egna resultat. Framförallt är det bland de kvinnor vi intervjuat som åsikterna går i sär. Två av dem säger att de upplevt sina möjligheter att påverka som goda. Det de främst lyfter upp i sammanhanget är då att de känt att deras egna önskemål tagits väl emot. Vad som kan nämnas här, är dock att en av dessa kvinnor varit sjukskriven på grund av en allvarlig fysisk sjukdom, vilket eventuellt kan ha påverkat arbetsgivarens agerande. På frågan om hon upplevt att hon kunnat påverka rehabiliteringen eller komma med önskemål svarar hon såhär: "Nämen precis... det kändes som att ja, jo men det tycker jag faktiskt. Att det kändes som att dom lyssnade och var sådär... stöttande i liksom att... 'du vet vad du behöver och så'." Bland de kvinnor som lidit av psykisk ohälsa ser en av dem, till skillnad från resten, positivt på de påverkansmöjligheter som förelåg. Hon

beskriver dock hur hon varit långtidssjukskriven under flera tillfällen och att upplevelserna mellan de olika gångerna till viss del skiljer sig åt:

Jamen det var bra... dom var väldigt lyhörda med och vad jag tyckte och vad jag kände att jag kunde göra och hur jag skulle dela upp timmarna och kunde ta ledigt en dag i veckan och så... dom var väldigt lyhörda på det... det får jag säga... det var väldigt bra. /.../ Utom den allra första gången... för då skulle jag ju börja jobba femtio procent direkt liksom bara pang på så att... /.../ Jo så dom två sista gångerna så har det varit väldigt bra jag har fått själv säga hur jag tycker att jag vill ha det... känns bäst för att det ska funka... för att det skulle funka liksom hela vägen så.

Bland de övriga kvinnor som varit sjukskrivna med anledning av psykiska problem, är upplevelserna, vilket nämnts tidigare, inte lika positiva. En av dessa respondenter beskriver hur de förslag hon, på sin läkares inrådan, lagt fram för arbetsgivaren visserligen accepterades, men hur hon hela tiden upplevde en press att tillfriskna så snabbt som möjligt:

Påverka... Jag kom med dom förslagen som jag hade fått av min nya husläkare då och... och då sa han... det var ju okej, jag gick på stresshantering och jag gick på de här samtalen. Men jag kände hela tiden en press att 'aha... hur många gånger till skall du gå på det där', 'är du inte klart snart', 'är det inte färdigt'? Så jag vet inte om jag kunde påverka så mycket. /.../ hade det varit en... att jag hade gått på nåt sånt via företagshälsovården så förmodar jag... då kanske jag hade fått gå på arbetstid... på de här sakerna... Och det fick jag ju inte nu... utan jag fick ju liksom nagga utav mina semesterdagar igen. Eller ta ledigt utan lön.

Bland männen ser situationen lite annorlunda ut. En av respondenterna upplever att han mött mycket förutfattade meningar om vad en person med hans symptom skall få för diagnos samt erbjudas för behandling. Trots detta motstånd anser han sig dock ha kunnat påverka i relativt stor utsträckning genom att "tjata för sin sak". Dessutom nämner han att han fått lägga upp och utforma sin rehabilitering utefter egna önskemål (något som inte enbart varit positivt).

Ja, jag anser att jag byggde min egen rehabilitering... /.../ Jag fick allt stöd i det jag försökte plocka fram... men jag anser väl egentligen att det är arbetsgivarens uppgift att ge den... att komma med planen... Inte att jag skall komma med planen och dom

förverkligar den. Nu blev detta i slutändan väldigt bra men... jag kan också se att det hade kunnat bli helt... knas av det upplägget.

En annan manlig respondent menar i likhet med ovanstående, att arbetsgivaren lyssnat på hans förslag även om han ibland upplevt en brist på förståelse samt en känsla av att behöva "strida för sin sak". Sett till hur dessa manliga respondenter upplevt sina påverkansmöjligheter kan alltså sägas att de, trots åsikter om arbetsgivarens hantering av ärendet, upplevt dem som positiva. I detta avseende stämmer våra manliga respondenters upplevelser till stor del överens med forskning som tidigare utförts på området. Både Ahlgren och Hammarströms (2000) studie samt RFV:s rapport författad av Dutirieux och Viksten (2004), pekar just på det faktum att mäns egna förslag oftare tas i beaktande av arbetsgivaren.

