



GÖTEBORGS UNIVERSITET

*Institutionen för socialt arbete*

# Att bli sedd som människa

Rehabiliteringsprocessen ur ett patientperspektiv

Socionomprogrammet VT 2008

**C-uppsats**

Författare: Sandra Ardarve och Ulrika Eriksson

Handledare: Gustav Svensson

# Abstract

---

<b>Institution:</b>	Institutionen för socialt arbete Socionomprogrammet
<b>Arbetets omfattning:</b>	C-uppsats
<b>Titel:</b>	Att bli sedd som människa En kvalitativ studie om rehabiliteringsprocessen ur ett patientperspektiv.
<b>Författare:</b>	Sandra Ardarve och Ulrika Eriksson
<b>Nyckelord:</b>	Rehabilitering, lyssna, bekräfta, tid, hållande funktion.

Syftet med studien var att ta del av sjukskrivna personers upplevelser av sin rehabilitering. I studien kommer vi att berätta om patienternas tankar kring rehabilitering och patienternas olika målsättningar. Vi har även intresserat oss för vilka strategier informanterna har använt sig av för att få kraft att hantera sin situation. Uppsatsen kartlägger även samhällets olika aktörer vid rehabilitering. Vi har intresserat oss för viktiga komponenter i rehabiliteringsprocessen ur ett patientperspektiv och kommer även att redogöra för vad vi anser vara viktiga faktorer.

Som metod har vi använt oss av intervju för att ta del av informanternas berättelser. Det empiriska materialet analyseras med hjälp av tre olika teorier; coping, empowerment och KASAM. Vi använder oss även av litteraturstudier.

Studiens huvudresultat har visat bemötandets stora betydelse i hur patienter upplever sin rehabilitering. Det emotionella behovet av att bli bekräftad och sedd som människa med individuella behov ökar vid utsatta livssituationer som till exempel en sjukskrivning kan vara.

## Förord

---

Uppsatsförfattarna vill främst sända ett stort tack till de informanter som avsatte tid för att bli intervjuade och som är det empiriska material vi utgår ifrån i studien.

Tack till kuratorerna på vårdcentralen som hjälpt oss att förmedla kontakten med informanterna.

Vi vill även varmt tacka Gustav Svensson som tålmodigt handlett oss i vårt arbete.

En trevlig bekantskap och god hjälp har även bibliotekarien Birgitta Stenberg varit för att få fram relevant forskning till studien.

# Innehållsförteckning

---

**ABSTRACT** .....

**FÖRORD** .....

**INNEHÅLLSFÖRTECKNING** .....

**1 INLEDNING** ..... **1**

1.1 ÄMNET ..... 1

1.3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING ..... 2

1.4 AVGRÄNSNINGAR ..... 2

**2 METOD** ..... **3**

2.1 LITTERATURSTUDIER ..... 3

2.2 INTERVJUER ..... 3

2.2.1 ALLMÄNT OM INTERVJU SOM METOD ..... 3

2.2.2 NÅGOT OM URVALET ..... 4

2.2.3 GENOMFÖRANDE AV INTERVJUER ..... 4

2.2.4 BEARBETNING AV INTERVJUER ..... 5

2.2.5 ANSATS OCH ANALYSMETOD ..... 6

2.2.6 FÖRFÖRSTÅELSE ..... 6

2.3 ETISKA PERSPEKTIV ..... 7

2.4 STUDIENS KVALITETSASPEKTER ..... 8

2.4.1 RELIABILITET ..... 8

2.4.2 VALIDITET ..... 8

2.4.3 GENERALISERBARHET ..... 9

**3 TIDIGARE FORSKNING OCH UTREDNINGAR** ..... **10**

3.1 UTVÄRDERINGAR AV REHABILITERINGSREFORMEN ..... 10

3.2 REHABILITERINGEN UR ETT PATIENTPERSPEKTIV ..... 14

**4 SAMHÄLLETS INSATSER VID REHABILITERING** ..... **18**

**5 TEORETISKA PERSPEKTIV** ..... **21**

5.1 COPING ..... 21

5.2 EMPOWERMENT ..... 22

5.3 KASAM ..... 23

**6 MATERIALREDOVISNING** ..... **24**

**7 ANALYS OCH TOLKNING** ..... **29**

7.1 INFORMANTERNAS FÖRVÄNTNINGAR OCH MÅLSÄTTNING ..... 29

7.2 VEM TAR INITIATIVET OCH VILKA BLIR INSATSERNA ? ..... 30

7.3 ÖNSKNINGAR OCH VIKTIGA KOMPONENTER I REHABILITERINGSPROCESSEN ..... 32

<b>8</b>	<b>SAMMANFATTNING OCH SLUTDISKUSSION.....</b>	<b>36</b>
----------	---	-----------

	<b>KÄLLFÖRTECKNING .....</b>	<b>38</b>
--	------------------------------	-----------

# 1 Inledning

---

## 1.1 Ämnet

Ämnet vi intresserar oss för är rehabilitering ur ett patientperspektiv. Vi har mött patienter som är sjukskrivna och som har en stark vilja och önskan att återkomma till arbetslivet och uppleva att de är en del av samhället. De vill klara sig utan bidrag och känna att de är behövda och önskade. Vi anser att sjukskrivning och rehabilitering är ett viktigt område och att patienterna måste bli lyssnade på. Det har pågått en stor debatt/utfrågning under hösten i riksdagen där flera forskare varit inbjudna för att öka kunskapen om den ökade ohälsan som skett under 90-talet och fram till idag. I media debatteras det även flitigt om den ökade ohälsan i samhället och dess konsekvenser med sjukskrivningar och sjukersättning.

I samtal med kurator på vårdcentralen fick vi bekräftat att många sjukskrivna patienter inte upplever sin rehabilitering som meningsfull. Riksförsäkringsverkets utredning visar i sin utredning att i genomsnitt dock endast 16 procent av de tillfrågade att försäkringskassan vidtagit åtgärder för att de ska kunna återgå i arbete.<sup>1</sup> Uppsatsförfattarna har i dialog med kuratorer fått bekräftat att en kvalitativ studie i ämnet är relevant, att det finns behov att skapa mer kunskap kring patienters förväntningar på rehabiliteringsåtgärder samt även deras förväntningar på vem som skall initiera dessa åtgärder.

Orsakerna till att informanterna inte upplever rehabiliteringen som meningsfull kan vara flera. Dels kan insatsernas kvalitet och när de sätts in ha betydelse. Patientens möjlighet till egen delaktighet och initiativ för att öka motivationen i rehabiliteringsprocessen kan vara en annan orsak som påverka inställningen. Ytterligare en tänkbar faktor kan vara att dessa inte har något arbete att återgå till. Att sjukskrivna inte har någon ekonomisk drivkraft att förkorta sjukskrivningstiden är enligt Rehabiliteringsutredningen<sup>2</sup> en annan tänkbar orsak till att påverka patienters motivation att vilja avsluta sjukskrivningen och återgå i arbete. Detta är dock inget som framkommit från våra informanter.

Båda uppsatsförfattarna har praktiserat som kuratorer på den vårdcentralen där vi intervjuat studiens informanter. Under vår praktiktid som kuratorer på vårdcentralen mötte vi flera patienter i samtal där dessa upplevde att det fanns brister i kommunikationen mellan dem och vårdgivaren. Det bidrog till att patienterna upplevde sin situation som svår. Patienterna kände sig många gånger utelämnade och saknade emotionellt stöd i sin situation som sjukskriven. Flertalet av patienterna hade önskat mer tid i mötet med vårdgivaren för att beskriva sin bild av den egna livssituationen. Vi funderar över hur stor betydelse den emotionella delen och bemötandet i vårdrelationen har för att patienten ska känna sig bekräftad och hjälpt.

Det är svårt att få fram exakta siffror på hur många som är arbetslösa av de som är sjukskrivna men helt klart visar rehabiliteringsutredningen att de arbetslösa är överrepresentativa.<sup>3</sup> Forskningen visar på olika siffror. Enligt PILA projektet, (Pilotinsatser för långtidssjukskrivna), ett regeringsuppdrag till Försäkringskassan och Arbetsmarknadsstyrelsen med syfte att förstärka insatser för de som är långtidssjukskrivna eller har sjuk- eller aktivitetsersättning, kartlades sjukfallen och det visade sig att 60 procent i målgruppen var arbetslösa.<sup>4</sup> Vi har inriktat oss på att intervjua personer som inte

---

<sup>1</sup> RFV Analyserar 2004:8

<sup>2</sup> SOU 2006:107

<sup>3</sup> SOU 2006:107

<sup>4</sup> SOU 2006:107

har en arbetsgivare som tar en del ansvaret i rehabiliteringsprocessen. I vårt fall är det sjukvården som har varit den första kontakten i processen och där har samtliga en etablerad kuratorskontakt.

### ***1.3 Syfte och frågeställning***

Syftet med studien är att beskriva och synliggöra några patienters upplevelser av sin rehabilitering. Vi vill även kartlägga samhällets ansvar i rehabiliteringsprocessen som berörs av vår studie. Vi vill lyfta fram yttre faktorer som har stor påverkan på rehabiliteringen. Vi kommer att undersöka om det finns några gemensamma upplevelser i informanternas olika berättelser.

Vi har delat in våra frågeställningar i tre olika kategorier. Den första behandlar patienternas egna upplevelser av rehabiliteringen. Den andra kategorin beskriver mer objektivt samhällets ansvar i rehabiliteringsprocessen. I den tredje och avslutande kategorin analyserar vi vårt material.

*Vilken betydelse har ordet rehabilitering för den enskilda patienten, finns det någon gemensam målsättning hos informanterna ?* – I studien kommer vi att berätta om patienternas tankar kring rehabilitering och patienternas olika målsättningar.

*Hur ser patienternas bild ut av det egna ansvaret i rehabiliteringsprocessen ?* – Hur ser patienternas strategier ut för att få kraft att hantera sin situation ?

*Var ligger samhällets ansvaret för initiativet till rehabilitering/insatsen ?* – Vi kommer att kartlägga samhällets olika aktörer och deras ansvar i rehabiliteringsprocessen.

*Vilka är rehabiliteringsprocessens viktigaste komponenter ?* – Ur ett patientperspektiv samt att vi även kommer att redogöra för vad vi anser vara viktiga faktorer.

### ***1.4 Avgränsningar***

Vi har begränsat vår studie till att intervjua vuxna personer som inte har någon fast anställning att gå tillbaka till. Samtliga patienter har varit sjukskrivna i mellan 2-10 år och alla har en pågående kuratorskontakt på en vårdcentral. Gruppen sjukskrivna utan en kuratorskontakt som planerar att återgå till sin tidigare arbetsplats ingår inte i vår studie. Vi har valt att inte ta med aspekter på kön och ålder varken i själva urvalet eller när vi analyserat och tolkat vårt material.

## 2 Metod

---

### 2.1 Litteraturstudier

För att sätta oss in i och orientera oss i området samt den aktuella debatten kring rehabilitering har vi sökt och läst aktuella artiklar från olika dagstidningar ur Mediarkivet samt Presstext. Vi har även utfört sökningar i Gunda och Libris samt databasen Arblina, där vi har hittat intressant och viktig kunskap i litteratur. Vi har även hittat forskning som knyter an till vår studies syfte och frågeställningar.

För att titta lite närmare på den internationella forskningen sökte vi i Social Service Abstracts men fann inget som var intressant för vår studie och svenska förhållanden. Många artiklar var smala och hårt knutna till en specifik diagnos och inte aktuella för vår uppsats.

Vi har varit inne på olika myndigheters hemsidor såsom Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar (SOU) och funnit utredningar som vi ansåg vara aktuella för vår studie. Vi har även hämtat information från Försäkringskassan (numera ingår även Riksförsäkringsverket under FK). För att ta del av gällande och lagar har vi varit inne på Svensk författningssamling (SFS).

### 2.2 Intervjuer

För att få ett beskrivande material som förklarar och exemplifierar patienters åsikter, känslor och tankar har vi valt att arbeta efter en kvalitativ metod. Utifrån studiens syfte och frågeställningar ansåg vi att det mest lämpade sättet att införskaffa material var genom halvstrukturerade intervjuer. Med hjälp av dessa personliga berättelser kan man sedan dra mer eller mindre långtgående slutsatser.<sup>5</sup>

#### 2.2.1 Allmänt om intervju som metod

Att vi valt intervjun som metod är för att via en halvstrukturerad/berättarfokuserad intervju få ta del av tankar och faktorer som patienterna upplevt positivt och negativt i samband med sin rehabilitering. Detta att med några få frågor skapa ett samtal med patienten tror vi är ett väl fungerande sätt att genomföra studiens intervjuer på. Forskningsintervjun är en speciell form av samtal, en mellanmännisklig situation mellan två parter om ett tema av ömsesidigt intresse.<sup>6</sup> Viktigt för utgången av intervjun är att den som genomför intervjun har förberett sig väl. Nyckelfrågor att fundera kring inför intervjun är: *Vad* – att skaffa/fördjupa sin kunskap i det aktuella ämnet som intervjun skall handla om. *Varför* – att formulera ett tydligt syfte med intervjun samt *Hur* – att intervjuaren känner till olika intervjutekniker och har gjort ett medvetet val vilken teknik som är lämpligast i planerad intervju. Innan den första intervjun i studien bör man också fundera kring hur intervjuerna skall analyseras, resultaten verifieras och rapporteras.<sup>7</sup>

En fördel med den personliga intervjun är att eventuell otydlighet både från informantens och även från intervjuarens sida direkt under intervjun kan förtydligas och förklaras. Den kvalitativa intervjun ger en möjlighet att fånga upp personliga nyanser och tankar hos de människor som besvarar frågorna, det kan ses både som en styrka och en svaghet. En stor kvantitativ studie kan göra anspråk på hög generaliserbarhet. Vår

---

<sup>5</sup> Svenning, 2003

<sup>6</sup> Kvale, 1997

<sup>7</sup> Kvale, 1997



kvalitativa studie med halvstrukturerade intervjuer kan inte på något sätt göra anspråk på hög reliabilitet och generaliserbarhet, men studiens resultat kan ge värdefull kunskap om enskilda informantens tankar och upplevelser.<sup>8</sup>

Att vi enbart har arbetslösa informanter har troligtvis påverkat empirin och resultat. Kanske har arbetslösheten påverkat våra informanternas tilltro till samhället och ökat deras känsla av besvikelse och missnöje. Detta är inget som framkommit från våra informanter, men vi har ändå tankar om att människor som är arbetslösa kan uppleva att sin rehabilitering inte känns lika motiverad och att dessa också kan känna en osäkerhet inför den egna förmågan till ett nytt arbete. Vi tänker att det kan vara en följd av det allt mer krävande arbetslivet där kravet på prestationer ökar och flexibilitet minskar för individuella lösningar.

Vi valde att göra skriftliga sammanfattningar från intervjutillfällena. Vi valde bort att transkribera intervjuerna ordagrant, då vi ansåg att det viktiga var att få fram kärnan och essensen i våra informanternas berättelser. Vi kunde då också välja att inte ta med icke relevanta sidospår för studiens syfte och frågeställning. Vi fick dock erfara att tiden har en viss betydelse och vid analys arbetet behövde vi åter aktualisera materialet. Det var då en stor fördel att åter kunna lyssna på mp3 filerna. Då vi nu fick ett nytt tillfälle att lyssna igenom intervjuerna blev vi uppmärksamma på nya tolkningsmöjligheter. I efterhand inser vi att det kunde vara en fördel att transkribera texterna. Vi upplevde dock att vårt arbetsätt att återgå till grundkällan var en bra arbetsmetod då en transkribering kan missa nyanserna och till viss del innebär en omvandling från tal till skriftspråk.

