

examensarbete

Våren 2010

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Socialt arbete

Chefer i rehabiliteringskedjan

Managers in the rehabilitation chain

Författare

Christina Lökvist
Therese Höglind

Handledare

Sven-Erik Olsson

Examinator

Anders Giertz

Förord

Vi vill börja med att tacka alla som medverkat i intervjuerna som ligger till grund för den här studien. Tack till vår handledare Sven-Erik Olsson för alla goda råd och stora tålamod. Tack även till alla andra som på olika sätt stöttat oss och hjälpt oss under uppsatsens gång.

Uppsatsen har vi skrivit tillsammans men de olika avsnitten i litteraturgenomgången har vi delat upp och skrivit var för sig, sedan har vi läst igenom varandras text, diskuterat och eventuellt kompletterat. Vi har genom diskussioner med varandra om uppsatsens olika delar fått djupare kunskap och förståelse för studiens problemområde.

Hässleholm, 2010-06-01

Therese Höglind

Christina Lökvist

Abstract

Vocational rehabilitation is an ongoing issue that directly or indirectly affects everyone at a workplace. In recent years, laws and rules have changed. The 1st July 2008 changes were made in the General Insurance Act (SFS 1962:381). These changes have meant that there is now a so-called rehabilitation chain. The rehabilitation chain contains time frames for when sick people will have their ability to work tested against their normal work or to other jobs. If a person is considered having enough capacity to be able to work he or she will lose their entitlement to sick pay.

The aim of our study is to investigate managers' perceptions of the new rehabilitation chain, with a focus on vocational rehabilitation of long-term sick to get them back to work.

The method used was qualitative and data collection was done through nine semi-structured interviews. The results showed that the managers we interviewed believe that their primary responsibility in the rehabilitation work is to be the link between sick leave and workplace. The managers generally think that the introduction of the rehabilitation chain is a good thing. It has become clearer with what to do when an employee becomes ill and the timeframes provides a degree of security as the managers know when different things will happen. Our results also show that managers believe that cooperation with external actors such as social insurance has become easier since the rehabilitation chain was introduced. Some believe that the timeframes may be too tight and they are worried that the individual is forgotten in the process. The conclusion of our study was that there has been a need for a more active and transparent process of rehabilitation and this need has been met by the rehabilitation chain. Although the managers think that the rehabilitation work has become clearer, there is some disagreement in the way of working with sick leave. Some managers say for example that they are still doing so-called rehabilitation investigations, although it shifted responsibility from themselves to the Social Insurance Agency.

Keywords: rehabilitation, rehabilitation process, long-term sick leave, return to work, collaboration.

Innehåll

FÖRORD	1
ABSTRACT	2
INNEHÅLL	3
1. INLEDNING	5
1.1 UPPSATSENS DISPOSITION	6
1.2 SYFTE	6
1.3 FRÅGESTÄLLNINGAR	6
1.4 DEFINITIONER	6
2. BAKGRUND	7
2.1 ANLEDNING TILL REHABILITERINGSKEDJAN	9
2.2 ARBETSGIVARENS SKYLDIGHETER.....	10
2.3 PRESENTATION AV REHABILITERINGSKEDJAN.....	11
3. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	12
<i>Rollteori</i>	12
4. LITTERATURGENOMGÅNG	13
5. METOD	21
5.1 UNDERSÖKNINGSMETOD.....	21
5.2 ETISKA ASPEKTER	22
5.3 GENOMFÖRANDE	23
5.4 URVAL.....	23
5.5 ANALYS OCH TOLKNING.....	24
5.6 METODDISKUSSION.....	24
6. RESULTAT	25
6.1 ANSVAR.....	25
<i>Ansvar mot organisationen</i>	25
<i>Ansvar mot den sjukskrivne</i>	26
<i>Den sjukskrivnes ansvar</i>	27
6.2 SAMVERKAN	28
<i>Intern samverkan</i>	28

<i>Extern samverkan</i>	29
6.3 FÖRÄNDRING	30
<i>Fördelar med införandet av rehabiliteringskedjan</i>	30
<i>Nackdelar med införandet av rehabiliteringskedjan</i>	31
7. DISKUSSION	33
7.1 SAMMANFATTNING AV RESULTATDISKUSSIONEN	38
SLUTORD	40
LITTERATURFÖRTECKNING	41
Bilaga	

1. Inledning

2008 ändrades Lagen om allmän försäkring (SFS 1962:381) som bland annat försäkrar sjuka en viss inkomst även om sjukdomen gör att de inte kan arbeta. Det nya i lagen är bland annat den så kallade rehabiliteringskedjan. Rehabiliteringskedjan består av tidsramar som reglerar när i sjukskrivningsprocessen vissa saker ska ske eller vara uppfyllda.

Intresset för uppsatsens ämne kom när vi gjorde vår verksamhetsförlagda utbildning hösten 2008. En av oss var då hos en teamchef inom personlig assistans. En teamchef arbetar bland annat med personalfrågor. Under ett möte med personalen uttryckte en kvinna att hon hellre var sjukskriven än sökte ett nytt arbete. Detta uttalande fick oss att fundera på hur chefer arbetar med sjukskriven personal som trots sin sjukdom (eller icke-sjukdom) faktiskt kan arbeta om än med andra arbetsuppgifter. Hösten 2008 började rehabiliteringskedjan implementeras i arbetet med sjukskriven personal. Handledaren på den verksamhetsförlagda utbildningen förklarade att i och med införandet av rehabiliteringskedjan skulle den sjukskrivne själv få mycket större ansvar över sin sjukskrivningsprocess. Vår första fundering kring detta var att chefer i så fall skulle få mindre ansvar i sjukskrivningsprocessen. Därför kände vi att det skulle vara intressant att ta reda på om arbetet med sjukskriven personal förändrats och i så fall på vilket sätt.

Det finns en svårighet i att göra undersökningar utifrån lagändringar. Rune Lavin (1978) skriver att socialförsäkringsområdet är ett föremål för ständiga utvidgningar och förändringar vilket gör det svårt att planera större forskningsprojekt inom området. Forskning rörande socialförsäkringar borde, skriver Lavin (1978) främst koncentreras på begränsade tillämpningsproblem. Vi påbörjade arbetet med denna uppsats våren 2009 och sedan dess har förändringar redan införts i rehabiliteringskedjan. Detta har lett till att vi fått ändra delar av uppsatsen. Som grädde på moset kommer också hela Lagen om allmän försäkring tillsammans med andra socialförsäkringslagar från och med 2011 upphävas och införlivas i den nya socialförsäkringsbalken (Rättsnätet, 2010).