I motsats till ovanstående två manliga respondenter har den tredje, som till skillnad från de andra lider av en fysisk arbetsskada, upplevt sina möjligheter att påverka som mindre. Dock menar han inte att detta orsakats av en brist på lyhördhet från arbetsgivarens sida, utan snarare på att han varit nöjd med den rehabilitering som erbjudits och inte anser att det funnits några alternativa tillvägagångssätt. På frågan om han upplever att han kunnat påverka rehabiliteringen svarar han såhär: "Nä, men man måste följa ramarna... så det är sjukgymnaster och så är det vila och sånt...". Sammanfattningsvis kan alltså sägas att åsikterna om vilka påverkansmöjligheter som föreläggat till viss del går isär bland våra respondenter. Dock tycker vi oss återigen kunna se vissa skillnader just mellan hur männen respektive kvinnorna talar om sin upplevelse. Detta skulle kunna knytas an både till Bourdieus (1998) och Hirdmans (2001) diskussioner om skilda förväntningar på män respektive kvinnor, samt till Wahl et al:s teori om könsordning i organisationer.

6.2 Upplevelse av arbetsgivarens hantering och bemötande

6.2.1 Sjukdomsbildens betydelse

Alla de respondenter som lidit av psykisk ohälsa, betonar att det rått missförhållanden av olika slag på arbetsplatsen vilket bidragit till insjuknandet. Flertalet av dessa individer nämner också att de påtalat bristerna för arbetsgivaren utan nämnvärda resultat.

Dessutom upplever de flesta av dem att de inte fått den förståelse från arbetsgivaren som hade varit önskvärd i situationen. De personer som lidit av en fysisk sjukdom, oavsett kön, har inte upplevt samma brist på förståelse eller känt att de blivit ifrågasatta i lika hög utsträckning. Ovanstående resultat är, om än i olika omfattning, gemensamma för både männen och kvinnorna. Vi skulle därför vilja jämföra våra resultat med de resonemang om stigmatisering av psykiskt sjuka som förs av Lundberg (2010). Han menar att personer som lider av mildare psykisk sjukdom, löper stor risk att utsättas för negativa attityder från omgivningen. Arbetsgivarens attityd och inställning till psykisk ohälsa tolkas i vår studie utifrån arbetstagarens upplevelse. De intervjupersoner som lidit av psykisk ohälsa har, som nämnts ovan, upplevt att de inte blivit lyssnade på samt att deras åsikter inte tagits hänsyn till. Stigmatisering av personer med psykisk ohälsa kan vidare ha flera orsaker, i vårt fall skulle det kunna bero på bristande kunskap och erfarenhet hos arbetsgivaren att hantera den här typen av ärenden. Ett uttalande från en av våra kvinnliga respondenter belyser denna problematik: ”Hade jag brutit ett ben eller någonting så hade det varit en påtaglig fysisk skada. Det hade nog varit lättare för dom att hantera... än det här”. Utifrån Lundbergs (2010) diskussion om självstigmatisering kan våra intervjupersoners självbild också ha bidragit till stigmatiseringen. Upplevelsen av att tillhöra gruppen ”psykiskt sjuk” kan i sig ge känslor av skuld och självanklagelser. Intervjupersonernas självbild kan därför vara en bidragande orsak till att vissa av dem inte mer bestämt stridit för att få sina röster hörda.

6.2.2 Vikten av att bli tagen på allvar

En intressant aspekt, som delvis kan knytas an till ovanstående resonemang, är att två av kvinnorna, till skillnad från männen, inte bara upplevt en brist på förståelse utan också att de i olika avseenden blivit misstänkliggjorda. En kvinna uttrycker exempelvis att hon påtalat för arbetsgivaren att hon behöver byta tjänst på grund av en åkomma men inte fått förståelse för detta:

För dom tycker att det här är konstigt... jag känner att jag blir lite misstänkliggjord... att 'egentligen vill du inte vara i X utan du vill bara vara Y för du tycker att det är roligare'... och resultatet blir att... jag har sådana kvarvarande effekter... vad säger man... symptom.