### **2.2.2 Något om urvalet**

Vår studie är en urvalsundersökning och kuratorerna på vårdcentralen har hjälpt oss att sätta samman informanterna. Kuratorerna har gjort det första urvalet utifrån deras egna patienter som finns tillgängliga och ställt sig positiva till att delta i studien. Samtliga patienter har sedan tidigare en etablerad kurators kontakt. Vi förlitar oss på att kuratorerna i möjligaste mån valt patienter med tanke på urvalet, men vi är fullt medvetna om att urvalet inte är representativt och att spridningen inte är tillräckligt bred. Våra resurser har dock varit begränsade och vi har valt att använda oss av ett bekvämlighetsurval, även kallad tillfällighetsurval. Fördelen med denna metod är att den är enkel och inte resurskrävande. Nackdelen är dock att urvalet inte blir representativt.<sup>9</sup> Vår tanke med uppsatsen är inte att genomföra en statistiskt säkerställd undersökning utan att vi är intresserade av patienters individuella upplevelser och förväntningar på rehabilitering.

Planen inledningsvis var att genomföra 10 intervjuer med patienter som har en etablerad kuratorskontakt på vårdcentralen. Praktiska omständigheter samt brist på resurser påverkade att genomförda intervjuer blev 6 till antalet. I vår studie använder vi oss av en halvstrukturerad forskningsintervju. Vi ställer några få frågor som ger informanterna en relativt stor frihet att uttrycka och utveckla sina svar.

### **2.2.3 Genomförande av intervjuer**

Inför studien återknöt vi kontakten med en av våra handledare från praktikperioden under socionomprogrammet. Hon har givit inspiration till vårt ämne när hon påtalade att många sjukskrivna patienter upplever att de inte har fått någon form av rehabilitering, trots att de kanske har haft t ex både sjukgymnast- och samtalskontakt. Hon gjorde oss också uppmärksamma på att många sjukskrivna patienter inte heller har någon etablerad kontakt med Försäkringskassan förrän sjukskrivningstiden håller på att ta slut.

---

<sup>8</sup> Kvale, 1997

<sup>9</sup> Hartman, 2004

För att ta del av patienternas berättelser om och förväntningar kring sin rehabilitering valde vi intervju som metod.

I samråd med kuratorn fann vi att vårdcentralen var den mest lämpliga platsen för intervjuerna. Platsen är inte neutral men den är ändå välkänd för patienterna. Det är också lätt att ta sig till vårdcentralen med kommunala färdmedel. Det kan vara högst individuellt hur patienterna upplever vårdcentralen beroende på tidigare erfarenheter och tidigare bemötande. Vi tänker dock att genom att patienterna helt frivilligt valt att delta i studien har de underförstått accepterat mötesplatsen. En orsak till att vi inte ville genomföra intervjuerna i hemmiljö är att vi var rädda för att patienterna skulle uppleva intervjuerna som påträngande. Eftersom vi har tydliga frågor av icke privat och känslig natur ansåg vi att vårdcentralen var en bättre lämpad plats.

Vi fick låna en av kuratorernas rum för intervjuerna. Vi ansåg att det var övervägande fördelar för patienterna att intervjuerna kunde genomföras i en välkänd miljö. Patienterna vi intervjuade hade samtliga besvär av bl a depression och ångest. Då kan vårt val av plats ha en stor betydelse för att inte ge patienten en onödig oro och osäkerhet. Likväl kan det bli en nackdel att patienterna får svårt att skilja mellan intervjun och ett stödsamtal på grund av att vi sitter i samma rum. Där har vi som intervjuare ett stort ansvar att hålla oss till studiens syfte och frågeställning. Detta var något som inte var helt enkelt. Vi märkte att flertalet av informanterna hade behov av att prata om sin personliga livssituation utifrån rehabiliteringsprocessen. Då vi båda är ovana vid intervjusituationer var det lätt att falla in i en stödjande roll. Det kan delvis bero på att vi båda praktiserat som kuratorer och själva har haft stödsamtal samt att flertalet av informanterna sa att de fanns behov av att få uttrycka sin besvikelse över samhällets stödinsatser.

Under själva intervjuerna var vi omväxlande huvudintervjuare. Den andre förde anteckningar samt flikade in med frågor och kompletterande kommentarer. Vår önskan var att intervjusituationen skulle ske i en så naturlig atmosfär som möjligt. Vårt samspel fungerar väl. Vi behövde inte ha bestämda regler utan samtalsstrukturen föll sig naturligt allt efter situationen. Vår upplevelse av patienterna var att dessa var avspända i intervjusituationen. Det är intervjuarens ansvar att skapa ett gott samtalsklimat där informanten kan känna sig trygg att tala, samtidigt som det också är intervjuarens ansvar att intervjun inte övergår till en terapeutisk situation som denne inte har möjlighet att möta.<sup>10</sup>

Innan själva intervjun började redogjorde vi för informanterna att de när som helst kan välja att avsluta sitt deltagande i studien. Det är inget som kommer att påverka patientens position eller framtida beslut och insatser. Studien är fristående från vårdcentralen, Försäkringskassan och de sociala myndigheterna. Båda uppsatsförfattarna medverkade under hela intervjuerna. Innan intervjufrågorna startade tillfrågades patienten om intervjun fick spelas in på mp3-spelare. Dessa inspelningar har endast som syfte att vara ett minnesstöd för oss som intervjuare. Filerna har raderats efter utskrift och analysarbete. Samtliga informanter godkände användandet av mp3 efter ovanstående information. Först därefter startade vi först mp3-inspelningen.

#### **2.2.4 Bearbetning av intervjuer**

Direkt efter avslutad intervju förde uppsatsförfattarna en dialog med varandra, där vi diskuterade och jämförde våra intryck, tankar och känslor inför patientens berättelse. Till viss del började vi knyta an materialet till olika teorier. I några av intervjuerna hade vi tid och möjlighet att direkt skriva ner en sammanfattande bild av intervjun. I de andra fallen

---

<sup>10</sup> Kvale, 1997

gjordes sammanfattningen i nära anslutning till intervjun, dock samma dag. Vi har delat upp arbetet med att skriva sammanfattningarna. Därefter har vi fört en dialog där den andre har tillfört, kompletterat samt att korrigerat med sin bild av mötet med patienten.

Efter en diskussion om nivån på våra utskrifter bestämde vi oss för att göra skriftliga sammanfattningar av våra mp3-inspelningar. Stödanteckningarna vi gjort under själva intervjun fungerade som en back up om mp3-inspelningen inte fungerat. Valet av detta redskap ser vi bara som positivt. En liten mp3-spelare drar liten uppmärksamhet till sig och är lätt och smidig att avlyssna.

### **2.2.5 Ansats och analysmetod**

Den empiriska data vi införskaffat genom intervjuerna är själva utgångspunkten i studien. Inledningsvis arbetade vi efter en induktiv ansats och hade vår empiri som utgångspunkt. Syftet med studien och valet av en kvalitativ metod grundar sig i att vi ville beskriva och tolka teman samt söka mönster utifrån berättelserna från respondenternas livsvärld.<sup>11 12</sup> Men allt eftersom vi genomförde intervjuerna föll det sig naturligt att vi samtidigt såg på materialet genom teoretiska perspektiv. Allt eftersom intervjuerna skett har teorier som förklaringsmodeller samt mönster och huvudteman utkristalliserats och arbetet med empirin har därmed allt tydligare övergått till en abduktiv ansats. Abduktionen utgår från empiriska data, men teoretiska moment beaktas och kännetecknas av en växling mellan teori och empiri.<sup>13</sup> Att arbeta efter en abduktiv ansats har hjälpt oss att se mönster i patienternas berättelser samtidigt som det kanske har påverkat oss på de sätt att det hindrat oss att vara öppna för andra tolkningar.

Formen vi använt för att analysera vårt intervjumaterial har varit ad hoc, att använda oss av olika angreppssätt och infallsvinklar för att skapa mening i de kvalitativa texterna.<sup>14</sup> Valet av ad hoc som metod har gett oss möjlighet att arbeta fritt för att försöka jämföra och lägga märke till mönster och teman ur empirin. Uppsatsförfattarna har även arbetat för att skapa en sammanhängande förståelse av empirin.<sup>15 16</sup> Vi har valt att analysera vårt material utifrån sammandrag av intervjuerna. Sammandragen har fördelen att de är en tolkning av det viktigaste utifrån sammanhanget. Det kan även lättare ge en helhetsbild av intervjun som kan försvinna i ordagranna utskrifter. Det ger även en större möjlighet att få med information som inte kommit med på banden.<sup>17</sup> Enligt hermeneutiken är meningsfulla fenomen bara förståeliga i den kontext som de förekommer i.<sup>18</sup> Vi har i analysarbetet haft möjligheten att åter lyssna på ljudupptagningarna och material har kunnat analyseras utifrån sin kontext.

### **2.2.6 Förförståelse**

En grundtanke inom hermeneutiken är att vi aldrig möter världen förutsättningslöst och att vi alltid förstår något mot bakgrund av vissa förutsättningar.<sup>19</sup> En del av vår förförståelse och förutsättningar vi hade med oss in i processen är att båda uppsatsförfattarna praktiserat

---

<sup>11</sup> Kvale, 1997

<sup>12</sup> Larsson, 2005 (Kvalitativ metod)

<sup>13</sup> Larsson, 2005 (Teori, metod och empiri)

<sup>14</sup> Kvale, 1997

<sup>15</sup> Kvale 1997

<sup>16</sup> Larsson, 2005 (Kvalitativ metod)

<sup>17</sup> Widerberg, 2002

<sup>18</sup> Gilje / Grimen, 2006

<sup>19</sup> Gilje / Grimen, 2006

under hösten 2006 på vårdcentralen som kuratorer och båda har tidigare träffat patienter som inte varit helt nöjda med och i kontakten med olika rehabiliteringsaktörer. Eftersom vi själva ingår som en del av det vi studerar påverkar det vår förförståelse. Vi är själva en del av samhället med dess normer och språkbruk. Som socionomstudenter har vi även med oss en palett av olika teorier och begrepp som ingår i vår utbildning som förklaringsmodeller. Valet av de glasögon, som vi både på ett omedvetet och medvetet sätt, väljer att sätta på oss påverkar vad vi väljer att lyfta fram och hur vi tolkar vår empiri i denna studien.<sup>20 21</sup>

### 2.3 Etiska perspektiv

Forskningsetiska principer har genomgående beaktats under hela processen och utgångspunkten har varit att undvika att informanterna får några negativa konsekvenser av sin medverkan i vår studie. Undersökningens personerna ska inte utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Vi har vägt möjliga negativa konsekvenser såväl kortsiktiga, till exempel intervjusituationen, som långsiktiga effekter för undersökningens deltagarnas medverkan, mot värdet av ny kunskap som framkommit i undersökningen. Intervjutillfället är endast ett till antalet, vilket minskar riskerna att samtalet och relationen upplevs som en terapeutisk. Det finns dock alltid en risk vid känslomässigt samtal med utsatta personer att de på ett omedvetet sätt söker personlig terapi. Om så skulle ske och att forskningsintervjun startar en reaktion där djupare personliga problem framkommer finns möjligheter att bearbeta detta. Samtliga informanter har en pågående kuratorskontakt på Vårdcentralen. Målet med undersökningen har varit att frambringe mer kunskap och förhoppningsvis förbättra situationen för denna grupp av människor.<sup>22 23</sup>

Som första kontakt skickar vi ut ett brev till intervjupersonerna. I brevet *informerar* vi om syftet med studien samt att det är helt frivilligt att vara med i studien. Vi skickar även med de frågor vi tänker ställa i intervjun, för att patienten både ska kunna förbereda sig och lättare kan ta ställning till sin medverkan. Det finns även uppgifter på våra namn och att vi studerar på Göteborgs Universitet samt undersökningens syfte. Avslutningsvis talar vi om att nästa kontakt kommer att vara ett telefonsamtal där vi ringer och bokar ett eventuellt intervjutillfälle. (Bilaga 1)

Den muntliga kontakten med undersökningens deltagarna har inledningsvis börjat med att *inhämta samtycke* till att medverka i undersökningen. Vi har informerat om att personen när som helst kan avsluta sin medverkan utan att detta får några negativa konsekvenser både på kort och lång sikt t ex. sämre vård eller behandling.<sup>24</sup>

Det insamlade intervjuaterialet har oidentifierats och privat data kommer inte att redovisas, för att största möjligaste mån tillgodose kravet på *konfidentialitet*. Materialet har förvarats så att utomstående inte haft möjlighet att komma åt uppgifterna. Uppgifter om enskilda personer som inkommit i undersökningen kommer bara att nyttjas för forskningsändamål det så kallade *nyttjandekravet*. Personuppgifter kommer inte att användas så att det påverkar den enskilde i form av åtgärder eller beslut utan att den berörda själv ger sitt medgivande. Förutom de fyra grundläggande forskningskraven som vi nämnt ovan har vi även informerat på vilket sätt materialet kommer att publiceras och

---

<sup>20</sup> Widerberg, 2002

<sup>21</sup> Wiedersheim-Paul / Eriksson, 1993

<sup>22</sup> Vetenskapsrådet, Forskningsetiska principer

<sup>23</sup> Kvale, 1997

<sup>24</sup> Vetenskapsrådet, Forskningsetiska principer

erbjudit undersökningsdeltagande en sammanfattning och/eller uppsatsen i sin hela form för att ge feedback på deras deltagande.<sup>25</sup>

## **2.4 Studiens kvalitetsaspekter**

För att mäta en studies kvalitetsaspekter används begreppen reliabilitet, validitet och generaliserbarhet. Nedan skall några ord sägas om dessa.

### **2.4.1 Reliabilitet**

Begreppet reliabilitet kan användas dels i förhållande till studiens resultat, om studiens resultat är tillförlitligt. Många faktorer kan påverka studiens tillförlitlighet. Det finns många aspekter på reliabiliteten. Den som intervjuar är också själv ett forskningsverktyg och har genom det påverkan på reliabiliteten. Miljön där intervjuerna äger rum är också en faktor som kan påverka reliabiliteten<sup>26</sup>. Då intervjuarens skicklighet är central för resultatet i en kvalitativ forskningsintervju är intervjuarens reliabilitet en viktig faktor att studera samt hur utskrift av intervjumaterial skett. Reliabilitet innebär enligt Svenning studiens tillförlitlighet. Vid en förnyad studie med samma metod och tillvägagångssätt skall resultatet bli detsamma. Det är något som är relevant vid en kvantitativ metod. I vår kvalitativa studie är det inte möjligt att prata om reliabilitet då en förnyad intervju alltid är en ny situation.

### **2.4.2 Validitet**

Kopplingen mellan teori och empiri kallas validitet, hur man omsätter teorier och frågeställningar till ett mätinstrument<sup>27</sup>. I vår studie har vi den kvalitativa intervjun som mätinstrument. Begreppet validitet avser giltigheten, mätinstrumentets förmåga att mäta det som avses att mäta. Man brukar skilja mellan yttre och inre validitet. De är den inre validiteten som handlar om studiens koppling mellan teori och empiri, den enklaste formen kallas "face validity". Det är den erfarna forskaren, som genom sin breda kunskap kan göra en personlig bedömning om det finns en överensstämmelse mellan teori och praktik.<sup>28</sup>

Den inre validiteten handlar också om hur vi planerat vår studie, ställer vi våra frågor till rätt grupp människor och har vi valt rätt metod för det? Den yttre validiteten handlar om studien som helhet, om det är möjligt att generalisera utifrån studien.<sup>29</sup>

Intervjusituationen är en social situation mellan informanten och intervjuaren. En social situation där en relation lätt utvecklas.<sup>30</sup> Då kan det föreligga risk för så kallad intervjuareffekt. Det innebär att den som genomför intervjun genom sin närvaro påverkar informanten att anpassa sina svar så som denne tror intervjuaren önskar.<sup>31</sup> Om vi i vår studie påverkade informanter i någon riktning är svårt att säga. Vi har dock valt att låta ytterligare en oberoende person få läsa igenom vårt material och lämna sina reflektioner i ett försök att öka validiteten.