1.1 Uppsatsens disposition

Till att börja med har vi valt att göra en kort historisk överblick om sjukskrivningar och rehabilitering i Sverige. Därefter skriver vi om anledningen till att rehabiliteringskedjan tillkommit i Lagen om allmän försäkring (AFL, SFS 1962:381) samt kort om arbetsgivarens ansvar, för att sedan göra en presentation av rehabiliteringskedjan. Därefter beskriver vi vår teoretiska utgångspunkt, som är rollteori. I avsnittet litteraturgenomgång presenterar vi en rad studier om vilka faktorer som påverkar sjukskrivnas möjligheter att återgå i arbete. I metodavsnittet presenterar vi vilken metod vi använt, samt vilka forskningsetiska principer vi utgått från i studien. Därefter beskriver vi hur själva undersökningen har gått tillväga rent praktiskt, vilka personer som varit med i undersökningen samt hur vi använt den data vi fått fram. Vi avslutar metodavsnittet med att föra en metoddiskussion. Sedan presenterar vi de resultat vi fått fram och för en diskussion om resultatet kopplat till den litteratur vi använt.

1.2 Syfte

Syftet med vår studie är att undersöka chefers upplevelser av den nya rehabiliteringskedjan med fokus på arbetslivsinriktad rehabilitering av långtidssjukskrivna för att få dem tillbaka till arbetslivet.

1.3 Frågeställningar

Vad anser chefer vara deras huvudsakliga ansvar i rehabiliteringsarbetet.

Har införandet av rehabiliteringskedjan påverkat personalarbetet, i så fall på vilket sätt.

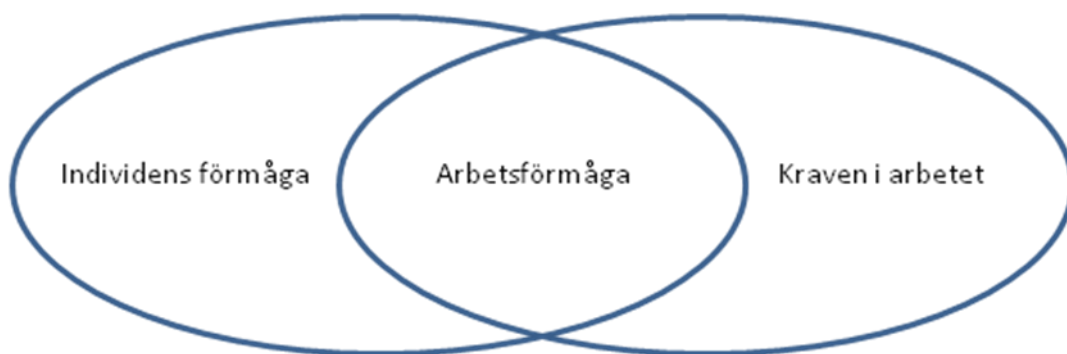
1.4 Definitioner

Rehabilitering: ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktad art som ska hjälpa sjukskrivna och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv. (Kerz et.al., 1995).

Chefer: vi har på flera ställen i uppsatsen använt begreppet chef eller chefer för våra respondenter. Alla respondenterna hade i stort sett samma arbetsuppgifter men deras yrkestitel varierade mellan organisationerna. Vi skulle kunna använt begreppet arbetsgivare men valde att låta bli då organisationerna våra respondenter arbetar i är att betrakta som arbetsgivare, till exempel kommunen.

Långtidssjukskrivna: vår definition av långtidssjukskrivna är personer som på grund av sjukdom är borta från arbetet längre än de 14 dagar då arbetsgivaren betalar sjuklönen.

Arbetsförmåga: begreppet arbetsförmåga är lika delar politiskt som medicinskt. Arbetsförmåga existerar i samspelet mellan individen och arbetet. Frågan om huruvida en individ har förmågan att utföra ett arbete kan inte isoleras från frågan vad arbetet kräver (SOU 2008:66).



2. Bakgrund

För att introducera ämnet var tanken att vi skulle jämföra Sveriges sjukförsäkring med andra länder. Tyvärr fann vi ingen tillfredsställande källa för att göra en relevant jämförelse. Genom statistiska centralbyråns länkning till OECD-ländernas gemensamma statistik kunde vi finna siffror på vilka som är berättigade till sjukpenning samt vilka som betalar eventuell sjuklön och hur länge. Den här uppsatsen ska handla om rehabilitering och vi valde då att se den funna informationen som irrelevant just här. Vi vill dock betona att den sjukförsäkringspolitik som råder i Sverige på inget sätt är unikt.

Alla länder som är att anses som välfärdsstater, där staten har en skyldighet att garantera ett minimum av levnadsstandard och tillgodose individens grundläggande sociala behov har någon form av sjukförsäkringssystem (Hetzler et. al, 2005).

Svensk litteratur om sjukskrivningar och rehabilitering råder det däremot ingen brist på. Genom att börja med en kort historisk överblick om sjukskrivning och rehabilitering i Sverige hoppas vi att göra vårt problemområde mer begripligt.

Intresset för sjukskrivningar och då i synnerhet långtidssjukskrivningar, har kommit relativt sent i den svenska socialpolitiken. 1955 infördes en lag om allmän sjukförsäkring och om arbetsskadeförsäkring som skulle gälla alla i arbete. I en statlig utredning från 1958 konstaterades att socialförsäkringens kostnader blivit ”betydande”. Eftersom allt fler människor omfattas av socialförsäkringen ansåg utredarna att det var av största betydelse att vidta åtgärder för att förebygga och minska följderna av sjukdom och invaliditet. Utredarna ansåg att rehabiliteringsåtgärder torde ses mer betydelsefulla och nödvändiga. Bestämmelser om rehabilitering infördes i 1962 års lag om allmän försäkring (Kerz et.al., 1995). Efter 1962 skedde det inga större förändringar i sjukförsäkringen förrän det i slutet av 1980-talet uppmärksammades att kostnader för sjukpenning, förtidspensionering och arbetsskador ökade dramatiskt. Det ansågs nödvändigt att minska andelen bidragstagare som mer eller mindre permanent sorterats ut från arbetsmarknaden pga. långa sjukskrivningsprocesser och förtidspensionering, detta under parollen ”arbete åt alla”(Grape, 2001).