En annan kvinna talar mycket om det faktum att hennes symptom inte syns på utsidan, vilket hon upplevt som en bidragande orsak till att hon inte blivit trodd och tagen på allvar. Citatet nedan är också ett exempel på hur flertalet av de kvinnor vars problematik varit av psykisk art, berättar att de upplevt sin diagnos som en ”lättnad”. Detta eftersom de då sluppit ifrågasätta sig själva samt bli ifrågasatta av sin omvärld. Enligt vår mening är detta intressant med tanke på de negativa föreställningar som trots allt verkar finnas förknippade med psykisk ohälsa.

Efter den här när jag slutade med tableterna och mårde dåligt och fick massa åkommor som inte liksom syntes vid en vanlig läkarundersökning men som ändå var högst verkliga för mig och som jag sen... det var inte förrän sommaren 20XX när jag träffade den här KBT-terapeuten som förklarade att ‘jamen det beror på det och det’. Det är liksom... det var... då fick jag äntligen liksom reda på att jag var inte tokig liksom. Det var verkligt och bland annat så fick jag X som är liksom stressframkallad... /.../ Och jag försökte förklara detta och... men det... det syns ju inte på en att man har det och... /.../ Och det... det var liksom ingen förståelse.

Hos de män vi intervjuat går upplevelserna av att bli tagen på allvar till viss del i sår även om de inte uttrycker samma känsla av att vara ifrågasatta som kvinnorna. En av männen beskriver hur han fått hjälp snabbt och dessutom upplevt hjälpen som lite *för* påträngande:

/.../Jag fick aldrig den där... Ledigheten... alltså det där ‘bli lämnad ifred’. Utan de första 5 månaderna så var det... Flera möten varje vecka. Psykologer och beteendevetare och läkare och företaget och... Så ja, de första... 4, 5 första månaderna var nästan ännu mer stressande egentligen. /.../ Personalavdelningen backade upp omedelbart. Dom kände också till dom grova missförhållanden som har varit på arbetsplatsen i flera år.

En annan manlig respondent menar att arbetsgivaren inte verkade förstå hur dåligt han faktiskt mårde, men beskriver samtidigt dennes rent praktiska hantering av ärendet som korrekt. En relevant fråga i sammanhanget är vad det kan bero på att tre av fyra kvinnor upplevt just känslor av att vara misstänkliggjord och ifrågasatt. Även här anser vi det

rimligt att dra en parallell till Hirdmans (2001) resonemang om genuskontraktet samt Bourdieus (1998) beskrivning av hur samhällets förväntningar på kvinnor respektive män skiljer sig åt. Fenomenet skulle också kunna förklaras av den oönskade identiteten ”gnällkärningen” som ofta påförs kvinnor i vårdsammanhang (se Stenberg, 2012). Denna identitet är dessutom, som nämns ovan, nära förknippad med känslor av skuld och skam vilket skulle kunna förklara upplevelsen av att vara misstänkliggjord. Vidare skulle man kunna knyta an eventuella skillnader i bemötande mellan kvinnor och män till begreppet genusbias (Risberg, 2005) som i korthet innebär att vi tillskriver skillnader mellan könen som inte finns vilket medför att en person bedöms utifrån vad som tros vara karakteristiskt för könet och inte utifrån sina egenskaper som individ. För att vidare säga någonting om vad som gemensamt betonats av både kvinnorna och männen i vår studie, är vikten av att bli tagen på allvar i rehabiliteringsprocessen. Detta resultat stämmer väl överens med Stenbergs (2012) studie som visar att en vanligt förekommande rädsla hos både män och kvinnor är att inte bli bekräftade i vårdsammanhang. Hon menar vidare att rädslan kan bero på att patienten alltid är i underläge i vårdsammanhang, vilket skulle kunna jämföras med den relation som råder mellan arbetstagare och arbetsgivare. Är den rehabiliterade dessutom kvinna kan hon tänkas bli underordnad i dubbel bemärkelse. Även detta skulle kunna knytas an till våra kvinnliga respondenters upplevelser av att vara ifrågasatta.