---

<sup>25</sup> Vetenskapsrådet, Forskningsetiska principer

<sup>26</sup> Svenning, 2003

<sup>27</sup> Svenning, 2003

<sup>28</sup> Svenning, 2003

<sup>29</sup> Svenning, 2003

<sup>30</sup> Svenning, 2003

<sup>31</sup> Svenning, 2003

### **2.4.3 Generaliserbarhet**

Den kvalitativa intervjun ger en möjlighet att fånga upp personliga nyanser och tankar hos de människor som besvarar frågorna, vilket kan ses både som en styrka och en svaghet. En stor kvantitativ studie kan göra anspråk på att ha hög generaliserbarhet. En kvalitativ studie med halvstrukturerade intervjuer kan inte på något sätt göra anspråk på hög reliabilitet och generaliserbarhet, men den kvalitativa studiens resultat kan ge värdefull kunskap om den enskilde informantens tankar och upplevelser <sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Kvale, 1997

## 3 Tidigare forskning och utredningar

---

Här redogör vi för det material som vi har tagit del av och anser vara relevant för vår studie. Det är två SOU utredningar som är en rehabiliteringsutredning och en sjukförsäkringsutredning. Vi tar även upp två rapporter, en avhandling, vetenskapliga publikationer samt relevant och intressant litteratur som belyser ämnet.

Nyckelorden vi valt att rubricera materialet ger en fingervisning om forskningen/litteraturens innehåll.

### 3.1 Utvärderingar av rehabiliteringsreformen

---

*SOU 2006:107 Fokus på åtgärder - En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet. Betänkande av rehabiliteringsutredningen.*

Utredningen gör en sammanställning av de utredningar som gjorts efter att rehabiliteringsreformen trädde i kraft 1992. I och med den fick arbetsgivaren ansvar för rehabiliteringsåtgärder för sina anställda. Försäkringskassan fick ansvaret att samordna och ha tillsyn över insatserna. Utredningen tar upp att trots att det i stor omfattning gjorts utredningsarbete med förslag på ny lagstiftning har inte mycket förändrats. I huvudsak handlar det om förändringar i sjuklöneperiodernas längd.

Utredningen beskriver den kraftigt ökade utvecklingen i sjukfrånvaron från 1990-talet och fram till 2002. Men tar även upp senare siffror på nya sjukfall, vilket visar att det har börjat sjunka de allra senaste åren. Utredningen beskriver tänkbara orsaker till de sjunkande siffrorna, vilket delvis kan bero på att Försäkringskassan blivit allt striktare i sina bedömningar av vilka som har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Vetskapen om de striktare reglerna kan leda till att färre begär sjukpenning. Antalet ärenden med sjukersättning stiger dock fortfarande på grund av att det är färre ärenden som lämnar sjukersättningen än som tillkommer. Det kan bero på att det är låg sannolikhet att den som en gång fått sjuk- eller aktivitetsersättning ska återinträda på arbetsmarknaden.

Av alla sjukskrivningar står de diagnostiserade somatiska sjukdomarna för endast 20%, resterande är symptombaserade diagnoser. Det är framför allt de psykiska sjukdomarna som ökat mest jämnt fördelat mellan depressioner och stressrelaterade sjukdomstillstånd. Utredningen tar även upp faktorer som påverkar utvecklingen av sjukfrånvaron. Det nämns bland annat om folkhälsan som inte har försämrats, men däremot har det psykiska välbefinnandet sjunkit. Arbetslivets villkor har förändrats. Allt mindre utrymme finns för inte fullt presterande människor. En åldrande befolkning samt svaga ekonomiska drivkrafter d v s att det i vissa fall inte lönar sig ekonomiskt att återgå till arbetslivet. Flaskhalsar inom sjukvården med långa väntetider är en annan faktor. Utredningen har också som ett förslag att utveckla företagshälsovården, som har bättre förutsättningar än primär- eller sjukhusvården, att bedöma den enskildes arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov.

Utredningen pekar även på att endast ett fåtal av de sjukskrivna anställda får det stöd lagen föreskriver inom den givna tidsgränsen. Siffrorna visar på att det är under 10 % som får en rehabiliteringsutredning inom föreskriven tid. Det visar sig att dessa utredningar ofta inte ger någon bra information utan endast avvaktar en medicinsk utredning eller behandling. Trots att statistiken visar att lagen inte efterföljs återgår de allra flesta i arbete efter en kortare tids sjukskrivning. Utredningen visar siffror på att ungefär 6 av 10 långvarigt sjukskrivna själva har tagit initiativet till rehabiliterande åtgärder, såsom förändringar i arbetet, egenbehandling och naprapati. Den vanligaste insatsen som

arbetsgivaren erbjuder är arbetsträning samt aktivering och arbetsanpassning. Utredningens förslag är att arbetsgivarens skyldighet ska ändras till att upprätta en plan för nödvändiga åtgärder på arbetsplatsen som möjliggör att den försäkrade kan återgå till arbetet. Denna plan ska lämnas till Försäkringskassan inom 30 dagar efter begäran hos arbetsgivaren.

Utredning påpekar att oberoende om vem som ska ha kostnadsansvaret för rehabiliteringen måste det finnas en tro på att åtgärden leder till återgång till arbetslivet. Det råder en stor brist på studier av god kvalitet och kunskapen om rehabilitering är bristfällig i jämförelse med läkemedel och medicinsk behandling. Slutsatsen är dock att arbetsträning och utbildning är de åtgärder som mest ökar chanserna till att arbetsförmågan återskapas. Utredningen tar även upp frågan om varför den arbetsinriktade rehabiliteringen inte fungerar. Det saknas möjligheter till sanktioner i lagstiftning (AFL) för att ställa krav på att arbetsgivaren ska lämna rehabiliteringsutredningen i tid. Det är inte bara arbetsgivarna som inte gör vad de ska utan i ännu högre grad försäkringskassan. En stor del av de sjukskrivna är arbetslösa och då är det försäkringskassans ansvar att upprätta en rehabiliteringsutredning. Utredningen påpekar att det är ett stort problem när statens aktör inte klara av att leva upp till statens krav. Den enda sanktionsmöjligheten som finns är riktad åt den enskilde, att den sjukskrivne är skyldig att lämna uppgifter efter bästa förmåga annars kan Försäkringskassan dra in ersättningen.

Det råder även en stor kunskapsbrist om effekterna av rehabiliteringsåtgärderna. Det har gjorts ett antal försök att studera olika typer av insatser och dess effekter med mycket liten framgång. Individer med komplexa diagnoser har ökat i antal och det är stor brist på evidensbaserade behandlingsmetoder inom rehabiliteringen. Det finns stora svårigheter att bedöma och särskilja vilken aktör eller vilken åtgärd som har haft betydelse för patientens återgång till arbetslivet.

---

*SOU 2000:121 Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag. Betänkande av sjukförsäkringsutredningen.*

Utredningen är några år gammal men ändå intressant för vår studie. Utredningen beskriver att det ökade antalet sjukskrivna på senare år inte kan förklaras i generella termer. Sjukskrivningarna är ojämnt fördelade mellan män och kvinnor, mellan olika branscher, mellan olika åldrar. Det finns även skillnader i sjukskrivningsmönster över olika delar i landet. Arbetsmiljön utgör en faktor som förklarar skillnaderna i det ökande antalet sjukskrivna. Resursnedskärningar som framförallt förekommit inom den offentliga sektorn ses som en orsak. Utredningen menar att den viktigaste åtgärden för att minska antalet sjukskrivningar är att organisationer utformas på ett sådant sätt att de yrkesaktiva orkar ett helt arbetsliv. En viktig åtgärd för att möjliggöra detta enligt utredningen är att intensifiera själva sjukskrivningsprocessen, att mycket tidigt i processen satsa på förebyggande arbete och påbörja rehabilitering.

Utredningen påtalar att företagshälsovårdens insatser under 1990-talet har minskat i sin omfattning. Sjukförsäkringsutredningen förespråkar att företagshälsovården får en starkare roll i det förebyggande- och rehabiliterande arbetet.



---

En publikation från dåvarande Riksförsäkringsverket  
[www.fk.se/filer/publikationer/pdf/ana0408.pdf](http://www.fk.se/filer/publikationer/pdf/ana0408.pdf) som heter "Långtidssjukskrivnas  
uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser", författare Maria Eklund.

En kvantitativ utredning som har mycket snarlik frågeställning men bygger på en enkätundersökning och innehåller ett unikt datamaterial. Studien är inte begränsad vad gäller sjukskrivningsdiagnoser eller att den undersöker ett visst län. Det unika är också att en uppföljning skett efter ett år. Studien är publicerad av Enheten för forskning och utveckling hos Riksförsäkringsverket och författarna är Maria Eklund och Mattias Ossowicki. Studien uppmärksammar att behovet är påtagligt av att ytterligare kvalitativa undersökningar görs som undersöker de sjukskrivnas egna syn och perspektiv på upplevda behov samt sin tillvaro. Det handlar även om vilka och i vilken omfattning de olika aktörerna bör medverka med åtgärder, utredningar och insatser i rehabiliteringsprocessen med syfte till att underlätta en återgång i arbetslivet.

Riksförsäkringsverket startade våren 2002 med en enkätundersökning (RFV-HALS 2002) bland sjukskrivna personer. Syftet med undersökningen var att ge en bild av de sjukskrivnas egna syn på sin hälsa, orsak till sjukskrivningen, möjligheten att återgå i arbete samt den hjälp och de åtgärder som vidtas. I februari 2003 gjordes en uppföljningsenkät (RFV-HALS 2003) till de personer som svarat på den första enkäten. Parallellt skickades det även ut en enkät samt uppföljningsenkät till ett urval av totalbefolkningen i åldern 20–64 år, för att kontrollera om de sjukskrivna skiljer sig ur olika aspekter från totalbefolkningen. Urvalet skedde slumpmässigt av de 26 067 personer som påbörjat en sjukskrivningsperiod i minst 15 dagar. Rapporten innefattar en analys av 2 481 personer som återstod efter bortfall och som varit sjukskrivna i minst 60 dagar. Utredningen beskriver fortsättningsvis att samspelet mellan individen, sjukvård, arbetsgivare, företagshälsovård och försäkringskassan är av stor betydelse. För att resultatet ska bli lyckat är det viktigt att individen känner sig delaktig i rehabiliteringsprocessen samt att dess aktörer försöker hjälpa dem att återfå arbetsförmågan. För att uppnå positiva effekter har det visat sig att åtgärder bör sättas in i ett tidigt skede. Upplever individen att den inte får någon hjälp är risken stor att motivationen och viljan att återgå till arbetslivet snabbt sjunker. Detta kan i sin förlängning leda till att individen endast ser ett alternativ - permanent förtidspensionering.

Utredningen konstaterar att det är en signifikant lägre andel av de långtidssjukskrivna som upplever att åtgärder och insatser vidtagits för att dessa ska kunna återgå i arbete än de som varit sjukskrivna 2-3 månader. Även bland de som återgår är det anmärkningsvärt att så få upplever att de fått hjälp från de olika aktörerna. Resultaten visar att ett år eller längre efter insjukningstillfället är det endast 27 procent av de sjukskrivna som fått en rehabiliteringsinsats.

Flertalet av de långtidssjukskrivna uppger i utredningen att det är de själva som är mest aktiva när det gäller att vidta åtgärder. Hela 6 av 10 uppger att de själva vidtagit åtgärder. Det som är mest förekommande är att söka egen behandling såsom psykoterapi och naprapati samt att försöka förändra sin arbetssituation eller arbetsplats. Slutligen diskuterar författarna i sin slutsats hur viktigt det är att stödja och utveckla den sjukskrivnes egna delaktighet och motivation i rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan har här en viktig roll att vägleda personen i fråga till rätt åtgärd och dessutom att den sjukskrivna får insatsen vid rätt tidpunkt i sjukfallet.

---

*Vi har tagit del av L.V. Westerhäll, A. Bergroth, J. Ekholms (red) bok "Rehabiliteringsvetenskap - Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv".*

Rehabilitering innebär att öka människors livskvalitet och förbättra deras förmåga att fungera självständigt i samhället. Ordet är mångfacetterat och kan innebära åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktad art som ska leda till att hjälpa individen till bästa möjliga funktionsförmåga. Boken tar upp att det finns en kritik idag som menar att rehabiliteringen är allt för sektoriserad samt att det saknas gemensamma mål och medel för en samordnad rehabilitering. Det offentliga ansvaret för rehabilitering är uppdelat på fyra parallella sektorer där var och en har ansvar för sitt verksamhetsområde och sitt regelverk. Denna uppdelning mellan hälso- och sjukvård, försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheter och socialtjänst har försvårat den önskade helhetssynen på individen i rehabiliteringsverksamheten.

I Rehabiliteringsvetenskap behandlas främst den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Genom rehabiliteringsreformen (RFV:s Allmänna råd 1991:12 rehabilitering och rehabiliteringsersättning enligt lagen om allmän försäkring) fick försäkringskassan en central roll med både samordnings- och tillsynsansvar.

Enligt dagens lagtext har den sjukskrivna individen enligt lagen ingen rätt till rehabilitering, endast rätt till ersättning under rehabiliteringen 22 kap 1§ AFL (lagtextförslag SOU 2005:114). I praktiken har det visat sig att människor i behov av rehabilitering har blivit utan hjälp. Faktorer som påverkat detta kan vara hur väl mötet mellan handläggare och individen i behov av rehabilitering förlöper (SOU 1998:104 s 143 ff) Detta tyder på att likabehandling inte råder i fördelandet av rehabiliteringsinsatser (s.70).

En bärande princip i rehabiliteringsarbetet är att rehabiliteringen sätts in i ett tidigt skede av sjukskrivningsperioden kap 22 AFL (Lagen om allmän försäkring). Rehabiliteringsreformen betonar helhetssynen, att individen står i centrum för rehabiliteringsprocessen. Alla aspekter på funktionsförmåga skall beaktas, inte endast medicinska. Åren 1995 och 1997 ändrades sjukdoms- respektive arbetsoförmågebegreppet i 3 kap 7 § i AFL i syfte att renodla och förtydliga dessa begrepp. Lagstiftarnas intention var att den rent medicinska bedömningen skulle stå i fokus vid bedömningen av sjukförsäkringsrättslig sjukdom och arbetsoförmåga. Detta hamnade i ett motsatsförhållande till den ovan nämnda helhetssynen. Gruppen sjukskrivna utan en arbetsgivare hamnade på grund av renodlingsprincipen i ett sämre utgångsläge. De utan arbetsgivare som bedömdes klara av ett lättare "normalt på arbetsmarknaden förekommande arbete", hamnade utanför det socialförsäkringsrättsliga rehabiliteringsstödet.

Det är arbetsgivarens ansvar att den anställda vid sjukdom och olycksfall får ta del av rehabilitering så att en återgång till arbete kan ske. Arbetsgivaransvaret vid rehabilitering regleras i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) 22 kap. Enligt AFL kap 33 3§ är arbetsgivaren skyldig att genomföra en rehabiliteringsutredning. Från 1 juli 2003 skall rehabiliteringsutredningen genomföras vid tre tillfällen;

- 1) Då den anställda varit helt eller delvis frånvarande under en period som överstiger fyra veckor.
- 2) Då arbetet avbrutits ett flertal gånger för kortare sjukdomsperiod.
- 3) Då den försäkrade önskar att en utredning skall genomföras.

En bakgrund till ovan är att undersökningar som påvisat att arbetsgivare inte tagit sitt rehabiliteringsansvar i tillräckligt stor utsträckning. Dåvarande Riksförsäkringsverk visade i studie 1998:4 att i 75 procent av sjukskrivningsärenden som pågått mer än 90 dagar saknades det en rehabiliteringsutredning.

Försäkringskassan har som tidigare nämnts ett samordningsansvar och därtill ansvar som initiativtagare till all rehabilitering av sjukskrivna personer. Detta innebär att Försäkringskassan även har ansvar för sjukskrivna individer utan arbetsgivare enligt 22 kap 5§ AFL. Det är Försäkringskassan som har ansvaret för att en rehabiliteringsplan upprättas enligt 22 kap 6§ AFL.

Individens skyldighet i rehabiliteringsprocessen beskrivs enligt 22 kap 4 § AFL, den försäkrade skall lämna information som behövs för att kartlägga behovet av rehabilitering samt efter bästa förmåga aktivt medverka i en sådan.