1980-talets socialpolitik präglades av det strama ekonomiska läget, bidrag och sociala transfereringar ansågs ha blivit allt för dyra. Det ansågs därför vara en angelägen politisk uppgift att få fler medborgare i lönearbete. Fler lönearbetare skulle innebära mer skatteintäkter till staten, som i sin tur skulle kunna distribuera dessa medel tillbaka till grupper mest i behov av samhälls bistånd. Utstötningen och marginaliseringen av svaga samhällsmedborgare skulle förhindras genom införandet av en bättre arbetsmiljö och incitament för ”det goda arbetet”. Den generösa bidragspolitiken ansågs leda till att den sjukskrivne ställde in sig på en tillvaro utanför arbetsmarknaden, bidragssystemen blev mer attraktiva än arbetslivet. I denna anda introducerades 1992 års rehabiliteringsreform; ett program som betonade början på en förnyad och mer effektiv socialpolitik. Genomgående för förändringarna var en ökad betoning av en mer aktiv arbetslinje för långtidssjukskrivna. Arbetsgivarna och försäkringskassorna fick en nyckelroll vad det gällde att kartlägga den sjukskrivnes behov av rehabilitering (ibid). Trots dessa förändringar i lagen om allmän försäkring ökade sjukskrivningarna återigen mot slutet av 1990-talet (Iseskog, 2009).

Ett högt budgetunderskott och en krympande offentlig sektor gjorde det svårare att bedriva en effektiv arbetslivsinriktad rehabilitering för de grupper som omfattades av den förstärkta arbetslinjen (Grape, 2001). Under åren har lagen utvidgats och begränsats mycket beroende på vilken regering som varit styrande och motiven till förändringar har varit liknande, förhindra marginalisering och höga samhällsliga kostnader. Den största förändringen sedan 1992 kom 2008 med införandet av rehabiliteringskedjan.

2.1 Anledning till rehabiliteringskedjan

Det av regeringen angivna syftet med införandet av rehabiliteringskedjan är att säkerställa att åtgärder vidtas tidigt och om möjligt tillvarata arbetstagarens arbetsförmåga. Enligt regeringens bedömning bör detta leda till att fler personer kan återgå till arbete snabbare än fallet har varit tidigare (prop. 2007/08:1). I budgetpropositionen 2008 (ibid.) betonas det att det är av största vikt att så många personer som möjligt kan försörja sig genom eget arbete, framförallt för deras eget välbefinnande men även för att kunna bibehålla välfärden. Under de senaste åren har sjukfrånvaron minskat, 2008 var ca 132 000 personer långtidssjukskrivna, detta är en minskning sedan toppnoteringen 2002 då 300 000 personer var långtidssjukskrivna (Statistiska centralbyrån, 2010). Regeringen menar att problemet är att de som blir sjukskrivna ofta förblir det under lång tid och riskerar hamna i permanent utanförskap. De anser därför att det är angeläget att åstadkomma en aktivare sjukskrivningsprocess med tidiga insatser för att individernas arbetsförmåga i högre utsträckning ska tas till vara. Detta vill regeringen åstadkomma genom att göra sjukförsäkringen mer förutsägbar och ge bättre drivkrafter för återgång i arbete. I propositionen betonas det att den sjukskrivne måste känna ett eget tydligt ansvar för att komma tillbaka i arbetet. Aktiva rehabiliteringsinsatser och förbättrat stöd kombinerat med individens motivation och engagemang anses vara avgörande för att en sjukskriven ska kunna återgå i arbete. Regeringen framhåller att det är viktigt med tidiga insatser eftersom ju längre tid en sjukskrivning pågår, desto mindre chans är det att den sjukskrivne kommer tillbaka i arbete (Regeringen, 2010). Med införandet av en tidsbestämd rehabiliteringskedja menar regeringen att sjukförsäkringen blir mer rättssäker och förutsägbar för den sjukskrivne. Det ska vara tydligt för den sjukskrivne när han eller hon kan förvänta sig att en viss prövning sker. Regeringen har gjort bedömningen att den totala effekten av rehabiliteringskedjan och de ändrade reglerna för sjukersättning förväntas bli att antalet människor som befinner sig i utanförskap reduceras kraftigt (ibid).

2.2 Arbetsgivarens skyldigheter

I samband med att rehabiliteringskedjan införts i lagen om allmän försäkring (SFS 1962:381) har även arbetsgivarens skyldigheter när det gäller att en medarbetare blir sjukskriven förändrats.

Lagen lyder från 2003

kapitel 22 § 3

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Arbetsgivaren skall påbörja en rehabiliteringsutredning:

- 1. När den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd.*
- 2. När den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller*
- 3. När den försäkrade begär det.*

Rehabiliteringsutredningen skall i fall som avses i andra stycket 1 tillställas

Försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan om sjukdomsfall och i fall som avses i andra stycket 2 inom samma tid räknat från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. Har rehabiliteringsutredningen gjorts på begäran av den försäkrade, skall den tillställas kassan inom åtta veckor från den dag då begäran framställdes hos arbetsgivaren.

Som synes var en arbetsgivare skyldig att upprätta en utredning, detta för att göra tydligt vilka behov medarbetaren hade av rehabilitering samt vilka åtgärder som behövde vidtas för att åstadkomma en effektiv rehabilitering.

I och med ändringarna lyder lagen numera:

Kapitel 22 § 3

Den försäkrades arbetsgivare skall efter samråd med den försäkrade lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast skall kunna klarläggas och även i övrigt medverka därtill. Arbetsgivaren skall också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

En arbetsgivare är följaktligen inte längre skyldig att göra en utredning kring sin medarbetares rehabiliteringsbehov, denna utredning görs numera av Försäkringskassan tillsammans med den sjukskrivne. Däremot är arbetsgivaren skyldig att på den sjukskrivnes begäran lämna ett utlåtande som innehåller uppgifter om hur den sjukskrivnes arbetsförmåga ska kunna tillvaratas (Günzel, 2009). Arbetsgivarens ansvar vad det gäller att vidta åtgärder för en effektiv rehabilitering är dock oförändrad.

Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering regleras förutom i AFL även i arbetsmiljölagen (AML) och i lagen om anställningsskydd (LAS). I korthet innebär rehabiliteringsansvaret att arbetsgivaren ska:

- dokumentera och systematisera arbetet med rehabilitering
- anpassa arbetsmiljön i syfte att skapa gynnsammare förutsättningar för rehabilitering
- bekosta rehabiliteringsåtgärder
- organisera arbetet med rehabilitering
- utföra omplaceringar i rehabiliterande ändamål

2.3 Presentation av rehabiliteringskedjan

Rehabiliteringskedjan är en tidsplan för rehabiliteringsarbete. Planen är indelad enligt följande.