6.3 Rehabiliteringens betydelse i efterhand

Samtliga personer som varit sjukskrivna av psykiska skäl betonar att de förändrats på så vis att de fått en ökad medvetenhet om de egna begränsningarna samt blivit bättre på att säga nej och inte ta på sig ansvar i samma utsträckning som tidigare. En av respondenterna uttrycker sig enligt följande: ”Jag har skaffat mig nya värden. Det slipper ur mig ibland att det är det bästa som har hänt liksom... Det håller jag väl inte riktigt med om så där hela tiden... Men ... det hände mycket bra i det”. Vad gäller de som istället lidit av en renodlat fysisk åkomma, kan sägas att ingen av dem påtalar att deras totala livssituation förändrats i någon större utsträckning. I detta avseende tycker vi oss inte kunna se några direkt könsbundna skillnader. Med avseende på hur våra intervjupersoners konkreta arbetssituation förändrats kan dock nämnas att två av de tre

män vi talat med är tillbaka på heltid. Den tredje mannen som idag arbetar halvtid har dessutom som uttalat mål att så snabbt som möjligt komma tillbaka på heltid. Vad gäller kvinnorna arbetar alla utom en i dagsläget deltid. En av dem uttrycker sig såhär angående detta:

/.../...för jag mår ju känslomässigt bättre... nu när jag klarar av att jobba... har lyckats komma tillbaka och jobba femtio procent... det är en väldig... det är som en liten seger ändå på nåt sätt tycker jag... men som sagt som jag sa... jag får ändå vara försiktig med vad jag säger ja till alltså och inte göra för mycket saker och veta att jag har för mycket.

Relevant att knyta an till här, är de resultat som presenteras av Ahlgren och Hammarström (2000). De tyder visserligen på att vikten av betalt arbete är lika för båda könen, men också på att de flesta män verkar ha som mer uttalat mål att komma tillbaka på heltid så snart som möjligt efter sjukskrivningen. Många kvinnor ”väljer” istället att anpassa sitt arbete efter hem och familj och därmed att arbeta deltid efter avslutad rehabilitering. Frågan vi ställer oss här, är då vad som gjort att de män vi intervjuat återgått i heltidsarbete i större utsträckning än kvinnorna, trots att ingen av de sistnämnda har småbarn. Återigen vill vi dra en parallell till Hirdmans (2001) och Bourdieus (1998) teorier om hur samhällets förväntningar på kvinnor och män skiljer sig åt. Enligt vår mening skulle ett rimligt antagande kunna vara att det finns outtalade förväntningar på män som bygger på att de dels skall kunna arbeta och försörja sig själva och sin familj, men också på att de skall visa sig ”stora och starka”. Troligtvis är dessa föreställningar också kopplade till den könsordning som råder inom organisationen (jfr Wahl et al., 2001).

7. Sammanfattande diskussion och slutsatser

Vi kommer i följande avsnitt försöka besvara de frågeställningar som formulerats med utgångspunkt i vårt övergripande syfte: *”Att undersöka sjukskrivna individers upplevelser av arbetslivsinriktad rehabilitering, med fokus på vilken betydelse könstillhörighet tillskrivs i detta sammanhang”*. Vi kommer också att göra en ansats att

kritiskt reflektera kring de resultat och slutsatser som presenteras. Därefter vill vi försöka sätta våra resultat i ett större sammanhang och därmed också ge förslag på vidare forskning som skulle kunna vara av intresse. Avslutningsvis följer ett avsnitt med rekommendationer till den förvaltning vi samarbetat med.