### **3.2 Rehabiliteringen ur ett patientperspektiv**

---

*En Fokusrappport som publicerats av Stockholms läns landsting. [www.hsn.sll.se/npa/Fokusrapp/FR\\_Maluppfyllelse.pdf](http://www.hsn.sll.se/npa/Fokusrapp/FR_Maluppfyllelse.pdf) som heter "Måluppfyllelsemetning vid rehabilitering". Rapporten är framtagen av Anneli Wickström.*

Rapporten beskriver att det ökade behovet från beställaren av regelbunden uppföljning av olika verksamheter samt det ökade kravet på att patienten ska vara delaktig i den egna vården och rehabiliteringen har lett till efterfrågan på mätverktyg. I denna rapport beskrivs en metod som mäter både resultat och måluppfyllelse vid rehabilitering. Metoden används i en verksamhet som består av sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt dietister inom primärvården. Det gäller att inte bara mäta kvantitativ data utan även kvantitativa uppgifter det vill säga processresultat. För att motivera till ökad diskussion mellan patient och aktör är JAAMIS-modellen en metod och ett verktyg för att lättare komma fram till ett gemensamt mål för behandlingen. Efter rehabiliteringsperioden används metoden för att göra en jämförelse med uppsatta mål och i vilken grad målet för rehabiliteringen uppfyllts. Modellen kan på sikt leda till positiva ekonomiska resultat det vill säga att använda behandlingsmetoder som ger bäst resultat under kortast behandlingstid. Måluppfyllelsemetoden är ett verktyg som visar resultat och måluppfyllelse för den totala patientprocessen där olika verksamheter och professioner ingår och står för olika delprocesser hos patienten. De verksamheter som har erfarenhet av JAAMIS-modellen säger att den är enkel och tydlig, professionsövergripande, patientfokuserande, bidrar till eget professionellt lärande, ger möjlighet till jämförelse mellan verksamheter samt möjliggör utvärdering.

---

*Gunilla Brattberg, leg. läkare och specialist i anesthesiologi och smärtlindring samt adjungerade professor i rehabiliteringspedagogik vid Certec, LTH, Lunds Universitet har skrivit boken "Levande ord för långtidssjukskrivna".*

I denna bok tar hon inledningsvis upp bakgrunden till den allt mer ökande gruppen långtidssjukskrivna med psykisk ohälsa. Dessa människor har ofta smärta av olika slag i rörelseorganen men bakomliggande orsaker är för det mesta även psykisk smärta. Hon beskriver att det idag är sjukvården som får ta emot människor med all former av ohälsa. Ur ett historiskt perspektiv fick man förr hjälp genom kyrkan att hantera sina livsproblem och med medicinska problem gick man till sjukvården. Läkarna är utbildade i att ställa diagnoser samt att behandla medicinska sjukdomar. Deras utbildning att bemöta människor vars ohälsa även bottnar sig i bakomliggande faktorer än det rent påtagligt fysiska yttringarna är föga omfattande. Dessa patienter kan, istället för snabb återgång till arbetslivet, behöva lära sig andra färdigheter så som att sätta gränser, att prioritera sig själv

och sin egna hälsa utan att få dåligt samvete. Gunilla säger även att människor som inte hittar mening och ej får en tolkningsram för sin livssituation blir inte bara stressade utan även hjälplösa. Människor behöver verktyg för att lära sig att hantera verkligheten och sin livssituation trots att man tvingas leva med kroniska symtom. När dessa får verktyg och finner mönster blir situationen hanterbar och man kan lättare bemästra sin situation.

---

*”Den sjukskrivne i rehabiliteringsprocessen: hinder och möjligheter” är en avhandling skriven av Ulla Gerner.*

Denna avhandling handlar om sjukskrivnas väg tillbaka till arbetslivet efter sjukskrivning och eventuell rehabilitering. Ulla Gerner skriver om en återgång till arbetslivet på tre nivåer. Från makronivån, som representeras av samhället i stort, till mesonivå där hälso- och sjukvårdssystemet, försäkringskassan och arbetsplatsen finns och till mikronivå; den sjukskrivnes egen motivation till återgång i arbetslivet. Avhandlingen studerar både mikro- och mesonivå, men tyngdpunkten ligger på mikronivån – återgång till arbetslivet ur den enskilde individens perspektiv.

Ulla Gerner skriver inledningsvis att de svenska ohälsotalen är förhållandevis höga i förhållande till vårt generellt goda hälsotillstånd och höga medellivslängd. Fokus i avhandlingen ligger, som ovan nämnt, på den enskilda individen och dennes perspektiv samt även på Försäkringskassans arbete med sjukskrivna personer.

Avhandlingen består av fyra delstudier; *Sjukdomen och sjukvården, den medicinska sfären, Rehabilitering och återgång till arbete eller inte, Arbetet i sig och arbetsplatsens betydelse för återgång i arbete och Den enskilde individens perspektiv*. Avhandlingen innehåller många intressanta frågeställningar, bland annat orsaken till varför en del sjukskrivna människor med yttre hinder återgår till arbete medan andra människor med samma förutsättningar inte gör det. Vidare ställs frågan om tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder påverkar sjukskrivningstiden, samt om den sjukskrivna människan själv är delaktig i att formulera mål för rehabiliteringen.

En annan intressant fråga är vilka faktorer som gör det möjligt för den enskilde individen att återgå i arbete. Resultatet i avhandlingen visar att patientens egen motivation är viktig i rehabiliteringsarbetet. Det individuella perspektivet, som här innebär att den sjukskrivnes egen bedömning om möjligheten till återgång i arbetslivet beaktas, att individen blir hörd, har en motivationshöjande effekt på patienten. Studien visar också att insatt rehabilitering inte alltid ger den förväntade effekten. I en av delstudierna fanns ett negativt samband mellan insatt rehabilitering och återgång till arbetslivet. En annan delstudie visade tvärtom vilket enligt Ulla Gerner visar på komplexiteten.

En, enligt avhandlingen, viktig faktor i återgång till arbetet är bekräftelse av empatisk vårdpersonal. Studiens resultat visar att betydelsen av att bli trodd, att få sitt tillstånd bekräftat, ökar sannolikheten för framgångsrik rehabilitering.

---

*”Att få människor att växa” är en rapport från Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete, IKU-rapport 2005:2, som är skriven av författarna Berith Nyqvist Cech, Katharina Lantz och Rolf Monomen.*

Rapporten handlar om en grupp socialsekreterare inom Socialförvaltningen med en särskild uppgift att hjälpa och stödja personer i långvarigt socialbidragsberoende. Denna rehabiliteringsgrupps arbete, som skett under åren 1998-2002, beskrivs och utvärderas i

denna rapport. Anledningen att vi tar upp denna i vår studie trots att det handlar om en annan målgrupp, är att det finns likheter och viktig kunskap för vår studie.

Författarna tar bland annat upp arbetets starka betydelse för människor i det moderna samhället. Arbetet ses som en möjlighet till trygghet, sociala relationer och rätten till att få vara med i samhället. Klienterna beskriver att de vill ha ett arbete att gå till för att känna sig som en människa. Enligt denna rapport har forskare redovisat en liknande bild av arbetets betydelse, att det är via arbetet som människor utvecklar och skapar sociala relationer. Samhällets syn på arbete och bidrag är att man ska arbeta så mycket som möjligt och erhålla så lite bidrag som möjligt. Arbete medför även nackdelar och ökar risken för att människor drabbas av arbetssjukdomar, olycksfall, stress, ångest och vantrivsel.

Rapporten beskriver att det sätt som Rehab-sekreterarna arbetar med är att ge mer tid till klienterna än vad övriga socialbidragshandläggare har möjlighet till. Att arbeta efter mycket individuellt arbetssätt är ett måste i arbetet med de klienter som Rehab-gruppen möter. Klienternas berättelser beskrivs i rapporten, att dessa har upplevt sig sedda och blivit bemötta som människor av sina sekreterare. De beskriver att när livet är i kaos är det gott att någon annan tar över ens liv ett tag, så att man hinner ikapp sig själv. Positiva upplevelser beskrivs även när sekreterarna har vågat ställa krav på sina klienter. I rapporten finns det samstämmiga uppgifter från de medverkande att det behövs tid, så kallad motivationstid för att komma fram till ett beslut. För att få människor att växa har man till sin hjälp den individuella kompetensen, professionen och tiden, för att kunna skapa sig en helhetsbild och en känsla för den unika människan.

---

*Arbetslivsinstitutet har en vetenskaplig skriftserie som går under namnet Arbete och Hälsa. Ur denna skriftserie har vi läst en studie som heter "På väg - en kvalitativ studie av långtidssjukskrivning, arbete och rörlighet. Nr. 2006:3 och är skriven av Wanja Astvik, Christina Mellner och Gunvor Aronsson.*

Författarna tar inledningsvis i sin studie upp att det 1997 fanns 50 000 personer som hade en pågående sjukskrivning på mer än ett år. Antalet ökade och år 2003 var det 140 000 personer som var sjukskrivna. Nästkommande år hade antalet sjunkit och under 2005 var det ungefär 100 000 personer som hade långa sjukskrivningar. Denna minskning beror enligt studien på att förtidspensionerna har ökat kraftigt och att det är mindre del som har återgått i arbete. Det är framför allt två grupper som dominerar och det är de som har muskel och ledbesvär samt psykiska diagnoser.

I studien framgår det av analysen att flertalet av informanterna berättar att en avgörande vändpunkt under sjukskrivningen mot en återgång till arbetslivet har varit att få en medicinsk synvinkel, en diagnos på sina besvär. För de flesta har tillståndet av ovisshet pågått under lång tid innan en utredning skett. Det visar sig att vissheten av hälsoproblemen är ett viktigt steg för den fortsatta utvecklingsprocessen hos informanterna och ger en möjlighet till rehabilitering och kunskap om den fortsatta arbetsförmågan. Ovissheten innebär för flertalet av informanterna en känsla av låg kontroll och maktlöshet över sin livssituation. Brist på kontroll medför låg motivation vilket medför ett hinder för återgång i arbetslivet. Något fast att utgå ifrån t e x en diagnos eller ett konkret besked ökar motivationen samt leder till att realistiska beslut om framtiden är möjliga. Det ger även möjlighet att bli av med eller att få kontroll över de symptom som utvecklats i samband med sjukskrivningen. Ökad kontroll och större klarhet om sina hälsobesvär ger en möjlighet att successivt lösgöra sig från ett tidigare arbete både praktiskt och känslomässigt, en psykologisk nyorientering i tanken på ett ev. nytt arbete. Denna sorgearbetning tycks vara centralt för att återuppbygga sin självkänsla och värde vilket i sin tur är kopplat till tilltron av den egna förmågan i ett framtida arbete. Ofta känner



informanterna skuld och anklagar sig själva för att ha misslyckats och har inte en realistisk bild av förutsättningarna och egna tillkortakommande. Gemensamma känslor som de intervjuade berättar om är att situationen är otrygg. De känner sig utsatta, önskade och bortstötta av arbetsgivaren.

De intervjuade berättar även att de upplevt att hela rehabiliteringsansvaret byggs på eget agerande och egna initiativ. I rehabiliteringsprocessen har det varit stora brister av stöd och en "hållande funktion" från vårdgivarna för att ge kraft och mod till individen att försöka komma tillbaka. Krisen och dess följande bearbetning är en viktig del för att få distans till det egna förhållningssättet och ev. den tidigare arbetsituationen med dess ibland orimliga arbetskrav från arbetsgivare. Några har beskrivit att utvecklingsprocessen har lett till en omvärdering av vad som är viktigt i livet. En väg att nå ökad självkänedom och återupprättande av självkänslan, som beskrivs i studien, är att få vetskap om att andra anställda med samma arbetsvillkor har blivit sjukskrivna med liknande besvär, bekräftande och stödjande arbetskollegor. Stöd kan även fås genom den allmänna debatten kring det allt mer stressiga arbetslivet, samt med hjälp av professionella hjälpare.

Samtliga i denna studie beskriver att ett grundläggande behov i ett framtida arbete är att det finns möjligheter till individuell anpassning allt efter den aktuella förmågan. En ökad flexibilitet på arbetsplatsen är nödvändigt för att det ska fungera i långa loppet. Det bör finnas möjlighet att arbeta mindre än heltid och korta raster vid behov, är några exempel som informanterna gett. Resultaten i studien visar att det finns ett mycket stort behov av stöd och hjälp för att individen ska våga söka, pröva nya vägar och uppgifter. Det framgår även att arbetsgivarna inte kunnat erbjuda alternativa arbetsuppgifter eller ett anpassat arbete vilket medfört att dessa individer har haft svårt att komma ur situationen som långtidssjukskrivna.

---

*I boken "Varför frågar ingen oss ?" Om långtidssjukskrivning och vägen tillbaka till (arbets)livet av Annika Andersson, Vanja Heed & Ann-Christine Larsson (red).*

Författarna beskriver kvinnor med diagnos på utbrändhet, utmattningsdepression och stressrelaterade besvär sin syn på sjukskrivningsperioden, på vad arbetsgivare, arbetskamrater och försäkringskassan kunde ha gjort för att motverka sjukskrivning för utbrändhet samt underlätta för de som får diagnosen. Boken tar också upp det viktiga arbetet med att hjälpa sjukskrivna att åter känna empowerment, att känna sig som expert på den egna problematiken. Författarna till boken är kvinnor med egna erfarenheter av utbrändhet eller andra stressrelaterade besvär. De anger engagemanget i att skriva denna bok som en del av deras empowermentprocess.

De skriver om den goda arbetsplatsen där den anställde blir sedd och bekräftad, känner sig delaktig, har kontroll och upplever sitt arbete som hanterbart. Att uppleva sitt arbete som meningsfullt nämns också som en viktig faktor, samt att arbetet ger en möjlighet till reflektion och eftertanke. Den goda arbetsplatsen tar också hänsyn till var den anställde befinner sig i sin livscykel och anpassar arbetsuppgifterna till det. Bokens författare anser att Försäkringskassan i högre grad än nu borde erbjuda samtalsgrupper med inriktning på stresshantering. En samtalsgrupp ger också en möjlighet att träffa andra i samma situation. De anser vidare att arbetsförmedlingen, försäkringskassan och arbetsgivaren samarbetar i allt för liten utsträckning samt att de saknar den individuella inriktning på den rehabilitering som erbjuds. De efterfrågar fler individuella lösningar. Ett förslag är att ge sjukskrivna med högskoleutbildning möjlighet att vidareutbilda sig genom enstaka kurser som ett led i en individuell rehabilitering under sjukskrivningsperioden. Boken betonar att alla är unika individer med olika individuella behov av sin rehabilitering. (Varför frågar ingen oss? Om långtidssjukskrivning och vägen tillbaka till (arbets)livet, Annika Andersson, Vanja Heed & Ann-Christine Larsson (red)).

## 4 Samhällets insatser vid rehabilitering

---

Under detta avsnitt redogör vi för samhällets olika aktörer samt deras ansvarsområden. Texten är en sammanfattning och ett urval av de områden som är aktuella för vår studie. Vi anser att detta samhällsperspektiv är relevant att ta upp då det styr vårdgivarens handlingsutrymme, aktörers skyldigheter gentemot den enskilde. Detta i sin tur får stora konsekvenser för den enskildes skyldigheter och rättigheter.

**Individen** – Individen själv är skyldig att aktivt medverka i rehabiliteringen efter bästa förmåga samt att lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga hans behov av rehabilitering enl. 22 kap 4§ AFL (Lagen om allmän försäkring). Enligt dagens lagtext har den sjukskrivne individen enligt lagen ingen rätt till rehabilitering, endast ersättning under rehabiliteringen. 22 kap 1§ AFL.<sup>33</sup>

**Arbetsgivaren** – Det är genom rehabiliteringsreformen som trädde i kraft (1991/92) som arbetsgivaren fick det ansvar som finns idag. När man talar om ansvar hos arbetsgivaren är det endast den arbetsinriktade rehabiliteringen man avser. Det är arbetsgivaren som i första hand har ansvaret för den arbetsinriktade rehabiliteringen. Arbetsgivaren har skyldighet att klarlägga behovet av rehabilitering samt bedöma orsaker till arbetsoförmågan hos den enskilde individen. Arbetsgivaren har även ansvaret att de åtgärder som behövs genomförs, att det blir en effektiv rehabilitering för att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos denne.