Dag 1-90

Försäkringskassan gör en bedömning av arbetstagarens arbetsförmåga att klara det vanliga arbetet eller annat arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder. Arbetsgivaren ska också titta på om det går att anpassa arbetsplatsen eller arbetsförhållanden på ett sådant sätt att det blir möjligt för arbetstagaren att arbeta trots sjukdom. En plan för återgång i arbete ska tas fram.

Dag 91-180

Försäkringskassan ska då även göra bedömningen i fall arbetstagaren kan utföra annat arbete hos arbetsgivaren. Arbetsgivaren har skyldighet att på arbetstagarens begäran lämna in ett utlåtande till Försäkringskassan. Utlåtandet ska ge svar på vilka möjligheter det finns att ta tillvara arbetstagarens arbetsförmåga efter omplacering eller efter vidtagande av rehabiliteringsåtgärd.

Dag 181-365

Vid bedömning av arbetstagarens arbetsförmåga ska beaktas om arbetstagaren har möjlighet att försörja sig själv genom förvärvsarbete på reguljära arbetsmarknaden.

Dag 366-

Från och med dag 366 bedöms arbetsförmågan mot den vanliga arbetsmarknaden. Om det däremot kan anses oskäligt att bedöma arbetsförmågan i förhållande till arbete på den vanliga arbetsmarknaden kan arbetstagaren även i fortsättningen ha rätt till sjukpenning (Försäkringskassan, 2010).

3. Teoretisk utgångspunkt

Rollteori

Rollteorin blir aktuell i vår undersökning då det ställs förväntningar på rollen våra respondenter har som mellanchefer, både från överordnade chefer, organisationen och underställda medarbetare. De olika förväntningarna som riktas mot mellanchefer kan leda till att de upplever inter-rollkonflikter eller intra- rollkonflikter.

Rollteorin går ut på att den vill förklara individens och gruppens handlade utifrån att vi ständigt, beroende på var vi befinner oss, går in i olika tillskrivna och förvärvade roller. Den mest centrala delen av rollteorin är rollbegreppet, en roll kan beskrivas som resultatet av människors förväntningar på individen i en specifik situation eller det beteende som förknippas med en person som innehar en viss position i en social struktur (Nilsson 1996). De sociala rollerna är internaliserade av samhällets medlemmar, alltså individer införlivar utifrånkommande uppfattningar, förklaringar och teorier. Detta sker oftast omedvetet. Vi kan till exempel överta samhällets normer, värderingar och ideologier genom till exempel massmedia och skola. Det finns en rad förväntningar på passande beteende som ställs på individen från omgivningen och samhället beroende på vilken position eller situation vi befinner oss i. De förväntningar och krav tar individen till sig och internaliserar och gör det till deras egna förväntningar på sig själva (Angelöw och Jonsson 2009).

En roll kan sägas vara summan av de normer som hänför sig till en viss uppgift eller position. Tre förhållanden kan särskiljas: positionen, rollen och rollbeteendet.

Med position menas det formella tillkännagivandet att en person är något visst, till exempel arbetsledare, direktör, man eller kvinna. Rollen består utav alla de förväntningar som kännedomen om positionen framkallar. Rollbeteendet handlar om hur rollinnehavaren uppför sig (Angelöw och Jonsson 2009). När rollen rymmer motstridiga förväntningar innebär det att det blir en rollkonflikt (Nilsson 1996). Det är svårt för individen när förväntningar från andra inte är tydliga, att veta vilket handlande som är socialt accepterat i en viss situation.

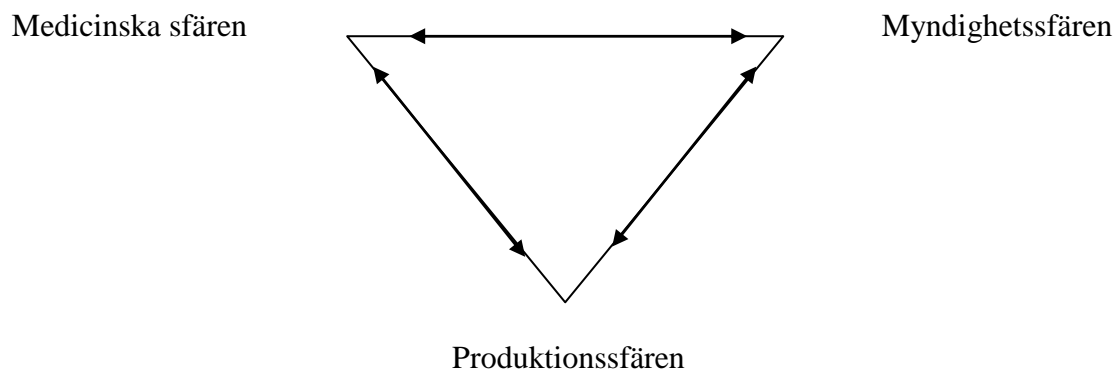
Rollkonflikter kan delas in i intra-rollkonflikter och inter-rollkonflikter. Intra-rollkonflikter upplevs då det ställs olika förväntningar på individen i en och samma position om hur den ska bete sig (Angelöw och Jonsson 2009). Till exempel kan en intra-rollkonflikt ofta uppstå för de chefer som har en mellanposition och konflikten tar form när en individ upplever oförenliga och motstridiga förväntningar på rollen som mellanchefer. En intra-rollkonflikt grundar sig i hur rollen utformas. Ett exempel kan vara när förväntningar ställs från underställda medarbetare på en mellanchefer att denne ska vara en i arbetsgruppen, att de ska stå upp för dem. Samtidigt kan överordnade chefer ställa krav på att mellanchefer ska verkställa beslut som tagits som de underställda medarbetarna är emot (Aubert 1979). En inter-rollkonflikt uppstår när en person innehar flera positioner mot vilka det riktas motstridiga förväntningar. Ett exempel kan vara att det riktas motstridiga förväntningar mellan individens yrkesroll och privata roll som förälder. Till exempel individens arbete kräver övertid samtidigt som individens barn har kvartssamtal i skolan (Angelöw och Jonsson 2009).

4. Litteraturgenomgång

I det här avsnittet presenterar vi olika teorier och undersökningar om vilka faktorer som påverkar sjukskrivnas möjligheter att återgå i arbete.

Rafael Lindqvist (2000) har sammanfattat flerårig forskning om organisationer och reformer i arbetslivsinriktad rehabilitering.

Lindqvist (2000) presenterar en teori om hur tre viktiga samhällsliga sfärer samverkar för att en sjukskriven ska kunna komma tillbaka i arbetslivet: den medicinska sfären (vården), myndighetssfären (Försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheter och i viss mån socialtjänsten) samt produktionssfären (privata och offentliga arbetsgivare och företagshälsovård).