7.1 Slutsatser

Sammanfattningsvis kan sägas att vi sett skillnader mellan hur män och kvinnor ser på sin egen roll i rehabiliteringen. Kvinnorna var mer benägna att ta på sig skulden för sitt eget insjuknande och så här i efterhand uttrycker flera av dem att de önskar att de hade vågat stå på sig mer, både före insjuknandet samt under själva rehabiliteringsprocessen. Ingen av männen uttrycker att de kunde ha gjort något annorlunda utan anser att förhållandena på arbetsplatsen varit sådana att insjuknandet varit i det närmaste oundvikligt. Två av dem anser dessutom att de själva haft möjlighet att påverka sin rehabilitering samt att arbetsgivaren tagit hänsyn till deras önskemål. Intressant är också att kvinnorna i rollen som ”duktiga flickor”, tagit kontakt med vården privat samt försökt att klara sig på egen hand i så stor utsträckning som möjligt. Detta var också något som var gemensamt både för kvinnorna med psykisk respektive fysisk sjukdom. Samtliga män som deltagit i vår studie har istället sökt hjälp hos företagshälsovården och blivit förmedlade denna kontakt via arbetsgivaren. Vidare har det framkommit att kvinnorna, till skillnad från männen, försökt ”planera in” sitt insjuknande och exempelvis tagit ut semester för att inte låta sjukdomen gå ut över arbetet. Vi skulle här vilja dra en parallell mellan våra slutsatser och de resonemang som förs av Stenberg (2012), Bourdieu (1998) och Hirdman (2001) gällande hur samhällets förväntningar på, samt fördomar gentemot män och kvinnor skiljer sig åt och därmed också bidrar till att forma deras beteende. Även Wahl et al:s (2001) teorier om hur föreställningar om kön skapas och återskapas i organisationer skulle kunna tillämpas här. Utöver dessa ordagrant beskrivna skillnader tycker vi oss även kunna urskilja uttalade sådana, avseende *hur* männen och kvinnorna beskriver sin egen roll i rehabiliteringsprocessen. Enligt vår uppfattning verkar det finnas en rädsla hos kvinnorna att uppfattas som ”gnälliga”. Dessutom har de, oftare än de manliga respondenterna, uttryckt en tacksamhet över den hjälp som erbjudits. Då de upplevt bristande stöd från arbetsgivarens sida har de heller inte valt att ”strida för sin

sak” i samma utsträckning som männen. Vad gäller de manliga respondenterna har de i motsats till kvinnorna haft en mer krävande attityd gentemot arbetsgivaren och *förväntat sig* hjälp i samband med rehabiliteringen. Ovanstående resultat uppvisar stora likheter med de som uppnått i Ahlgrens och Hammarströms (2000) studie.

Vad som framkommit tydligt i och med vår studie, är att intervjupersonernas sjukdomsbild tycks ha påverkat deras upplevelser av rehabiliteringsprocessen. De deltagare, oavsett kön, som lidit av psykisk ohälsa betonar att de inte känt att de fått det stöd och den förståelse från arbetsgivarens sida som varit önskvärt. Detta skulle kunna bero på bristande erfarenhet hos arbetsgivaren att hantera personer med denna typ av sjukdomsproblematik, vilket kan knytas an till Lundbergs (2010) resonemang om stigmatisering av personer med psykisk ohälsa. En skillnad som vi tycker oss kunna se mellan könen, är att flertalet kvinnor talar om en känsla av att bli misstänkliggjord. Även denna skillnad mellan männens och kvinnornas upplevelser skulle kunna förklaras av Hirdmans (2001) och Bourdieus teorier om genusskapande. De personer som lidit av en renodlat fysisk arbetsskada eller sjukdom, uttrycker inte samma känslor av att inte ha blivit tagna på allvar. Dock nämner en av dem, i likhet med flera av de andra respondenterna, att arbetsgivaren kunde ha varit mer stöttande och informativ i samband med själva rehabiliteringsprocessen.

Vad gäller den betydelse som rehabiliteringsprocessen haft för våra respondenter i efterhand kan sägas att de som varit sjukskrivna på grund av psykiska problem, upplever att de blivit mer medvetna om sina egna begränsningar i och med sjukskrivningen. Enligt vår uppfattning har dessutom alla studiens deltagare varit i grunden positivt inställda till sitt arbete och haft som uttalat mål att komma tillbaka. Den enda skillnad som vi kunnat se mellan kvinnorna respektive männen i detta avseende, är att de förstnämnda i större utsträckning återvänt på deltid medan männen är tillbaka på heltid. Vad som gett upphov till denna skillnad är svårt för oss att uttala oss om utifrån de svar vi erhållit från respondenterna. Ahlgren och Hammarströms (2000) studie fann visserligen att kvinnor generellt sett verkar prioritera familjeliv i högre grad än män och därför oftare återvänder på deltid efter avslutad rehabilitering. Ingen av våra kvinnliga respondenter har dock småbarn vilket öppnar upp för frågan vad denna skillnad grundar sig i. En möjlig

förklaring skulle kunna vara att förväntningar på män och kvinnor skiljer sig åt både på samhällsnivå samt i organisationer (Hirdman, 2001; Bourdieu, 1998; Wahl et al., 2001).