Arbetsgivaren ska i samråd med den försäkrade lämna de upplysningar till Försäkringskassa som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna kartläggas och även i övrigt medverka därtill enligt lagen (1962:381) 22 kap AFL (prop. 2006/07:59). Vid upprättande av en rehabiliteringsplan med försäkringskassan är det arbetsgivarens ansvar att genomföra åtgärderna inom den egna verksamheten. Exempel på åtgärder för arbetsgivaren inom den arbetsinriktade rehabiliteringen kan vara arbetsträning, utbildning och omplacering, vidta tekniska åtgärder eller anpassa arbetsuppgifterna.<sup>34</sup>

*Arbetslivsinriktad rehabilitering* infördes i samband med rehabiliteringsreformen i början av 90-talet. Den syftar till att underlätta återgången till arbetslivet för personer som är sjukskrivna eller har sjukersättning. I SOU 2000:78 nämns ett nytt begrepp, ”rehabilitering till arbete”. I begreppet ingår att individen är aktivt delaktig i processen, det är försäkringskassan och individen som i samverkan sätter upp rehabiliteringens mål.

**Försäkringskassan** – Försäkringskassan har samordning och tillsyns ansvar i rehabiliteringsprocessen och är även ansvarig som initiativtagare för all rehabilitering av sjukskrivna personer. Detta innebär att Försäkringskassan även ansvarar för sjukskrivna individer utan arbetsgivare enl. 22 kap 5§ AFL.<sup>35</sup> Försäkringskassan har ansvaret att kalla till ett avstämningsmöte, förutom i de fall där det uppenbarligen inte behövs. Då det saknas arbetsgivare ska den försäkrade, om det inte är obehövt, kallas till ett avstämningsmöte 90 dagar efter att sjukanmälan skett.

---

<sup>33</sup> Vahlne Westerhäll, 2006

<sup>34</sup> SOU 2006:107

<sup>35</sup> Vahlne Westerhäll, 2006

Avstämningsmöte som metod infördes i AFL<sup>36</sup> den 1 juli 2003. Syftet med mötet är att försöka bedöma det medicinska tillståndet, arbetsförmågan samt behovet av rehabilitering. Det är försäkringskassan och den försäkrade tillsammans med ytterligare parter som ska försöka påverka situationen för den enskilde. Parterna är i första hand behandlande läkare, arbetsgivare eller arbetsförmedlingen. I de fall där det är aktuellt med arbetsinriktad rehabilitering är det Försäkringskassans ansvar att upprätta en rehabiliteringsplan. Enligt 22 kap. 6 § AFL ska försäkringskassan fortlöpande se till att planen följs och vidtar nödvändiga ändringar vid behov.<sup>37</sup>

**Hälso- och sjukvården** – Ytterligare aktörer inom rehabiliteringen är Landstinget som ansvarar för den medicinska rehabiliteringen. Landstingen är sjukvårdens huvudman och styrs av hälso- och sjukvårdslagen<sup>38</sup> vilket innebär att dessa har ansvar för befolkningens hälsa men kan med stor frihet utformas efter regionala förutsättningar och behov. Målen inom hälso- och sjukvården är att hela befolkningen ska ha tillgång till en god vård och av god kvalitet. Den ska vara lättillgänglig och uppfylla patientens behov av trygghet.

Till den medicinska rehabiliteringen räknas bl a undersökningar och behandlingar vid sjukgymnastik och arbetsterapi. Ytterligare exempel på insatser kan vara rådgivning, stödåtgärder samt funktionsprövning. Sjukvårdens mål i rehabiliteringen är att så långt som möjligt återställa, förbättra eller bibehålla grundläggande funktioner hos individen. Målen inom den medicinska rehabiliteringen handlar även om att förbättra nedsatta funktioner och vid behov träna upp kompensande funktioner hos individen.<sup>39</sup> I den medicinska rehabiliteringen ingår också stödåtgärder såsom t ex rådgivning, hjälpmedelsutprovning, arbetsterapi och sjukgymnastik.

**Kommunerna** – Det kommunala ansvaret för individer med behov av social rehabilitering handläggs av socialnämnden och socialtjänsten samt regleras i socialtjänstlagen.<sup>40</sup> Kommunen har det yttersta ansvaret för att tillgodose individens rehabiliteringsbehov om detta behov inte blir tillgodosett av annan aktör<sup>41</sup>

Den sociala rehabiliteringen kan exempelvis vara att ge service, råd, upplysningar samt någon form av personligt bistånd till den enskilde. Kommunerna har det yttersta ansvaret för sina invånare att se till att de får den hjälp och stöd de behöver. De har även ett särskilt ansvar för alkohol- och narkotikamissbrukare samt de psykiskt långtidssjukskrivna. Socialtjänstens funktion och intresse inom rehabiliteringen ligger i att samverka med ansvariga inom rehabiliteringsområdet.

Kommunerna träder endast in som ansvarig för rehabiliterings åtgärder när det inte finns någon annan aktör eller i väntan på att ansvarig rehabiliterings aktör är skyldig att ta över ansvaret för den enskilde personen.<sup>42</sup>

**Arbetsförmedlingen** – En av de viktigaste uppgifterna arbetsmarknadsverket har är att underlätta för personer med svag ställning på arbetsmarknaden att få arbete och att förhindra utslagning. Arbetsinriktad rehabilitering är ett samlingsbegrepp som syftar på att

---

<sup>36</sup> Lagen om allmän försäkring

<sup>37</sup> SOU 2006:107

<sup>38</sup> 1982:736

<sup>39</sup> SOU 2006:107

<sup>40</sup> 2001:453

<sup>41</sup> Vahlne Westerhäll, 2006

<sup>42</sup> SOU 2005:107



rikta olika kombinationer av insatser och program till personer med nedsatt arbetsförmåga eller som har särskilt behov av stöd. Ett av målen med denna verksamhet är att människor med funktionshinder skall få hjälp att finna ett arbete inom den reguljära arbetsmarknaden. Den arbetsinriktade rehabiliteringen kan t e x vara att vägleda, utreda eller förberedande insatser för ett arbete. För människor med funktionshinder som leder till nedsatt arbetsförmåga finns det utöver de generella arbetsmarknadspolitiska insatserna en uppsättning särskilda insatser för att lösa arbetsfrågan för denna målgrupp.

Arbetsmarknadsverkets verksamhet styrs av förordningen (200:628) och i uppdraget ingår även att Arbetsmarknadsstyrelsen ska samverka med försäkringskassan.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> SOU 2006:107

## 5 Teoretiska perspektiv

---

Vi har för vår studie valt att ta upp tre olika teorier på individnivå. Vi vill med teoriernas hjälp försöka förstå och förklara individuella och gemensamma mönster hos informanterna. De olika teorierna kan hjälpa till att förtydliga de svårigheter och färdigheter som patienterna har. Vi tänker även att teorierna kan vara ett stöd i att se vad som behöver tillföras inom rehabiliteringsprocessen och i kontakten mellan vårdgivare och patient för bättre svara upp mot målet. För att beskriva den samhälliga nivån har vi tidigare presenterat samhällets olika aktörer och deras ansvar och skyldigheter mot den enskilde under avsnitt 4.

Vi ser copingteorin som en lämplig teori för att se likheter och olikheter bland informanternas förmåga att hantera sin livssituation. Finns det några klart utskiljbara likheter i informanternas berättelser? När livssituationen förändras vid en sjukskrivning och rehabiliteringsprocess är det av stor vikt att den enskilde kan finna nya lösningar och kan anpassa sig efter de nya förutsättningarna. Förmågan att hantera den nya situation ökar patientens hanterbarhet och bidrar till ökad KASAM. Vi vill se vilka faktorer som ökar patienternas känsla av sammanhang. I vilken utsträckning kan vårdgivarna bidra till att patienterna känner ökad KASAM? Att förmedla empowerment till patienterna innebär att stärka individens tro på sig själv att vara kapabel. Det är viktigt att återföra makt och kontroll till patienten när denne är mottaglig. Vi ser klara kopplingar mellan dessa tre teorier, när kontrollen ökar hos patienten ökar också meningsfullheten, vilket därmed hjälper patienterna att hantera sina livssituationer.

### 5.1 Coping

Förändringar i livssituationen kan ske snabbt och radikalt. Livskvaliteten och välbefinnandet påverkas av hur förmågan hos individens är att klarar av, hantera och bemästra förändringar och stressorer. Det krävs nya rutiner och strategier när invanda strukturer och föreställningar om vardagen inte längre stämmer och fungerar. Det gäller såväl biologiska, medicinska, kognitiva och sociala förändringar som belastar individen. Skyddande och förklarande faktorer är den enskildes förmåga till anpassning och kan beskrivas utifrån copingtermer.<sup>44 45</sup>

Den osäkerhet och ovisshet om hur framtiden ter sig i en påfrestande och kritisk livssituation utmanar även existentiella antagande om livet. Teorier om coping fokuserar på individens relation till sin omgivning, både hur individen emotionellt och kognitivt hanterar och reagerar på olika påfrestande situationer. För att öka förståelsen hos den enskildes handlande är det viktigt att se på den process som uppstår mellan individen och den aktuella situationen utifrån dess kontext. Tidigare erfarenheter, individuella resurser, viljeinriktningar, omgivningen samt intellektuella förmåga påverkar valet av copingstrategier och hur situationen hanteras. Individuella resurser är bl. a hälsa, tilltro till sig själv, förmågan att finna alternativa lösningar, klara av att planera och social förmåga. Avsaknaden av dessa tillgångar gör att individen får det svårare att finna konstruktiva copingstrategier. Samhälliga resurser samt resurser i omgivningen t ex socialt stöd och materiella tillgångar gör individen mindre sårbar och underlättar copingprocessen.

Man har identifierat två typer av copingstrategier; känslfokuserad och problemfokuserad. Vid känslfokuserade coping försöker individen reglera känslor i situationer som upplevs vara svåra eller omöjliga att påverka eller förändra. Individen gör olika kognitiva försök att förändra betydelsen av en händelse eller en situation. Några

---

<sup>44</sup> Hagberg, 2002 sid. 71

<sup>45</sup> Eriksson, 2003

exempel på känslufokuserad coping är: avståndstagande, självkontroll, sökande av socialt stöd, flykt-undvikande samt att individen försöker distansera sig från en händelse genom att fokusera på positiva aspekter av en negativ situation.

Problemfokuserad coping används när individen upplever att det finns möjlighet till förändring. Individen kan försöka påverka situationen och omständigheterna genom en direkt handling. Problemfokuserad coping innebär även kognitiv problemlösning och att individen riktar strategier inåt, mot sig själv. Individen kan lära sig att förändra sitt beteende eller lära sig nya förhållningssätt. Problemfokuserad coping kan yttra sig som aggressiva, lugna, rationella och genomtänkta försök att finna lösningar för att hantera den påfrestande situationen.<sup>46</sup>

När man studerar copingstrategier hos människor kan det vara av vikt att beakta att kvinnor och män kan bemöta situationer olika. Vanligare är det att kvinnor har skuld coping vilket innebär att man inte säger eller visar vad man tänker. Männerna tenderar att använda sig av öppen coping och säger ifrån omedelbart eller åtminstone efter en viss betänketid. Uppkomsten av dessa könsskillnader är oklara men klart är dock att de könsroller vi socialiseras in i har stor betydelse.<sup>47</sup>

## 5.2 Empowerment

Empowerment syftar till att hjälpa en individ att själv ta makten över beslut och handlingar som rör dennes liv. Begreppet empowerment härstammar från latinets "potere" vars betydelse är "att vara i stånd till". I begreppet empowerment läggs egenskaper som självförtroende, egenkontroll, kompetens, självstyrelse och stolthet<sup>48</sup>. Det är viktigt att tillräckligt med makt/möjlighet att bestämma lämnas över till individen, till exempel för en patient kan det innebära att själv få möjlighet att vara delaktig och medbestämmande i hur den egna rehabiliteringen skall ta form.

Makt kan vara något både positivt och negativt. Makten kan bedömas utifrån hur den utsätts för den påverkas.<sup>49</sup> Genom att flytta makten och ge mer egenansvar till patienten blir denne mer delaktig i den egna rehabilitering och som en följd av det kan patienten uppfatta sig som mer jämställd med vårdgivaren. I en politisk empowerment-ideologi är skeendet många gånger att mycket makt och ansvar läggs på individen med det dolda motivet att minimera statens kostnad. Det krävs stor uppmärksamhet inom det sociala arbetet för att undvika liknande tankebanor.<sup>50</sup>

Tre punkter som tydliggör arbetet med empowerment

- Att hjälpa människor se sig själva som kompetenta att hitta lösningar på egna problem.
- Att den hjälpsökande i problemlösningen skall se sig själv som jämställd med den som ger hjälpen.
- Att inte tron till den hjälpsökande att maktstrukturer är komplexa, men trots det möjliga att påverka.

---

<sup>46</sup> Starke, 2003

<sup>47</sup> Theorell, 1996

<sup>48</sup> Red Bengt Starrin och Leif R Jönsson, Meeuwisse, 2000

<sup>49</sup> Payne, 2002

<sup>50</sup> Payne, 2002

I empowerment arbetet ingår att stärka den enskildes självförtroende. Att bygga upp tilltron till dennes egen förmåga, att se sig själv som kompetent att använda sig av den makt och de resurser som finns till hands. I arbetet med empowerment ingår också att individen införlivar en kritisk förmåga att handla gentemot omgivningen. I arbetet med att stärka patientens självbild ingår också att ge individen information, praktisk kunskap och utbildning i hur denne kan gå till väga för att nå sitt mål.<sup>51</sup>

Nära Empowerment i ordets betydelse ligger företräderskap, som innebär att argumentera och agera för klienters intresse.

### 5.3 KASAM

Definitionen på KASAM: "Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga och dessa krav av utmaningar, värda investering och engagemang".<sup>52</sup>

Vad är som gör att en del människor trots stora motgångar behåller sin hälsa och utvecklas vidare som människor medan andra blir sjuka av stora påfrestningar i livet? Aaron Antonovsky har med ett salutogent synsätt studerat det friska hos människan. I boken Hälsans mysterium beskriver Antonovsky tre centrala komponenter som tillsammans bildar KASAM.

- Begriplighet - I vilken utsträckning människan upplever inre och yttre stimuli som förnuftmässigt begripbara. En människa med hög begriplighet förväntar sig att framtida stimuli är förutsägbara eller i alla fall går att förstå och förklara.
- Hanterbarhet - I vilken grad upplevelsen av att de resurser som står till ens förfogande kan möta och hantera yttre och inre stimuli. Den personen som har en hög hanterbarhet känner sig inte som ett offer för omständigheterna.
- Meningsfullhet - Begreppets motivationskomponent. Människor som bedömdes ha högt KASAM i Antonovskys studie pratade alltid om områden i livet som de värderade högt och var engagerade i. Att ha hög känsla av meningsfullhet innebär att konfrontera svårigheter och göra sitt bästa att finna mening även i svåra upplevelser och situationer.<sup>53</sup>

Människor med hög känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet sägs ha ett högt KASAM, motsatt de med låg känsla av ovanstående sägs ha ett lågt KASAM.

---

<sup>51</sup> Payne, 2002

<sup>52</sup> Antonovsky, 2005

<sup>53</sup> Antonovsky, 2005

## 6 Materialredovisning

---

Vi presenterar resultaten utifrån informanternas egna upplevelser och berättelser. Materialet redovisas utifrån intervjumallens frågor. Orsaken till att vi väljer att redovisa på detta sätt beror på att det blir mer lättöverskådligt och underlättar för läsaren att se olikheter och likheter. Informanternas namn inte deras egna utan påhittade. Vi har döpt om informanterna till Adam, Bertil, Cecilia, Doris, Eva och Fiona. En ytterligare åtgärd för att i möjligaste mån aidentifiera våra informanter.

Fråga:

---

### ***Vad innebär/betyder rehabilitering för dig?***

---

Samtliga respondenter svarar relativt samstämmigt på första frågan. Ordets innebörd är att få hjälp att må bättre och så småningom komma tillbaka till arbetslivet. Att återgå till vardagen så som den var innan sjukskrivningsperioden, att bli frisk.

*Adams* tankar kring innebörden är att få hjälp med att återfå sin hälsa och att det blir möjligt att återgå till arbetslivet.

*Bertil* berättar om sin stora tilltro till landet Sverige. Här kände han sig trygg i förvisningen om att få hjälp. När han sedan fick sin arbetsskada och behövde samhällets insatser kände han inte alls det stöd som han tidigare trodde fanns. Nu känner han sig utkastad och ordets betydelse har fått en negativ innebörd.