Medicinska sfären betyder vården. Lindqvist (2000) menar att allt fler allmänmänskliga förhållanden såsom rehabilitering blir föremål för medicinska avgöranden och kontrollinsatser. Det betyder att från början icke-medicinska förhållanden klassas i medicinska termer och får en diagnos vilket innebär att lösningen på allt fler problem söks i medicinska behandlingar. Den medicinska sfären har enligt Lindqvist (2000) gradvis fått en roll som ”grindvakt” för bidragssystemen och dess betydelse. Den medicinska sfärens utlåtande om den sjukskrivnes medicinska tillstånd blir alltså mer eller mindre avgörande för dennes framtid. Ändringarna i socialförsäkringen kan sägas vara ett försök att minska den medicinska sfärens påverkan av socialpolitiska ställningstaganden det vill säga om sjukpenning och förtidspension ska beviljas och om rehabiliteringsinsatser ska genomföras. Målet för den medicinska sfären är att bota sjukdom och ohälsa för att få den sjukskrivne att återvända till arbete.

Myndighetssfären representerar statliga verksamheter som till exempel Försäkringskassan, arbetsförmedlingen och i viss utsträckning socialtjänsten. Myndighetssfären erbjuder kunskap och administrativa rutiner för arbetstagare och arbetsgivare under rehabiliteringsprocessen. De etablerar strukturer för kontakten mellan den medicinska sfären och produktionssfären genom att finansiera de flesta insatserna.

De statliga instanserna arbetar enligt en återanställnings- policy och en inställning till rehabiliteringsprocesser med regelverk, kontroll och tjänster.

Myndighetssfärens mål är att koordinera, reglera och understödja rehabiliteringsåtgärder i syfte att få sjukskrivna tillbaka i arbete.

Produktionssfären är arbetsmarknaden och är den sfär dit den sjuke idealiskt ska återvända. Representanter för produktionssfären är privata och offentliga arbetsgivare, fackföreningar och företagshälsovård. Produktionssfären lägger ingen vikt vid resultatet av rehabiliteringen som sådan utan det är snarare den ekonomiska aspekten som dominerar deras synsätt på rehabilitering. Arbetsgivare tenderar att investera mer i rehabilitering av arbetstagare som anses vara särskilt viktiga för arbetsplatsen och mindre i dem som bedöms vara mindre viktiga, överflödiga och oönskade. I det senare exemplet kan rehabilitering användas som en ursäkt för att säga upp dessa individer, göra få ”uppoffringar” eller försvåra för den sjukskrivne att återvända till arbetet efter en längre period av sjukskrivning. Målet för produktionssfären är att implementera rehabiliteringsmetoder som återanställer sjukskrivna till förmån för företaget eller organisationen.

Arbetsrehabilitering sker alltså i mellan dessa tre olika sfärer som sinsemellan präglas av motstridiga drivkrafter. Detta leder ofta till intressekonflikter som i en senare fas kan leda till olika sociala förändringar. Det faktum att det inte existerar något gemensamt normsystem gör att man måste räkna med att arbetsrehabilitering bedrivs i form av ett invecklat samspel mellan de olika sfärerna. Aktörerna försöker alla optimera resultaten inom den egna verksamheten genom egna planeringssystem och ekonomier (Lindqvist, 2000).

Landstad, Wendelborg och Hedlund (2009) har i sin studie använt sig av Lindqvists (2000) teori om samverkan mellan de tre sfärernas och dess betydelse. Syftet med deras studie var att se vilka faktorer som påverkar långtidssjukskrivnas chanser att återgå i arbete. Studien baserades på själv-rapporterad data från långtidssjukskrivna som fått sjukpenning i Januari 2002 och deras situation 3 år senare.

En av de mest betydelsefulla faktorerna för återgång i arbete är enligt denna studie individens egna möjligheter att påverka sin rehabilitering. Även ålder, storleken på ens hushåll och arbetserfarenhet är starka faktorer. Enligt deras studie har Lindqvists (2000) tre sfärer bara en underordnad roll när det gäller sannolikheten att en långtidssjukskriven kommer tillbaka till arbetet. De tre sfärerna påstås samverka enligt Lindqvists (2000) modell (om än på ett invecklat sätt), men Landstad. et.al. (2009) menar att samverkan dem emellan blir mer eller mindre verkningslös. Sannolikheten för att en sjukskriven ska återgå till arbetet beror på hur tät kontakten varit och hur nöjd man är med representanterna för varje sfär.

Det ska då inte förstås som att en positiv kontakt per automatik betyder återgång i arbete, tvärtom så visade en positiv kontakt med myndighetsfären på en minskad sannolikhet att den sjukskrivne kom tillbaka till arbetsplatsen.

Kände den sjukskrivne sig tillfredsställd med kontakten inom den medicinska sfären ökade sannolikheten att komma tillbaka till arbetsplatsen likaså med produktionssfären. Resultatet av studien indikerar på att en god kontakt mellan sjukskrivna och arbetsplatsen under rehabiliteringsprocessen är viktig då individens motivationsnivå snabbt sjunker. Redan efter tre månader uppges arbets- motivationen ha minskat med 25% och 65-70% efter 6 månader. Detta kan dock bli problematiskt då produktionssfären styrs av ekonomiska aspekter snarare än att få den sjukskrivne tillbaka till arbetsplatsen.

Larsson och Gard (2003A) och Holmgren och Ivanoff (2007) har i sina studier undersökt synen på sjukskrivningar och rehabilitering utifrån arbetsgivarens perspektiv. De har genom kvalitativa studier undersökt arbetsgivares attityder och åsikter om hur de kan förbättra rehabiliteringsprocessen samt vilket ansvar de som arbetsgivare har när det gäller att medarbetare ska komma tillbaka till arbetet.

Syftet med Larsson och Gards (2003A) studie är att beskriva arbetsgivarens erfarenheter av rehabiliteringsprocessen på arbetsplatsen och hur den kan förbättras med fokus på kvalitet och kostnadseffektivitet. Arbetsgivarna i studien ansåg att de tog det huvudsakliga ansvaret för sina anställda både vad gäller rehabilitering och att denna rehabilitering är anpassad efter den enskilde medarbetaren. Arbetsgivarna i studien menar att varje medarbetare borde bli bekräftad som en medmänniska värd uppmärksamhet. Arbetsplatsens (arbetsgivare och kollegor) attityd gentemot sjukskrivna är inte alltid positiv, detta menar arbetsgivarna kan förändras genom att den sjukskrivne har kontakt med och får stöd av kollegor och arbetsgivaren. Om en sjukskriven medarbetare möts med negativitet eller misstro från arbetsplatsen försvårar det den sjukskrivnes möjligheter för återgång i arbete. Arbetsgivarna i studien menar också att den sjukskrivnes läkare spelar en avgörande roll vad det gäller att motivera sin patient till att hålla kontakt med sin arbetsplats för att undvika långa sjukskrivningar.