Vår förhoppning har hela tiden varit att denna studie skall kunna ligga till grund för arbetet med att jämställdhetssäkra rehabiliteringsprocessen inom den förvaltning vi samarbetat med. Vi anser att vi i och med genomförandet av denna undersökning kunnat identifiera vissa skillnader mellan könen avseende upplevelser i samband med rehabilitering. Till stor del tror vi att dessa skillnader kan förklaras av de skilda förväntningar som finns förknippade med vart och ett av de båda könen.

7.2 Kritiska reflektioner samt förslag på vidare forskning

Att sjukdomsbilden skulle visa sig ha så stor betydelse för respondenternas upplevelser och därmed för våra resultat var något som vi inte väntat oss. Som nämnts i avsnitt 5.3 valde vi heller inte att formulera några ”krav” avseende vad våra respondenter skulle ha lidit av för sjukdom. Så här i efterhand kan vi konstatera att det skulle vara intressant att genomföra en studie enbart med personer som diagnostiserats med samma sjukdom, vilket därför kan vara föremål för vidare forskning. Eftersom vi utfört vår studie på uppdrag av en organisation samtidigt som vi genomfört en undersökning i forskningssyfte vill vi här nedan också nämna någonting kring ”dubbla lojaliteter”. Först och främst kan poängteras att vi upplevt att vår uppdragsgivares önskan varit att få fram en rättvis och verklig bild av situationen på förvaltningen. Vi har därför också känt att vi kunnat presentera de resultat som framkommit utan hinder. Dessutom påtalade vi redan vid det första mötet med vår kontaktperson, att vår primära uppgift var att genomföra en *vetenskaplig undersökning*. Ytterligare en möjlig risk med att utföra en studie i form av ett uppdrag åt en organisation, är att respondenterna kan känna sig tvingade att delta eftersom förfrågan (direkt eller indirekt) kommer från arbetsgivarens sida. Särskilt känsligt är detta i vårt fall eftersom respondenterna i ett första skede valdes ut och kontaktades av vår uppdragsgivare. Som nämnts tidigare var det dock inte möjligt för oss att gå tillväga på något annat sätt med hänsyn till kraven på konfidentialitet i rehabiliteringsärenden. Eftersom vi hela tiden varit medvetna om problemet har vi också varit mycket noga med att informera våra respondenter, både skriftligt och muntligt, om

att allt deltagande sker på frivillig basis och närsomhelst kan avbrytas. Vad som vidare kan nämnas är att respondenterna varit i kontakt med olika ”lokala” chefer i samband med sin rehabilitering. Personalavdelningen är dock gemensam för samtliga verksamheter inom förvaltningen, även om det inte varit en och samma personalsekreterare som ansvarat för alla ärenden. Detta är faktorer som kan ha påverkat våra resultat eftersom cheferna och personalsekreterarna eventuellt agerat olika, vilket i sin tur kan ha inverkat på intervjupersonernas upplevelser. Dock gör vi inte anspråk på att dra några generella slutsatser utan vår studie syftar endast till att belysa ett antal mäns och kvinnors egna upplevelser av sin rehabilitering. Något som vi också reflekterat kring under arbetet med denna studie, är att det hade varit intressant att undersöka vilken betydelse de inblandade chefernas och personalhandläggarnas könstillhörighet spelat för de sjukskrivnas upplevelser. Med anledning av denna studies krav på begränsning har vi inte kunnat genomföra någon sådan undersökning. Av samma skäl har vi inte heller kunnat undersöka vilken betydelse andra sociala kategorier, exempelvis etnicitet och ålder, haft för våra respondenters upplevelser. Dock hoppas vi att dessa ämnen kan vara av intresse för fortsatt forskning.