*Cecilia* tänkte först att det handlar om att reparera något som är trasigt, slitet och sönder. Rehabilitering har i första hand handlat om fysisk återhämtning men efter att hon själv haft ångest inser hon att det är lika viktigt att reparera sig psykiskt. Hon säger även att för hennes del hänger fysik och psykisk hälsa ihop. Mår hon bra fysiskt känner hon sig psykiskt starkare.

För *Doris* innebär ordet att man ska få någon form av hjälp för att återgå till arbetslivet. Hjälpen kan komma från olika håll säger *Doris* och ger exempel som läkare, sjukgymnast, men även att hon kan hjälpa sig själv.

*Evas* tankar kring ordet rehabilitering handlar om att sakta men säkert ha en möjlighet att återgå till arbetslivet.

Endast *Fiona* uttrycker sig något mer försiktigt och säger ”att det inte handlar om att bli frisk utan att återanpassa så långt det går. Till ett så drägligt liv som det är möjligt.”

Fråga:

---

### ***Har du blivit erbjuden någon rehabilitering/åtgärd för att du skall må bättre och på sikt återgå till arbetslivet?***

---

*Adam* börjar sin berättelse med att säga att ”läkarna har skickat honom till ett helvete och det har inte varit någon rehabilitering”. Efter mycket påtryckning och förfrågan från patientens sida blev han remitterad av sin läkare, dock enligt patienten till fel instans. Huvudinriktningen dit han blev remitterad var inte av det slaget som stämde överens med vad patienten ursprungligen sökt för. Han fick inte den hjälp han behövde. Han blev

samtidigt remitterad till specialist sjukvården. Då väntetiden visade sig vara lång sökte patienten själv privata alternativ. Han hamnade då hos ett privat läkare som gav honom en diagnos samt påbörjade medicinering. Medicineringen visade sig inte hjälpa utan han fick flertal gånger ny medicin. Patienten upplevde att han försämrades. Patienten fick nya besvär av de olika medicinerna han åt under denna period, vilket i sin tur resulterade i ännu fler mediciner. Efter 1-1,5 år fick patienten en remisstid hos specialistläkare på Sahlgrenska (företagshälsovårdsremiss). Det visade sig då att alla tidigare diagnoser var felaktiga, samt att han erhållit fel medicinering. På Sahlgrenska fick patienten den hjälp han för sina besvär behövde, han fick även en ny diagnos.

I en stor tidningsartikel, om en specialistläkare som blivit åtalad och fråntagen sin läkarlegitimation för omfattande felbehandlingar där många patienter blivit drabbade, kunde patienten läsa om sin tidigare privata specialistkontakt. Det som har givit patienten mycket bekymmer är att Försäkringskassan inte vill ändra på hans tidigare diagnoser. De anser att han har fått den hjälp han behöver med utgångspunkt från tidigare diagnoser. Patienten har införskaffat intyg av några oberoende specialistläkare på den nya diagnosen. Dessa intyg har han lämnat till Försäkringskassan. De står dock fast vid den första felaktiga diagnosen.

Patienten berättar att ovanstående har påverkat honom starkt psykiskt. Det stöd och den hjälp han säger sig ha fått har han erhållit av sin kurator på vårdcentralen. ”Kuratoren är den enda som behandlat mig som en människa”, hennes stöd har hjälpt patienten mycket. Hon har även sökt fondmedel till hjälp till patientens fysiska träning.

*Bertil* är besviken på Försäkringskassan som inte alls har erbjudit honom någon rehabilitering. Han är även besviken på kommunikationen med Primärvårdens läkare. Han har inte fått de sjukintyg som han anser själv ha rätt till. Han har sökt privat läkare som bättre svarat upp *Bertil*s förväntningar. Det stöd han känner kommer från kuratorskontakten på Vårdcentralen och han uttrycker ” hon är den enda som lyssnar på mig”. Det betyder oerhört mycket för *Bertil* att det är någon som lyssnar på honom. Och i den mån det är möjligt försöker hjälpa honom.

*Cecilia* berättar att hon då hon sökte på vårdcentralen för ångestbesvär fick, på läkares inrådan, en kuratorskontakt. Hon har även blivit erbjuden sjukgymnastik för sina ryggbesvär. På sikt kommer hon också att få möjlighet att delta i en rehabiliteringsgrupp via Försäkringskassan.

*Doris* har endast blivit erbjuden ett begränsat antal gånger hos sjukgymnast. Hon har också en pågående kuratorskontakt på vårdcentralen. Hon tycker att det har varit mycket svårt att få någon rehabilitering. Hon har fått avslag på allt hon har önskat på grund av resursbrist. Hon har själv varit i kontakt med läkare, psykolog, arbetsgivare men det är bara hos kuratorn hon upplever sig ha fått hjälp. Hon har bland annat fått hjälp att söka fondmedel till tandläkarkostnad.

Patienten berättar lite senare i samtalet att hon efter egen förfrågan erhållit några samtal hos en psykolog samt medel till alternativmedicin.

*Eva* har fått möjlighet att delta i en stresshanteringsgrupp genom sin kuratorskontakt. Hon har genom Försäkringskassan blivit erbjuden att arbetsträna på sin arbetsplats. Detta är inte något alternativ för patienten då det är arbetsplatsen som är grunden till hennes besvär. *Eva* berättar att hon gärna vill arbetsträna för att underlätta en återgång till arbetslivet. Varför hon inte kan få möjlighet att göra det hos någon annan arbetsgivare kan inte Försäkringskassan ge något svar på enligt patienten.

*Fiona* utmärker sig från de övriga informanterna genom att hon är mycket nöjd med den rehabilitering hon har blivit erbjuden. Primärvården har erbjudit henne att delta i en verkstadsgrupp, som delvis är en självhjälpsgrupp. *Fiona* har varit med i denna grupp i fyra terminer. Genom arbetsförmedlingen har hon blivit erbjuden praktikplats samt samtal med arbetsförmedlingens psykolog och därigenom remitterats till att delta i ett projekt som heter "Teamsam". I detta team arbetar arbetsterapeut, psykolog och sjukgymnast gemensamt kring en person. Dessa olika professioner fungerar som ett team runt patienten. Arbetsterapeuten arbetar med coaching. Med psykologen berättar patienten att hon pratar om de lite djupare frågorna. Sjukgymnasten arbetar med basal kroppskänedom.

Det *Fiona* beskriver som positivt är, att hon inte behöver berätta sin historia flera gånger för många olika människor, att det finns en pågående kommunikation kring patienten. Hon kan också få hjälp i kontakter med till exempel arbetsförmedling, Försäkringskassan och läkare ifrån teamet. Hon har också genom arbetsförmedlingen och Försäkringskassan blivit erbjuden att arbetsträna för sitt psykiska välbefinnande. *Fiona* har också en pågående kuratorskontakt på vårdcentralen. Något som patienten också nämner som positivt i rehabiliteringsprocessen är att hon har haft en fast läkarkontakt under hela sjukskrivningsperioden på vårdcentralen.

Fråga:

---

***Vem tänker du har ansvaret för initiativet för att påbörja rehabiliteringen för att du ska må bättre?***

---

*Adam* svarar snabbt att han inte har några förväntningar alls. Läkarna har skickat honom till ett helvete och det har inte varit någon rehabilitering. Han säger att det hela tiden är han själv som tagit initiativ till rehabilitering. Han har fått avslag på många olika åtgärder han önskat. Vår patient har själv bekostat bland annat akupunktur och kiropraktor.

*Bertil* han säger att det är han själv som tagit det största initiativet till sin rehabilitering. Han har försökt att simma och promenera regelbundet.

*Cecilia* anser att det är hon själv som har det ansvaret. Från början förväntade hon sig att det var sjukvårdens ansvar att ta initiativ till att hjälpa henne med hennes rehabilitering, ge henne råd och så vidare men med tiden har hon förstått att ansvaret ligger på henne. Det ansvaret har hon också tagit.

*Doris* beskriver att den som har tagit initiativ till hennes rehabilitering är försäkringskassan samt arbetsgivaren. Hon har också själv tagit mycket initiativ för att få rehabilitering. Hon tycker att det har varit svårt att veta vad det kan innebära för att man inte vet vad som finns, vilka är resurserna? Allt hon har bett om har hon fått avslag på grund av resursbrist säger patienten.

*Eva* säger att det är hon själv och arbetsgivaren som har ansvar för att ta initiativ till rehabiliteringsinsatserna.

*Fiona* tycker nog att initiativet till rehabilitering ligger på den egna personen och läkaren. Hon säger också att även att "det är svårt att ta initiativ när man är deprimerad, man vill helst inte göra någonting". Det bästa är enligt *Fiona* att i samråd med läkaren planerar rehabiliteringen men att vid depressionssymtom är det lämpligt att läkaren tar initiativet. Hon säger att det till och med i vissa fall är bra om "läkare knuffar in en i saker" för att till exempel ta lämpliga kontakter.

Fråga:

---

***Om du fick tänka fritt och välja vad du tror att du skulle behöva för att må bättre och/eller få tillbaka din förmåga att komma tillbaka till ett arbete?***

---

*Adam* säger att om han fått hjälp vid rätt instans i det akuta skedet hade hans sjukskrivningsperiod varit mycket kortare, kanske inte ens nödvändig. Den negativa vårdkedja *Adam* upplevt, enligt honom själv, beror på att han i det initiala skedet inte fick relevant specialisthjälp. *Adam* beskriver de svårigheter han upplevt i sina försök att få en läkarkontakt. Han är besviken på sina läkarkontakter fram till mötet med specialistläkaren på Sahlgrenska. I den kontakten kände han att läkaren lyssnade på honom och där fick han den vård han sökt för. Han hade önskat att han blivit lyssnad på, i flertalet av de olika läkarkontakterna, samt med Försäkringskassan. Det som nu är det viktigaste för *Adam* är att få upprättelse om att han blivit felbehandlad. De ekonomiska aspekterna i fallet är inte relevanta längre, utan det som är viktigt är att Försäkringskassan erkänner att de gjort fel och ändrar den enligt *Adam* felaktiga diagnosen.

*Bertils* egna önskan om rehabilitering är att komma ur sin ensamhet. Att få möjlighet att få träffa andra i liknande situation. Han önskar att det fanns en träffpunkt med människor med liknande problematik. Där han kunde känna gemenskap och kunna gå en promenad ihop. Det här skulle vara, enligt honom, ett bra sätt att bearbeta sin situation. Bertil vet att det finns upplysningar att få via internet och sjukvårdsupplysningen. Han saknar dock den mänskliga kontakten vid medicinsk rådgivning och att det fanns någon som tog sig tid att ge råd och svar på hans frågor.

*Cecilia* svarar att hon har det hon behöver. Hon känner sig mycket motiverad att själv arbeta med att bli bättre och känna sig stark både psykiskt och fysiskt. Hon är sjukskriven vilket hon säger är en förutsättning för att hon inte ska känna sig stressad och få dåligt samvete. Det är en trygghet att inte behöva stiga upp till ett arbete när hon haft en natt med mycket värk och svårt att sova. *Cecilia* har inte känt någon press från Försäkringskassan. De har anpassat rehabiliteringsprocessen efter hennes individuella allmäntillstånd. Hon har möjlighet att i framtiden delta i en rehabiliterings grupp genom Försäkringskassan.

Sjukgymnastiken har betytt mycket för *Cecilia*. Där hon lärt sig avslappning. Som komplement äter hon medicin mot ångesten vilket ger en ökad trygghet som hon i nuläget inte vill vara utan. Hon har även möjlighet att gå på samtal hos kurator. *Cecilia* har många vänner omkring sig. Patienten arbetar själv för att hantera sin ångest genom att vara fysisk aktiv samt att delta i sociala sammanhang. Hon uttrycker tydligt att det sociala, att befinna sig i välkända sammanhang, att ägna sig åt sin kreativa verksamhet har stor betydelse för hennes hälsa och välbefinnande.

*Doris* upplever situationen som sjukskriven som arbetsam. Hon önskar att det finns en samordnande person som tar sig tid och känner den sjukskrivne patienten. En coach som stöttar och utmanar henne på en nivå som hon klarar av. Om insatser, resurser och möten hade samordnats kunde troligen hennes sjukskrivningsperiod blivit betydligt kortare. *Doris* säger att långa väntetider och många olika läkarkontakter är inte bra när man är sjukskriven. Det är dumt att snåla med dessa resurser både av samhällsekonomiska skäl samt för den enskilda människans lidande. Hon har upplevt att det är bara in och ut och snabbt ska det gå, man hinner inte berätta. Hon önskar att man får den tid som behövs, samt kontinuitet i läkarkontakten. Hon önskar även att processen med att få rätt läkare/specialistvård borde förkortas betydligt.



*Doris* önskar att hon känt ett större stöd från primärvårdens läkare, till exempel genom att dessa skulle närvarit under rehabiliterings möten. Det är först nu i kontakten med en privat läkare samt i specialistvården som hon känner sig nöjd och att det finns engagemang för henne. *Doris* är fullt medveten om att hon är privilegierad för att hennes arbetsgivare betalar den privata läkarkontakten. En annan sak som *Doris* önskar av rehabiliteringen är att få lov att komma bort – rekreation. Hon har nu eventuellt genom sin kurator fått hjälp att söka fondmedel till en kortare vistelse på kurort.

*Eva* gör det hon anser vara bäst för henne själv. Hon tränar regelbundet, vilket var något hon gjorde redan innan sin sjukskrivning. Hon är därför mycket medveten om hur väl den fysiska aktiviteten påverkar hennes välbefinnande, både fysisk och psykiskt. Hon är också nöjd med primärvårdens insats i form av stresshanteringsgruppen samt sin kuratorskontakt. *Eva* önskar att den pågående konflikt som finns mellan henne och den tidigare arbetsgivaren ska lösas sig till det bästa. Denna konflikt är orsaken till hennes sjukskrivning. Konflikten med arbetsgivaren om och på vilket sätt arbetssituationen ska lösas sig påverkar hennes starkt.

*Fiona* säger att hon har haft tur och har det väldigt bra förspänt. Fick hon önska skulle det vid behov finnas en personlig coach, ”en person som både kan sparka en i baken när det behövs och som kan finnas tillhands att trösta och stötta när man mår sämre”. Jag har tur som nästan har detta säger *Fiona*, ”det är bra att kunna ringa någon när som helst”. *Fiona* berättar att vetskapen om att det finns någon där betyder mycket för henne. När hon går ett steg framåt och vet att det finns någon där blir hon inte lika rädd att ta dessa steg. Hon vågar pröva på den egna förmågan då hon vet att stödet finns kvar även om hon behöver ta ett steg tillbaka. *Fiona* har en återkommande kuratorskontakt samt ett team som står bakom och hjälper henne att hålla ihop, en så kallad ”hållande funktion”.

## 7 Analys och tolkning

---

Med nedanstående citat sammanfattar författaren Claes-Otto Hammarlund och sätter ord på vår studies frågeställning och resultat på ett mer humanistiskt plan.

*”Det är min övertygelse att det viktigaste för att människan ska få kraft att leva är att hon blir bekräftad av andra människor samtidigt som hon själv får formulera sin egen verklighet. Särkilt viktigt blir det när man är tyngd av svårigheter.”<sup>54</sup>*

Inför varje analysdel börjar vi med en sammanfattning av informanternas berättelser. Vi redogör för gemensamma tankar och uppfattningar samt även där det finns skilda åsikter. För den som är intresserad av utförligare material redovisning finner detta under tidigare avsnitt nummer 6.

### 7.1 Informanternas förväntningar och målsättning

Informanterna ger en liknande bild av vad de förväntar sig av rehabiliteringen. Det handlar om att återfå sin hälsa. Att få hjälp med att reparera något som är trasigt. En önskan om att sakta men säkert återgå till arbetslivet. Endast en av informanterna uttrycker sig något mer återhållsamt och säger att det handlar inte om att bli friskt utan att återanpassa sig så långt det går.