Arbetsgivarna i Larsson och Gard (2003A) studie har inga avdelningar eller dylikt för rehabilitering inom sina organisationer. De får istället köpa tjänster av företagshälsovården, detta gör de i varierande utsträckning. Utöver företagshälsovården samarbetar de med andra arbetsgivare för att erbjuda sjukskrivna att pröva på andra arbetsuppgifter.

Arbetsgivarna anser att det finns ett behov av att bli bättre på att upptäcka tidiga signaler på sjukdom hos sina medarbetare. Detta för att kunna göra nödvändiga förändringar av arbetsmiljön i tid.

Systematisk arbetsmiljö kontroll samt regelbundna samtal med medarbetarna anses vara ett sätt för arbetsgivare att förhindra långtidssjukskrivningar. Arbetsgivarna anser vidare att rehabiliteringen på arbetsplatsen kan förbättras genom införandet av tydliga rutiner, bättre mellanmänniska relationer och arbetsmetoder.

Larsson och Gard (2003B) har även publicerat en studie vars syfte var att beskriva arbetsgivares erfarenheter av hur motivation kan förbättras i en arbetsrehabiliterande process. Arbetsgivarna i studien menar att både sjukskrivnas och chefers motivation kan förbättras i rehabiliteringsprocessen. Den sjukskrivnes motivation kan förbättras genom att det uppställs realistiska mål i ett tidigt skede av sjukskrivningsprocessen, mål för effektiv hantering av rehabiliteringen eller mål för återgång i arbete. Om sjukskrivna påbörjar sin rehabilitering i konsensus med sin arbetsgivare vad det gäller vilka mål de ska uppnå kan resultaten bli mer effektiva och upprätthållas under längre tid. Negativa resultat kan uppstå om för höga krav ställs på den sjukskrivna i förhållande till förmåga. Författarna menar att i en sjukskrivningsprocess ska arbetsgivaren fokusera på den sjukskrivna individen, uppmuntra egenmakt och eget ansvar i planeringen av rehabiliteringen. Den sjukskrivnes motivation i rehabiliteringsprocessen kan influeras av många olika faktorer, individuella faktorer, arbetsrelaterade faktorer och faktorer i själva rehabiliteringsprocessen. Arbetsgivarnas egen motivation att delta i rehabiliteringsprocessen sägs öka vid en god kontakt med Försäkringskassan och andra professionella inom rehabilitering (läkare, arbetsterapeut o. dyl.). Effektiv rehabilitering kräver att de olika professionella aktörerna såsom Försäkringskassan, arbetsförmedlingen, sjukvården och arbetsgivaren kan samarbeta och strävar efter samma mål. Däremot visar sig samarbete mellan olika aktörer vara svårt då de kan ha olika uppfattning om vad som är viktigast för den sjukskrivne. Detta stämmer överens med det Lindqvist (2000) menar med att förhållandet mellan sfärerna kan bli problematiskt då de kan ha olika uppfattningar om vad som är viktigast att fokusera på i sjukskrivningsprocessen.

Holmgren och Ivanoff (2007) har som syfte i sin studie att utforska arbetsgivares syn på sitt ansvar i processen för återgång till arbete samt vilka faktorer som spelar in i stödet för sjukskrivna medarbetare. Två teman utröns i studien.

Det ena är att arbetsgivaren är en ”nyckelperson” som har det huvudsakliga ansvaret för rehabilitering av sjukskrivna medarbetare samt för skapandet av en god arbetsmiljö.

Det andra är ”inflytelserika faktorer för rehabilitering”, respondenterna i studien beskriver rehabiliteringsarbetet som en del av en större helhet. Denna helhet påverkas av samhället, krav och resurser på arbetsplatsen samt interaktionen mellan alla involverade parter.

I studien framgår det att arbetsgivarna anser sig ha det huvudsakliga ansvaret för att initiera all samverkan och alla nödvändiga åtgärder för den sjukskrivne medarbetaren. Arbetsgivarna strävar också efter att etablera ett ömsesidigt förtroende mellan sig själva och den sjukskrivne och betonar vikten av att vara stödjande genom hela rehabiliteringsprocessen. Holmgren och Ivanoff (2007) visar att arbetsgivarnas roll som ”nyckelperson” kan bli användbar i det förebyggande arbetet med mål att minska långtidssjukskrivningar på arbetsplatsen.

Rollen som ”nyckelperson” kan bli central i en plan för återgång till arbete designad i samarbete med Försäkringskassan och andra aktörer inriktade mot rehabilitering. Som arbetsgivare bör man kunna uppmärksamma inte bara de som är sjukskrivna utan även arbetskamrater, andra involverade parter samt krav från organisationen och samhället.

Erfarenheter talar om å ena sidan höga krav på arbetsprestationer och en balanserad ekonomi och å andra sidan behovet av modifierade arbetsuppgifter. Alla arbetsplatser har inte möjlighet att ”skapa” nya arbetsuppgifter som kanske skulle passa den sjukskrivne. I studien beskriver arbetsgivarna att deras ansvar är att hålla ekonomin i balans och även om de har all intention att stödja den sjukskrivne i återgången till arbetet saknar de tillräckliga resurser att genomföra det.

För att minska eller förhindra sjukskrivningar menar Holmgren och Ivanoff (2007) att samhället ska arbeta tillsammans med arbetsgivare för att skapa en gemensam policy som främjar modifierade arbetsplatser, lämpliga arbetsuppgifter och mindre rationalisering.

Arbetsgivarna i studien anser att det är en viktig uppgift att involvera alla medarbetare i att skapa en god arbetsmiljö för att förhindra långtidssjukskrivningar. De betonar vikten av att medarbetare är stödjande och håller kontakt med den sjukskrivne. Detta beskrivs öka möjligheterna för den sjukskrivne att återgå i arbete. Arbetsgivarna i studien anser att den sjukskrivnes motivation är avgörande för en lyckad rehabilitering. Detta resonemang stämmer väl överens med resultatet av Larssons och Gards (2003B) studie där ett ökat fokus på den sjukskrivnes motivation anses vara nödvändig i arbetsrehabilitering. Arbetsgivarna har erfarenhet att det både är arbetsrelaterade och privata faktorer är anledningar till att den sjukskrivne inte vill återgå i arbete.