Med utgångspunkt i studiens övergripande syfte valde vi att använda oss av intervjuer som metod för insamling av empiriskt material. Fördelen med detta är att vi kunnat få tillgång till respondenternas egna, unika berättelser. Vårt resultat har i flera avseenden varit i linje med tidigare utförda studier vilket stärker dess hållbarhet. Dock kan de inte anses vara generaliserbara. Det hade därför varit intressant att genomföra en kvantitativ undersökning bland ett större antal respondenter. Ett sådant tillvägagångssätt hade möjliggjort för oss att kunna dra mer allomfattande slutsatser avseende skillnader mellan mäns och kvinnors upplevelser av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Vår förhoppning har hela tiden varit att denna studie skall kunna komplettera den forskning som finns på området samt bidra till att större uppmärksamhet riktas mot genusfrågor i rehabiliteringssammanhang. Denna önskan grundar sig i att vi fått uppfattningen av att frågor gällande genus och jämställdhet uppmärksammas framförallt i och med studier utförda inom sjukvården. Vidare hoppas vi kunna visa på vikten av att öppna upp för diskussion kring hur ”kvinnligt” och ”manligt”, skapas i organisationer

(och överallt annars), samt vilka risker som finns förknippade med att låta bli. I detta sammanhang vill vi lyfta fram personalvetaren som kunskapsresurs och peka på att vi som HR-medarbetare besitter viktiga kunskaper gällande både genus och social interaktion, vilket förhoppningsvis kan komma många verksamheter till nytta.

7.3 Rekommendationer till förvaltningen

Avslutningsvis vill vi nu med utgångspunkt i de nya kunskaper och erfarenheter vi fått inom området, ge våra rekommendationer för förvaltningens fortsatta rehabiliteringsarbete. En viktig faktor för att uppnå jämställdhet i rehabiliteringsprocesser anser vi vara ökade genuskunskaper hos involverade personer, exempelvis chefer och personalsekreterare. Mer kunskap skulle också kunna leda till ökad medvetenhet och förståelse för hur kvinnors och mäns agerande och behov kan skilja sig åt. Det vore dock alltför enkelt att tro att alla kvinnor fungerar på ett sätt och alla män på ett annat. Därför menar vi att man som arbetsgivare bör vara medveten om hur föreställningar om kön kan påverka en persons agerande, samtidigt som man bör sträva efter att anpassa sitt bemötande efter varje enskild individ. Våra resultat pekar också mot att det finns ett behov av ökad kunskap hos arbetsgivaren gällande hantering och bemötande av personer med psykisk ohälsa. Sammanfattningsvis kan sägas att något som verkar vara gemensamt för både kvinnor och män är vikten av att bli tagen på allvar. Att arbetsgivaren lyssnar och är lyhörd är med andra ord avgörande för en positiv upplevelse av rehabiliteringsprocessen.

Referensförteckning

Tryckta referenser:

Ahlgren, C. & Hammarström, A. (2000). Back to Work? Gendered Experiences of Rehabilitation, *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 28, nummer 2, ss. 88 - 94

Bourdieu, P. (1998) *Den manliga dominansen*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB

Dutrieux, J. & Viksten, A. (2004). *Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster – en kunskapsöversikt*. Stockholm: Riksförsäkringsverket (Riksförsäkringsverket analyserar, 2004:16)

Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L. (2007) *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. (upplaga 3:2) Vällingby: Nordstedts Juridik AB

Ferguson, J.T. Eyre, L.H. & Ashbaker, M. (2000). Unwanted Identities: A Key Variable in Shame – Anger Links and Gender Differences in Shame. *Sex Roles*, vol. 42, nummer 3, ss 133-157

Gillham, B (2008) *Forskningsintervjun . Tekniker och genomförande*. Malmö: Holmbergs

Glavå, M (2001) *Arbetsrätt*. (Upplaga 1:7). Lund: Studentlitteratur

Gustafsson, B. Hermerén, G. & Petterson, B. (2011) *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet (Vetenskapsrådets Rapportserie 1:2011)

Günzel, M. & Zanderin, L. (2008) *Arbetsmiljörätt och rehabilitering*. (upplaga 2:2) Malmö: Liber AB

Hirdman, Y. (2001) *Genus – om det stabila föränderliga former*. (upplaga 1) Malmö: Liber AB

Lundberg, B. (2010) *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Lund: Lunds universitet.