Gemensamt för alla informanter är de initialt hade stor tilltro till samhällets stödfunktioner och kände sig trygga i förvisningen om att få stöd. När de befann sig i behov av professionell hjälp och sökte sådan förväntade de sig att samhället skulle finnas där för dem. Samtliga informanter befann sig då i ett utsatt skede i livet och var extra sårbara. I den situationen kan behov finnas av någon som har en ”hållande funktion”, vilket även vi finner stöd för i IKU-rapport 2005:2. De höga förväntningarna och tilltron till samhällets resurser ändrades för flertalet av informanterna då det visade sig att den uppmålade bilden inte var realistisk. Vi tänker att när man ber om hjälp önskar man medvetet eller omedvetet att den professionella hjälpen även ska innefatta en ”hållande funktion” som underlättar för individen att hinna ikapp sig själv, vilket också uttrycks i IKU-rapporten 2005:5 samt i vår empiri. Begreppet ”hållande funktion” är det svenska ordet för objektrelationsteoretikern Winnicotts centrala begrepp ”holding”. Ordet syftar på i hans fall på barnets beroende av omsorgspersonens pålitliga förmåga att ”hålla” barnet, både fysiskt och psykiskt.<sup>55</sup> Den ”hållande funktionen” tas också upp i Arbetslivsinstitutets vetenskapliga skriftserie Nr. 2006:3. Där beskrivs att det många gånger saknas en ”hållande funktion” från vårdgivarna, en trygg bas. En trygg bas hjälper individen att känna mod och ger kraft att hantera situationen. I relationen mellan vårdgivare och patient är ”hållande funktion” en viktig kvalitets aspekt.

Det är ingen rättighet att erhålla rehabilitering utan en möjlighet som finns. Möjligt är att den allmänna tron är att rehabilitering är en rättighet, vilket det inte är enligt lagen 22 kap 1§ AFL. Detta kan till viss del förklara patienternas besvikelse och missnöje med att de har fått för lite insatser.

Arbetslivet i det moderna samhället har en stor betydelse för människor, vilket för med sig trygghet, sociala relationer och rätten att få vara en del av samhället, vilket uttrycks i rapporten ”Att få människor att växa”

---

<sup>54</sup> Hammarlund, 2001. Sid. 13.

<sup>55</sup> Lindén, 2006. Sid. 213.

En av informanterna, *Adam*, uttrycker sig tydligt med hur stor betydelse arbetet har för självkänslan. *Adam* vill ha ett arbete för att känna att han blir respekterad av sin omgivning och uppskatta sin ledighet och sin semester. Han säger att han skäms över att ha varit sjukskriven och numera har sjukersättning, vilket har lett till att han har slutat att berätta detta för vänner och bekanta.

*Bertil* tar också upp att det är en stor förlust att förlora arbete och det sociala som det för med sig med arbetskamrater. Övriga informanter anser att deras önskan och målsättning är att återkomma till arbetslivet.

Vi tänker att den så kallade arbetslinjen fortfarande präglar det moderna svenska samhället. Detta påverkar människor i allra högsta grad och bidrar till att man kan känna sig mindre värdig i egenskap av sjukskriven och arbetslös. Detta gäller inte bara arbetslöshetsförsäkringarna utan också generellt för socialförsäkringarna.<sup>56</sup> Dessa tankar står det om i boken *Arbete till varje pris* av författaren Lena Eriksson. Arbetslinjen härstammar från socialpolitiken under 1920-talet. Dess tanke var att vara normgivande och förmedla till den enskilde att man med egenkraft bör upprätthålla levnadsstandaren. Lena Eriksson säger även att Sverige än idag håller fast vid arbetslinjen som en arbetsmarknadspolitisk lösning.<sup>57</sup> Detta är något som vår empiri pekar åt då våra informanter uttrycker en stark önskan om att få möjlighet att återgå till arbetslivet. Några av informanterna känner sig i egenskap av sjukskrivna inte som ”fullgoda medborgare” och vill inte ligga samhället till last. Att inte bidra till den egna försörjningen, utan att uppbära ersättning påverkar självbilden negativt.

## 7.2 *Vem tar initiativet och vilka blir insatserna ?*

*Adam* – *sjukskriven i c:a 10 år* – ger en bild av sin rehabilitering ”som att bli skickad till helvetet”. Han känner sig mycket besviken och missnöjd. Han tycker inte alls att han har fått den hjälp han initialt trodde han skulle få. Orsaken är att han har blivit fel-diagnostiserad och därmed också fel medicinerad under många år. Detta har resulterat i fysiska och psykiska men för patienten. Hans situation är nu sämre än när han initialt sökte hjälp för en akut fysisk skada efter en olyckshändelse. En av hans få goda rehabiliteringserfarenheter är hans kontakt med vårdcentralens kurator. Den kontakten har haft en mycket stödjande funktion. För patienten har det inneburit att han har blivit sedd och behandlad som en människa i den professionella vården. *Adam* anser att det är han själv som tagit initiativet till olika insatser och fått avslag. Han har själv tagit initiativet till och på egen bekostnad erhållit hjälp genom akupunktur och kiropraktor.

Vår nästa informant *Bertil* – *sjukskriven i c:a 8 år* – upplever inte heller att han har fått det stöd och den hjälp han själv anser sig ha rätt till. Även han känner sig hjälpt av kuratorskontakten ”hon är den enda som har haft tid att lyssnat på mig”. *Bertil* har erbjudits sjukgymnastik, men detta har inte fungerat och anser sig själv ha tagit de största initiativen till den egna rehabiliteringen. Han har simmat och promenerat regelbundet. Försäkringskassan har inte erbjudit någon form av rehabilitering.

---

<sup>56</sup> Blomberg / Petersson, 2002. sid. 96.

<sup>57</sup> Eriksson, L 2004

En av informanterna, *Doris – sjukskriven i c:a 4 år* – beskriver att det har varit svårt att få rehabilitering. Hon har fått avslag på allt hon önskat, men ändå efter påtryckningar erhållit mer rehabilitering än någon av de övriga informanterna. Det är bara hos kuratorn hon upplever sig ha fått hjälp. Där har hon utöver samtal också fått hjälp att ansöka om fondmedel. Doris berättar att Försäkringskassan initialt tagit kontakt och sammankallat till rehabiliteringsmöte men inget steg vidare har tagits. Doris har själv tagit initiativet till den egna träningen som hon mår mycket bättre av.

*Cecilia – sjukskriven c:a 1 år* – har fått samtal med kurator och är mycket nöjd med denna. Hon har även blivit erbjuden sjukgymnastik för sina ryggbesvär. Hon berättar också att hon nu väntar på tid till en ortoped, men väntetiden har varit allt för lång och hon har på eget initiativ åkt till sitt forna hemland för få hjälp. För *Cecilia* har väntetiden varit för lång och konsekvenserna har blivit att hon känt en ökad ångest.

*Eva – sjukskriven c:a 1,5 år* – har bara blivit erbjuden en stresshanteringsgrupp genom kuratorn, vilken hon är mycket nöjd med. Hon har på eget initiativ tränat aktivt under hela sjukskrivningstiden, vilket hon påpekar att det har haft en stor betydelse för sin fysiska och psykiska hälsa. Av Försäkringskassan har hon inte fått något alternativ till rehabilitering.

*Fiona – sjukskriven till och från under c:a 8 år* – är den patient som urskiljer sig något från övriga. Hon är mycket nöjd med vad hon erbjudits. Hon har deltagit i en ”verkstadgrupp” som delvis är en självhjälpgrupp genom primärvården. Arbetsförmedlingen har erbjudit henne en praktikplats samt remitterat henne till ett projekt som ingår i Primärvårdsrehabilitering. Projektet är ett team – Teamsam – där det ingår olika professioner som stödjer och motiverar patienten. *Fiona* är mycket nöjd med insatserna och känner sig privilegierad.

I det som här har framkommit ur vår empiri ser vi att det finns samstämmiga uppgifter från RFVs utredning ”Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser”. Utredningen konstaterar att det är signifikant lägre andel som upplever att åtgärder och insatser vidtagits för att dessa skall kunna återgå i arbete. Även bland de som återgår till arbete är det anmärkningsvärt att så få upplever att de har fått hjälp från de olika aktörerna. Resultatet i utredningen visar att det endast är 27% av de sjukskrivna som efter ett år har fått en rehabiliteringsinsats.

Vi upplever att det viktigaste inledningsvis för patienterna är att någon lyssnar. Detta ser vi som en viktig del för det fortsatta samarbetet mellan vårdgivare och patient. Vi tror att när patienten känner sig sedd och bekräftad i det initiala mötet förstärks känslan av att få hjälp. Detta kan ibland betyda lika mycket som den faktiska hjälpen. Vi tolkar det *Fiona* säger som att Teamsam för *Fiona* har en hållande funktion som hjälper till att samordna insatserna mellan professionerna samt att dessa anpassas till patienternas behov. Detta ökar sannolikheten att patienten får rätt insats vid rätt tidpunkt. Det främjar både patientens intressen och det blir en kostnadseffektivare behandling.

Många patienter upplever att Försäkringskassan inte tar det initiativ som ligger under deras ansvar enligt lagen om Allmän Försäkring (AFL). Flertalet av patienternas berättelser tyder på att det är de själva som tagit det största initiativet till rehabiliteringen. Att Försäkringskassan brister som initiativtagare i rehabiliteringen kan vi utläsa ur vår empiri och kan studeras ytterligare om i boken Rehabiliteringsvetenskap<sup>58</sup> samt SOU 2006:107.

---

<sup>58</sup> Vahlne Westerhäll, 2006

Som hjälp i arbetet med patienter kan ett verktyg för att komma fram till ett gemensamt mål för behandlingen vara till hjälp. Detta verktyg kan vara en modell att gemensamt utgå ifrån för öka delaktigheten med patienten. I Fokusrapporten "Måluppfyllelse-mätning vid rehabilitering" av Anneli Wickström beskrivs en modell som motiverar till ökad diskussion mellan patient och vårdgivare. Modellen är patientfokuserad, vilket innebär att patienten ska vara delaktig, det ökar motivation och känslan av sammanhang för patienten. Den är professionsövergripande, vilket innebär att olika aktörer kan ta del av modellen och göra jämförelser mellan olika verksamheter. Detta kan vara ett verktyg i ambitionen att patienten och vårdgivare får en gemensam målsättning och därmed kan patientens känsla av hanterbarhet öka. Med en modell kan det bli tydligare vad de olika vårdgivarna gör samt vad patienten själv kan göra.

Det blir lättare för patienten att se sina egna resursers betydelse, vilket kan öka självkänslan och göra att patienten upplever en ökad känsla av makt och kontroll över sin situation. För att rehabiliteringen skall bli lyckad krävs att individen känner sig delaktig i rehabiliteringsprocessen vilket bekräftas i RFV.s "Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser" av Maria Ekelund. Ulla Gerners avhandling tar även upp att det ger en motivationshöjande effekt när de sjukskrivna själva får vara delaktiga i bedömningen av och när en återgång i arbetslivet är möjlig. Ökar man delaktigheten hos patienten för det med sig att motivationen stiger och patienten mår bättre.

### ***7.3 Önsknings- och viktiga komponenter i rehabiliteringsprocessen***

*Bertil* nämner att hans största önskan är att komma ur sin ensamhet och in i en gemenskap. Han vill träffa och prata med andra i liknande situation. Tillsammans skulle de kunna bearbeta sina situationer vilket vore värdefullt. Något *Bertil* även saknar då han söker råd och medicinsk information om sin hälsa är den tidsbrist som alltid föreligger samt att det är svårt att få kontakt med rätt person. Hans önskan är att det fanns ett ställe dit han kunde vända sig och få svar på sina medicinska frågor. Han är fullt medveten om olika sökvägar för att få reda på information, t ex på nätet, men saknar den mellanmännsliga kontakten.

Vi tänker att behovet av information och kunskap är viktigt och för med sig att patienterna på ett bättre sätt kan begripa och hantera sin livssituation. I empowerment arbetet ingår det att arbeta med kunskap både praktiskt och informativt för att ge ökad kompetens, vilket kan leda till ökad självförtroende för den enskilde. En för *Bertil* fungerande copingstrategi är att ägna sig åt sitt fritidsintresse friluftsliv. *Bertil* formulerar själv en önskan om socialt stöd genom att träffa andra i liknande situation, vilket vi väljer att se som en copingstrategi. I rehabiliteringsprocessen är det viktigt att främja patientens utveckling av copingstrategier. Vi tror som *Bertil* att träffa andra i liknande situation hjälper patienten att se att denne inte är ensam. Gruppen kan vara ett viktigt sammanhang att befinna sig inom och deltagarna kan delge varandra tips och inspiration om fungerande strategier. Den mänskliga kontakten *Bertil* efterfrågar inom vården är en bekräftelse på behovet av en trygg bas samt att bli sedd som individ. Behovet av en trygg bas ökar vid bl a sjukdom eller kris. Vid en svår livssituation är det viktigt att bli bemött av empatiska vårdgivare vilket är avgörande om patienten ska uppleva trygghet och stöd. Detta är en god arbetsgrund för att det fortsatta behandlingsarbetet ska kännas motiverat och meningsfullt för båda parterna.

*Eva* betonar betydelsen av stödet hon upplever i stresshanteringsgruppen. Där får hon information och ökad kunskap om sin fysiska och psykiska hälsa. Detta leder till att begripligheten och hennes förmåga ökar möjligheten att hantera sin livssituation.

Fördjupad kunskap om den egna kroppen och hälsan leder till ökad KASAM och ökat empowerment. *Evas* deltagande i gruppen har gett henne ökad kontroll över den egna hälsosituationen genom att hon har förbättrat sina copingstrategier. En väl fungerande copingstrategi för Eva är motion, vilket har betytt mycket för henne. Hon känner sig starkare både psykiskt och fysiskt av sin motion. Vi ser även hos Eva att värdet av väl fungerande copingstrategier är viktigt för att öka välbefinnandet.

För *Cecilia* har det varit en viktig del i rehabiliteringen att den har fått ta sin tid, att hon inte behövt känna någon press att hon skall prestera. Det är viktigt med rätt insats vid rätt tidpunkt. Hon upplever också att sjukgymnastiken och kuratorskontakten har gett henne mycket. Hon är starkt engagerad i sitt kreativa yrke, vilket ger henne motivation och kraft.

För att insatserna inom rehabiliteringen ska bli meningsfulla tänker vi att det är viktigt att vara lyhörd på patienten. Olika diagnoser kräver olika tidpunkter när insatserna är lämpliga att sättas in. Patienter är också olika individer och insatser behöver i möjligaste mån anpassas för den enskilde. Detta finner vi även stöd i tidigare forskning bland annat i Ulla Gerners avhandling om "Den sjukskrivne i rehabiliteringsprocessen".

*Cecilia* skiljde sig från de övriga genom att ha ett starkt engagemang i sitt kreativa yrke. Hon uttryckte tydligt att intresset för yrket ger henne gemenskap och livskraft. Vi tänker att intresset för *Cecilia* är en motivationskomponent som ger meningsfullhet och ökar hennes KASAM. Ett annat sätt att se är att detta beteende kan vara en copingstrategi. Patienten har en förmåga att plocka fram det som ger henne kraft och glädje i livet vilket är en väl fungerande strategi för patienten.

*Adam* har en dröm. Han vill göra en dokumentärfilm om sitt liv, att hålla drömmen levande är på ett sätt en problemfokuserad strategi för honom. Han upplever att ingen förutom kuratorn och till viss del specialist läkaren har lyssnat på honom. Han största önskan är att bli lyssnad på, att de vårdgivare han träffar skall ta sig tid och lyssna på hans historia. Initialt berättar *Adam* att han hade en stark tro på den egna förmågan att hantera sin situation som sedan under 10 års tid har urholkats. Patienten säger att han har blivit fråntagen sina resurser istället för att få hjälp att få tillbaka dessa.