Arbetsgivarna anser att det är viktigt att samverka med andra parter som är involverade i rehabiliteringsprocessen och att etablera en gemensam inställning. Samverkan mellan handläggare på Försäkringskassan beskrivs som särskilt väl fungerande.

Holmgren och Ivanoff (2007) menar att fall där handläggare från Försäkringskassan haft en mer aktiv roll i rehabiliteringsprocessen resulterade i att en högre andel sjukskrivna återgick i arbete. Arbetsgivarna beskriver emellanåt en brist på förståelse, särskilt från hälsovården vilket kan få negativ effekt på rehabiliteringsprocessen. Detta då den sjukskrivnes läkare inte nödvändigtvis har kunskap om den sjukskrivnes arbetsplats.

Enligt Edlund, Ek-Kahnlund och Dahlgrens (1998) så har arbetsgivaren en stor roll i rehabiliteringsarbetet. De menar att arbetsgivarnas förhållningssätt, attityd och även deras människosyn påverkar effekten av rehabiliteringsarbetet. Arbetsgivarna i denna studie delas in i fem idealtyper utifrån ledarstil och människosyn. Dessa fem koncentreras senare i två typer, den ena kallas ”välfungerande” och den andre ”mindre välfungerande”.

Den ”välfungerande” arbetsgivaren har bland annat följande egenskaper:

- Ser arbetstagarna som en tillgång man har anledning att vårda av såväl humana som företagsekonomiska skäl.
- Ser rehabilitering som en process och samordnar förebyggande insatser med rehabiliteringsinsatser för redan sjuka.
- Ser Försäkringskassan som en resurs med service och konsult funktion.
- Betonar såväl arbetsgivarens som den anställdes ansvar för arbetsmiljö och hälsa
- Försöker anpassa sig till förändrade förhållanden med flexibilitet som huvudstrategi.

Den ”Mindre välfungerande” arbetsgivaren kännetecknas bland annat av:

- Brister i samverkan med andra aktörer i rehabilitering.
- Flyr sin del av ansvaret och överlåter till andra att lösa problemen.
- Betonar den anställdes egna ansvar för arbetsmiljö och hälsa. Anser att arbetsmiljölagstiftningen är allt för krävande.
- Är uppgiven inför framtiden och har svårt att se rehabilitering som lönsam.

Genom egenskaper som att bry sig om sina anställda och att handla företagsekonomiskt kan arbetsgivare förena ekonomiska intressen med bra rehabiliteringsarbete och förebyggande hälsoinsatser (Edlund, et.al., 1998).

Aas, Ellingsen, Lindøe och Möller (2008) har undersökt vilka ledarskapsegenskaper som värderas som viktigast enligt både anställda och chefer när det gäller att en sjukskriven medarbetare ska återgå till arbete. De menar att den närmaste chefen har en kärnroll när det gäller säker och effektiv återgång i arbete. De menar också att ledarskapsstilar kan påverka skador, sjukskrivningar och funktionsnedsättning hos anställda. Studien visar också på att risken för långtidssjukskrivning ökar vid lågt stöd från chefen och om kvaliteten på förvaltningen anses dålig. Bristande stöd från arbetskamrater anges också som anledning till längre sjukskrivningar. I likhet med Holmgren och Ivanoff (2007) menar författarna att ansvaret att vara ”nyckelperson” ställer speciella krav på chefen, särskilt på deras ledarskapskvaliteter. Många chefer känner sig förvirrade och okvalificerade inför rollen som just ”nyckelperson” i sjukskrivningsprocessen. Den i studien ofta omnämnda ledarskapsegenskapen ”förmåga att hantera intressekonflikter” som till exempel företagets intressen *kontra* den sjukskrivnes intressen, krav på produktion *kontra* anpassning, snabb återgång till arbetet *kontra* empati samt ”andra” *kontra* ”den sjuka” anses som extra viktig.

I studien har de listat de ledarskapsegenskaper som angivits som viktigast av både chefer och sjukskrivna vad det gäller den sjukskrivnes möjligheter för återgång i arbete. De viktigaste egenskaperna är enligt studien chefens förmåga att hålla/skapa regelbunden kontakt, visa omtänksamhet och förståelse gentemot den sjukskrivne.

Författarna till studien talar om en trend i hanteringen av sjukskriven personal. Flera länder har anslutit sig till ett internationellt arbete att få fram certifierade personer som enbart arbetar med hantering av sjukskrivna i processen för återgång i arbete (Aas et al, 2008).

I statens offentliga utredning: Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar (1998) står det att den enskildes motivation, arbetskamrater och arbetsledningen har störst betydelse för återgång i arbetet. När någon på grund av ohälsa tvingas vara borta från sin arbetsplats är det viktigt att rehabiliteringen sätts in tidigt. Utsikterna för en framgångsrik rehabilitering minskar snabbt om insatserna kommer in först sedan den sjukskrivne varit borta en längre tid från sin arbetsplats. I utredningen står det att möjligheterna till framgångsrik rehabilitering nästan alltid finns på den sjukskrivnes arbetsplats. Den sjukskrivnes närmaste chef har en särskilt viktig stödfunktion då han eller hon ofta har möjligheter att vidta åtgärder som förbättrar den sjukskrivnes förutsättningar att återkomma till arbetet. I utredningen vill de också understryka att det för arbetsgivarens del är rent företagsekonomiskt lönsamt med en tidig rehabilitering (SOU 1998:104).

Sammanfattningsvis kan arbetslivsinriktad rehabilitering påverkas av flera olika faktorer. Forskare menar att samverkan mellan de olika aktörerna spelar stor roll vad det gäller att få sjukskrivna åter i arbete. Samverkan mellan de olika aktörerna kan vara komplicerad då de kan ha olika uppfattningar om vad som är viktigast att fokusera på i en sjukskrivningsprocess. De Lindqvist (2000) kallar sfärer, har alla olika prioriteringar. Forskarna är överens om att arbetsgivaren får och tar ett stort ansvar i rehabiliteringsprocessen. Även den sjukskrivnes motivation anges vara av stor vikt och denna motivation påverkas i sin tur av samarbetet med övriga aktörer. Det kan med andra ord liknas vid en spiral där de olika aktörerna påverkar varandra. Bilden av en sjukskrivningsprocess kan inte beskrivas utan att alla delar uppmärksammas.

5. Metod

I metodavsnittet kommer vi att motivera den undersökningsmetod vi valt. Sedan presenterar vi de forskningsetiska principer vi har tagit hänsyn till i undersökningen, därefter beskriver vi de olika delarna i vårt tillvägagångssätt under datainsamling och analys. Till sist för vi en metoddiskussion.