- Mulder, M. (2011) *Sjukskrivningsdiagnoser i olika yrken*. Stockholm: Försäkringskassan (Socialförsäkringsrapport 2011:17)
- Risberg, G. 'Jag är bara tjänsteman – neutral och könlös' - Om motståndet mot genusperspektiv och risken för genusbias i medicinen. *Läkartidningen*, vol. 102, nummer 40, ss. 2852-2854
- SFS 1982:80. *Lag om anställningsskydd*. Stockholm
- SFS 2010:110. *Socialförsäkringsbalk*. Stockholm.
- Silverman, D. (2006) *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. (upplaga 3) London: Sage
- Smirthwaite, G. (2007) *(O)jämslällhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting
- SOU 2005:66. *Makt att forma samhället och sitt eget liv – jämställdhetspolitiken mot nya mål*. Stockholm: Fritzes
- SOU 2011:15. *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*. Stockholm: Frizes
- Stenberg, G. (2012) *Genusperspektiv på rehabilitering för patienter med rygg- och nackbesvär i primärvård*. Umeå: Umeå universitet.
- Vahlne Westerhäll, L., Bergroth, A. & Ekholm, J. (2009) *Rehabiliteringsvetenskap. Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. (upplaga 2:2) Lund: Studentlitteratur
- Vetenskapsrådet (1990). *Forskningsetiska principer*. Stockholm: Vetenskapsrådet
- Wahl, A., Holgersson, C., Höök, P., Linghag, S. (2001) *Det ordnar sig. Teorier om organisation och kön*. Lund: Studentlitteratur
- Öhman, A. (2009) *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Stockholm: Högskoleverket

Elektroniska referenser:

Göteborgs Stad, Stadskansliet. "Rehabilitering i Göteborgs Stad - vägledning". Tillgänglig på internet:

<http://www.personalingangen.goteborg.se/download/Processer/Rehabilitering/Rehabiliteringsv%E4gledning.pdf> [Hämtad: 2012-04-17]

Psykosomatisk sjukdom. 2012. *Nationalencyklopedin*. <http://www.ne.se/psykosomatisk-sjukdom>. [Hämtad: 2012-04-12]

Muntliga referenser:

Intervjuperson 1, man, april 2012

Intervjuperson 2, kvinna, april 2012

Intervjuperson 3, kvinna, april 2012

Intervjuperson 4, man, april 2012

Intervjuperson 5, kvinna, april 2012

Intervjuperson 6, kvinna, april 2012

Intervjuperson 7, man, maj 2012

Bilaga 1: Intervjuguide

Allmän information:

- Forskningsuppgiftens syfte: Undersöka hur förvaltningens anställda upplever att deras rehabiliteringsärenden hanterats av arbetsgivaren.
- Intervjuer görs för att skapa en djupare förståelse och den data som samlas in kommer att offentliggöras, men enbart användas i forskningssyfte. Alla medverkande kommer att förbli anonyma då varken förvaltningens namn eller deltagarnas namn, befattning och exakta ålder kommer att redovisas i studien.
- Villkor för deltagande:
 - Frivilligt
 - Intervjupersonerna har rätt att när som helst avbryta sin medverkan utan några som helst negativa påföljder.

Vid frågor kontakta: Caroline Hasselgren, 07XX-XXXXXX eller Mikaela Jahreskog, 07XX-XXXXXX

”Uppvärmningsfrågor”

- Ålder?
- Vilken befattning hade du när din skada/sjukdom inträffade?
- Under hur lång tid var du sjukskriven?
- Hur ser din familjesituation ut?

Tema 1: Diagnostisering

- Hur ställdes diagnosen?
- Hur upplevde du den diagnos som ställdes?
- Hur upplevde du att arbetsgivaren ställde sig till diagnosen?

Tema 2: Problemets uppkomst

- Vad anser du vara den bakomliggande orsaken till din sjukdom/skada?

Tema 3: Rehabiliteringsprocessen

- Vilken är din upplevelse av rehabiliteringen?
- Hur upplevde du dina möjligheter att påverka rehabiliteringen?
- Hur upplevde du att du blev bemött av din arbetsgivare?
 - Närmsta chef?
 - Personalavdelningen?

Tema 4: Resultat

- Hur ser din nuvarande arbetssituation ut?
- Hur har din arbetssituation förändrats i och med rehabiliteringen?
- Vilket stöd upplever du att du fick vid (den eventuella) förändringen?
- Hur upplever du att din totala livssituation förändrats efter rehabiliteringen?

Avslutande frågor:

- Med den erfarenhet som du har idag, skulle du ha gjort något annorlunda?
 - Vad hade din arbetsgivare kunnat göra annorlunda?
- Det här var våra frågor, är det något du funderat över eller vill tillägga?