*Adam* befinner sig i en ovanlig situation där han under en längre tid fått en felaktig diagnos och som en följd därav fel medicin. Han har inte fått något yttre stöd att tolka sin situation. Då hans tolkningsram, som Brattberg nämner i "Levande ord för långtidssjukskrivna", har varit felaktig har han inte kunnat identifiera sig med den vilket för *Adams* del har givit honom en känsla av hjälplöshet. Detta har förstärks genom att Försäkringskassan inte velat ändra den felaktiga diagnosen, vilket har lett till att *Adam* har haft svårt att skaffa fungerande copingstrategier. Viktiga stödfunktioner i samhället hade olika uppfattningar om *Adams* situation, vilket medförde att det var först när *Adam* kom till specialistvården han fick adekvat vård. Det tog för lång tid innan *Adam* fick rätt diagnos, vilket har medfört att *Adams* sjukdomsbild har ökat. På grund av de men *Adam* fick av sin felaktiga diagnos har han fortfarande inte kunnat återgå till arbetslivet.

För att patienten skall erhålla rätt rehabilitering krävs initialt en diagnos. Boken Rehabiliteringsvetenskap tar upp vikten av tidiga, aktiva rehabiliteringsinsatser som benämns i kap 22 AFL. Detta är av stort värde för att bryta den negativa trenden som en sjukskrivning kan innebära. En viktig faktor i sammanhanget är vårdgivarnas tillgänglighet, samt hur lång väntetiden till specialistkompetens är. Att väntetiden många gånger är lång innan en patient får tid hos läkare omnämns också i SOU 2006:107.

En viktig komponent för *Doris* är hennes vänner. Dessa betyder mycket för henne, att hon kan "prata av sig" och känna stöd från människor som känner henne väl. Motion är något som *Doris* pratar om som en viktig komponent samt vilket bemötande hon har fått av vårdgivande personal. *Doris* tar även hon upp behovet av en trygg bas i situationen som

sjukskriven. Det är viktigt för henne att vårdgivarna har en hållande funktion och att hon blir bekräftad som individ med de unika behov som just hon har. Hennes copingstrategier är motion och stort socialt stöd genom många vänner. Hon anser sig själv ha fungerande copingstrategier.

*Fiona* önskar sig en egen coach som finns där för henne både när hon behöver stöd och motivation. Det handlar om ett anpassat stödsystem. *Fiona* säger att när hon går ett steg framåt är det tryggt att veta att någon finns där om hon måste gå ett steg tillbaka. Den trygghet denna vetskap för med sig gör henne inte lika rädd att ta dessa steg. *Fiona* är bara en av de informanter som tydligt uttrycker sig känna delaktighet i den egna rehabilitering. Det team som finns runt *Fiona* arbetar aktivt med empowerment och missbrukar inte den makt de har genom att föra över för mycket makt till *Fiona*. De anpassar sig efter hennes förmåga och hennes behov. Genom att de hjälper henne att ta små steg framåt bygger de successivt upp hennes självförtroende och hon kan se sig själv som kompetent. Teamet ger också *Fiona* en möjlighet att kunna påverka sin situation eftersom teamet är lyhört, anpassningsbart och flexibelt. I boken "Varför frågar ingen oss" tas det viktiga arbetet upp med att hjälpa patienten att åter känna sig som kompetent och ha tilltro till den egna förmågan.

Flertalet av de intervjuade har fått någon form av rehabilitering men har inledningsvis sagt att de inte fått någonting. Vi har tankar om att bemötandet i situationen är av stor vikt för patienten. Kan det vara så att dessa inte känt sig tillräckligt bekräftade, sedda som människor samt blivit lyssnade på tillräckligt mycket för att dessa personer ska uppleva att de fått hjälp? Är ett gott bemötande från vårdgivaren till den enskilde lika viktigt som den faktiska hjälpen?

Samtliga informanter har använt sig av både känslor och problemfokuserad coping. Vi tänker att den känslufokuserade copingen handlar om socialt stöd. De flesta har använt sig av problemfokuserad coping genom en aktiv handling, allt från avslappning till hård träning. Detta har ökat deras kroppskännedom och därmed förbättrat deras hälsa.

Det som framkommer tydligast och är gemensamt för samtliga informanter är behovet av att bli sedda som människor. Initialt vill informanterna hinna med och få möjlighet att berätta och ge en bild av sitt problem och sin livssituation för vårdgivaren. När informanterna känner att det inte finns tid nog för att delge en korrekt bild av deras problem får dom en känsla av att vårdgivaren inte uppfattar deras problem till fullo. Vi tror att det är av största vikt att patienterna får lov att berätta och ge en tydlig bild av sin problematik. Detta ökar förutsättningarna för att vårdgivaren skall ge rätt, individuellt anpassad hjälp. När patienterna känner sig missnöjda och obekräftade tror vi att det är det emotionella stödet som har saknats. Det uppstår kanske till viss del en osäkerhet hos patienten om denne har erhållit rätt hjälp eftersom våra informanter beskriver att dessa ofta inte hinner berätta hela sin sjukhistoria. För att en hjälprelation skall uppstå krävs en gemensam grund. Ett sätt från vårdgivarens sida är att visa respekt och att ge patienten tillräckligt med tid att sätta ord på sin sjukdomsbild.

Vi tänker också att sjukskrivningsperioden kan vara en tid av sorg och kris för patienten. Det kan handla om nyuppkomna tankar kring de egna tillkortakommandena och förlusten av social gemenskap. Detta är en process som kan ske parallellt med den medicinska behandlingen, vilket vi anser påtalar vikten av tillgängligt samtalsstöd för de patienter som så önskar. Vid krisreaktioner, som en sjukskrivning kan vara, kan också gammal sorg aktualiseras vilket kan bidra till komplexiteten i rehabiliteringsprocessen.

Som vi ser det är även tid centralt i mötet. För att en patient skall känna sig bekräftad och lyssnad på krävs tid, vilket många gånger är en bristvara i mötet mellan vårdgivare och patient. Alla vårdgivares ambition är med största sannolikhet att skapa ett gott möte, men förutsättningarna i form av tid finns inte alltid.

Det stödet som förr fanns naturligt i omgivningen när tempot i samhället var lugnare har i dagens samhälle allt mer överlämnats till de professionella. Naturligt stöd i människors livsvärld och dess sociala nätverk kan vara bristfälligt. Troligtvis kan detta vara en orsak till att människor i utsatta livssituationer känner ett ökat behov av att söka stöd och råd hos professionella. En "hållande funktion" och en person att knyta an till är viktigt för den människa som söker vård. För den professionella är arbetet med att stärka autonomin hos patienter av största vikt. Allt för att inte skapa en beroende situation. Vi anser att balansen är viktig, människor som väljer att vara patient och behöver en hållande funktion omkring sig ska i möjligaste mån få det tillfredsställt. Initialt innebär det bland annat att lyssna, bekräfta och ge emotionellt stöd. Lika viktigt är det att arbeta för en ökad autonomi hos den enskilda, att arbeta med empowerment och väl fungerande copingstrategier. Målet är att individen skall uppnå självstyre och självförtroende.

Det kan diskuteras vem som bör ta ansvar för en så kallad "hållande funktion" och vad som skall göras för den vård sökande. Det kan vara samhällets ansvar, men också de människor som befinner sig i individens närhet kan vara ett stöd. Det förutsätter dock att den enskilda har ett fungerande nätverk.

Vi ser vikten av att samhällets olika aktörer ska ta det ansvar som är ålagda dem. I vårt material nämns Försäkringskassan som en viktig aktör i arbetet med att skapa ett sammanhang för patienten, som också kan fungera som en hållande funktion.



## 8 Sammanfattning och slutdiskussion

---

Det som vi anser vara det viktigaste som framkommit från våra intervjuer är att det initialt är av största vikt att lyssna på patienten. Samtliga patienter nämner vikten av att bli lyssnad på som en av de viktigaste komponenterna i rehabiliteringsarbetet. De vårdrelationer som patienterna upplever som positiva är de då patienten har fått möjlighet att uttrycka sin historia och fått känslan av att den som lyssnar har varit intresserad och tagit del av problematiken. Det handlar om att bemöta den som söker hjälp på ett empatiskt sätt. Det vår studie visar på, relationens betydelse i behandlingen, är ingen ny kunskap utan finns att läsa om i flertalet av vår institutions kurslitteratur. Informanternas berättelser uttryckte tydligt att bemötandet är den centrala grunden för vårdrelationen. För att patienten ska uppleva sig hjälpt behövs inte bara den medicinska expertisen utan även det emotionella bemötandet.

Vår tro är att de flesta inom vården har höga ambitioner i bemötandet med patienter, men våra informanter beskriver en brist både vad gäller tillgänglighet i att få en besökstid och tillräckligt med tid vid själva mötet. Vi inser att ekonomin styr hälso- och sjukvården och det är brist på resurser. Våra tankar är dock att det kan vara en samhällsvinst att initialt avsätta tid i vårdrelationen, vilket vi tror att man tjänar in på längre sikt. Vinsten blir en god vårdrelation för patienten när denna känner trygghet och tillit. Det blir även en vinst för vårdgivaren, då denna känner tillfredsställelse i sin profession, vilket i sin tur leder till att minska risken för utbrändhet hos vårdpersonal. Att avsätta mer tid initialt kan leda till att patienten klarar sig med mindre tid i ett senare skede.

Vi tänker också att det kan vara en vinst både för patienten och samhällsekonomiskt att finna individuella lösningar för en effektiv rehabiliteringsprocess. Patienten kanske själv kan bidra med den bästa lösningen. Vi upplever från vårt empiriska material att patienterna har egna förslag och lösningar som de tagit initiativ till i rehabiliteringsprocessen. Inte sällan har de fått avslag av Försäkringskassan som hänvisar till brist på resurser. Ser vi då till antalet år våra informanter varit sjukskrivna är det en fråga som vi ställer oss om det är ekonomiskt försvarbart att neka till patienters egna initiativ.

Vi tror att en ökad möjlighet till individuella lösningar i rehabiliteringen leder till en snabbare återhämtning och återgång till arbetslivet. Det som är gemensamt för de flesta vi intervjuat är att någon form av motion eller fysisk aktivitet gynnar rehabiliteringen. Det fysiska och psykiska hälsotillståndet påverkas i en positiv riktning. Det som även är ett gemensamt drag är att gemenskap och socialt stöd är viktigt. Det kan vara olika konstellationer; vänner och familj, men även att få tillhöra en arrangerad grupp som stresshanteringsgruppen. Att i gruppen få ett sammanhang och få möjlighet att möta människor i liknande situation, samt utbyta erfarenheter och vara förebilder för varandra är viktigt.

Vi tolkar informanternas tankar om behov av gemenskap och bekräftelse som ett tecken på att det i dagens samhälle inte på liknande sätt som förr finns inbyggt socialt stöd. Förr var tempot i samhället lägre och det fanns mer utrymme för mellanmänskliga kontakter vilket idag kan vara svårt att finna tid för i den idag många gånger kravfyllda och fragmentiserade tiden.

Vi tror att tillgången till goda arbetsplatser där hänsyn tas till individen är en viktig förutsättning för att långtidssjukskrivna skall få en möjlighet att återgå till arbetslivet. Det kan handla om en arbetsplats som tar hänsyn till den individuella förmågan och anpassar arbetsuppgifterna till den aktuella situationen. Detta är något som också nämns i studien "På väg- en kvalitativ studie av långtidssjukskrivning, arbete och rörlighet". I boken

”Varför frågar ingen oss” önskar författarna bland annat en arbetsplats som också tar hänsyn till var människan befinner sig i sin livscykel. Sammanfattningsvis framträder värdet av att bli sedd som människa som en mycket viktig faktor i rehabiliteringsprocessen.

## Källförteckning

---

Andersson, Annika / Heed, Vanja / Larsson, Ann-Christine (red.) (2007): *Varför frågar ingen oss*. Stockholm: Santérus.

Antonovsky, Aaron (2005): *Hälsans mysterium*. Andra utgåvan. Stockholm: Natur och Kultur.

Astvik, Wanja / Mellner, Christina / Aronsson, Gunvor (2006): *På väg – En kvalitativ studie av långtidssjukskrivning, arbete och rörlighet*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbete och hälsa. ISBN 91-7045-789-1

Blomberg, Staffan / Petersson, Jan (2002): *Socialpolitik och socialt arbete*. I Meeuwisse Anna / Sunesson Sune / Swärd Hans (red.): *Socialt arbete*. Natur och Kultur

Brattberg, Gunilla (2007): *Levande ord för långtidssjukskrivna*. Stockholm: Värkstadén.

Eklund, Maria (2004): *Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.

Eriksson, Ulla-Britt / Starrin, Bengt / Janson, Staffan (2003): *Utbränd och emotionellt utmärglad*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, Lars Torsten / Wiedersheim-Paul, Finn (1993): *Att utreda, forska och rapportera*. Malmö: Liber-Hermod.

Eriksson, Lena (2004): *Arbete till varje pris*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

Gerner, Ulla (2005): *Den sjukskrivne i rehabiliteringsprocessen: hinder och möjligheter*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan.

Gilje, Nils / Grimen, Harald (2006): *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalo.

Hagberg, Bo (2002): *Minnet av ett liv*. I Andersson, Lars (red): *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur.

Hammarlund, Claes-Otto (2001): *Bearbetande samtal*. Stockholm: Natur och Kultur.

Hartman, Jan (2004): *Vetenskapligt tänkande: Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, Sam (2005): *Teori, metod och empiri*. I Larsson, Sam / Lilja, John / Mannheimer, Katarina (red.): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson Sam (2005): *Kvalitativ metod – en introduktion*. I Larsson, Sam / Lilja, John / Mannheimer, Katarina (red.): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Lindén, Gunilla (2006): *Psykodynamiska perspektiv på sociala problem*. I Meeuwisse, Anna / Swärd, Hans (red.): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur.

Nyqvist Cech, Berith /Lantz Katarina / Mononen Rolf (2005): *Att få människor att växa*. Karlstad: Karlstad Universitet, Institutionen för samhällsvetenskap, Social omsorgsvetenskap, Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete (IKU).

Payne, Malcolm (2002): *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

SOU 2006:107. *Fokus på åtgärder - en plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet*. Betänkande av rehabiliteringsutredningen. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

SOU 2000:121. *Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag*. Betänkande av sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

Starke, Mikaela (2003): *Att bli tonåring: ett föräldraperspektiv*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete.

Svenning, Conny (2003): *Metodboken*. Eslöv, Lorentz.

Theorell, Töres (1996): *Arbete och hjärnkärlsjukdomar hos män och kvinnor*. I Östlin, P / Danielsson, M / Diderichen, F / Härenstam, A / Lindberg, G (red.): *Kön och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2002): *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vahlne Westerhäll, Lotta / Bergroth, Alf / Ekholm, Jan (Red.): *Rehabiliteringvetenskap: rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Wickström, Annelie (2005): *Fokusrapport. Måluppfyllelse mätning vid rehabilitering*. Stockholms läns landsting. ISBN 91-85209-41-29.

Widerberg, Karin (2002): *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

*Institutionen för socialt arbete*

---

## **Vill du medverka i vår studie om rehabilitering**

Vi är två socionomstudenter vid Göteborgs Universitet som skall genomföra en studie om rehabilitering, vi är intresserade av dina tankar kring detta. Studien är vårt slutarbete på Socionomutbildningen. Vi är tacksamma för om du vill medverka genom att träffa oss för en intervju. Det är kuratorerna på vårdcentralen XXXX som har hjälpt oss att förmedla kontakten med dig. Vi har båda varit kuratorspraktikanter på Spinnaren. Ditt deltagande är givetvis helt frivilligt. Materialet kommer att avidentifieras, i vår text kommer du att vara anonym.

Vi kommer att ta en telefonkontakt och boka en tid tillsammans om Du skulle vilja ställa upp. Intervjuerna kommer att ske på vårdcentralen Spinnaren och tar cirka 40-50 minuter. Har du några frågor svarar vi gärna på dessa när vi ringer Dig.

Våra frågor till dig är:

- Vad innebär/betyder rehabilitering för dig?
- Har du blivit erbjuden någon rehabilitering/åtgärd för att du skall må bättre och på sikt återgå till arbetslivet?
- Vem tänker du har ansvaret för initiativet för att påbörja rehabiliteringen för att du ska må bättre?
- Om du fick tänka fritt och välja vad du tror att du skulle behöva för att må bättre och/eller få tillbaka din förmåga att komma tillbaka till ett arbete?

Med vänliga hälsningar

Sandra Ardarve  
Socionomstudent

Ulrika Eriksson  
Socionomstudent