5.1 Undersökningsmetod

För undersökningen valdes kvalitativ metod. Enligt Kvale (1997) är samtal det bästa sättet att få veta hur människor uppfattar sin omvärld. I en kvalitativ intervju försöker intervjuaren se ur de intervjuades synvinkel och förstå deras tankar. Genom en kvalitativ intervju ökar forskaren sin förståelse och kunskap för vad liknande situationer kan innebära för andra människor i samma situation. Detta arbetssätt är enligt Starrin och Svensson (1994) en hermeneutisk ansats som handlar om att tolka och analysera varje intervjupersons uttalande och handling. I kvalitativ metod är det centrala att hitta beskrivningar, skapa kategorier, finna teman samt modeller som beskriver fenomenen eller sammanhang.

Valet av kvalitativ metod grundades på att få en bra beskrivning av sammanhanget, som då ger möjlighet till fördjupad kunskap om intervjupersonernas uppfattningar.

Halvstrukturerad intervju kan öka undersökningens validitet då det finns möjlighet till fördjupning i intervjupersonens svar i samma ögonblick då de kommer upp.

Genom att intervjuaren är medveten om ledande frågors betydelse för resultatet, främjas god reliabilitet (Starrin och Svensson, 1994). Då en halvstrukturerad intervju med en genomarbetat intervjuguide som stöd används kan enligt Starrin och Svensson (1994) god reliabilitet uppnås.

5.2 Etiska aspekter

Etiken som gäller respondenterna i undersökningen har vi tagit hänsyn till enligt Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer. Vi har i vår undersökning utgått från de fyra huvudkraven.

Informationskravet innebär att forskaren ska informera respondenterna om deras roll i undersökningen samt att medverkan är frivillig. All information som kan påverka respondenternas val av medverkan ska delges. Vi informerade våra respondenter via telefon, vid samtalet berättade vi om studien och dess syfte samt hur intervjuerna skulle genomföras.

Samtyckeskravet betyder att respondenten har rätt att själv om han eller hon vill delta och forskaren ska få respondentens samtycke om att medverka i undersökningen. Respondenterna kunde själva välja om de ville medverka efter att vi informerat om studien.

Konfidentialitetskravet innebär att respondenterna i undersökningen ska ges största tänkbara konfidentialitet och allt material som kan härledas till respondenterna ska förvaras på ett sådant sätt att inga andra än forskarna kan ta del av materialet. Vi har tagit hänsyn till respondenternas integritet genom att inte avslöja varken namn eller arbetsplats. Allt material har förvarats på ett sådant sätt att endast författarna haft tillgång till det.

Nyttjandekravet gäller principen att materialet som insamlats endast får användas för forskningsändamål. Det insamlade materialet kommer förstöras efter examination.

Vi anser oss tagit hänsyn till de etiska aspekterna gällande de som medverkat i studien. Vi anser oss ha behandlat respondenterna som mål i sig och inte enbart som medel för det vi vill uppnå.

5.3 Genomförande

Efter att vi sammanställt vår intervjuguide gjordes en provintervju. Efter provintervjun insåg vi att vår intervjuguide inte var tillräcklig, frågorna var otydliga och krävde mycket förklarande innan respondenten kunde besvara frågorna. Vi blev därför tvungna att skriva om den. När intervjuguiden var omarbetad tog vi kontakt med respondenterna. Vi ringde upp intervjupersonerna och informerade om studien och dess syfte. Under telefonsamtalet informerades intervjupersonerna om hur intervjun skulle genomföras, hur lång tid den skulle ta, att det var valfritt att tacka ja eller nej till medverkan samt att deras identitet inte kommer att röjas i undersökningen. Tid för intervjun bokades under samtalet. 16 personer tillfrågades varav nio valde att delta. Christina Lövkvist genomförde fem intervjuer, alla med personer inom offentlig förvaltning, vård och omsorg. Therese Höglind genomförde fyra intervjuer med personer inom privat sektor, handel och administration. Alla intervjuerna ägde rum på intervjupersonernas egen arbetsplats och tog mellan 20 och 45 minuter. Samtliga intervjuer spelades in på digital diktafon. Detta för att kunna ägna intervjupersonerna full uppmärksamhet och därför kunna ta fasta på uttalanden som gett skäl för följdfrågor. Fördelarna med att spela in intervjuerna är att intervjuaren kan koncentrera sig på ämnet och dynamiken i intervjun samt att allt i intervjun registreras permanent för att senare kunna lyssnas om av intervjuerna (Kvale, 1997). Enligt Patel och Davidsson (1994) höjs reliabiliteten eftersom intervjun är inspelad och därmed kan lyssnas på i repris och ge försäkran om att allt uppfattats korrekt. Intervjuerna skrevs ordagrant ut efter datainsamlingen.

5.4 Urval

Syftet med vår studie är att undersöka chefers upplevelser av rehabiliteringskedjan. Vårt urval är ett bekvämlighetsurval, vilket betyder att vi intervjuat personer som för tillfället varit tillgängliga för oss. Fokus ligger inte på att få ett representativt urval utan att kunna göra en ingående analys av intervjuerna (Bryman, 2006).

5.5 Analys och tolkning

Efter att vi ordagrant och var för sig skrivit in våra intervjuer i datorn skrev vi ut dem i pappersformat för att kunna påbörja analysen. Vi började med att läsa igenom intervjuerna flera gånger och göra noteringar under tiden om det som ansågs mest framstående. Utifrån våra frågeställningar har vi sedan *kategoriserat* det vill säga försökt hitta begrepp som förekommer ofta eller på annat sätt är framträdande (Hartman, 2004). Efter att vi kategoriserat var för sig träffades vi och jämförde vad vi kommit fram till. Vi hade valt ut snarlika begrepp, som vi sedan kunde föra samman och sätta under en kategori. Vi fick fram tre kategorier: *ansvar*, *samverkan* och *förändring*. Varje kategori har sedan fått underrubriker. Efter kategoriseringen läste vi om intervjuerna igen och försökte hitta citat som vi tyckte belyste varje kategori. Därefter jämförde vi de citat vi valt ut och fann att vi till stor del valt samma citat att styrka kategorin med. Varje kategori har vi inledningsvis beskrivit kort och sedan styrkt med citat för att därefter avsluta varje kategori med en kort sammanfattning. Till sist har vi gjort en sammanfattande diskussion av resultatet. Vi vill slutligen påpeka att vi är medvetna om att resultatet är tolkat och därmed färgat av vår förförståelse och våra tankar.

5.6 Metoddiskussion

Syftet med den här studien har varit att undersöka chefers upplevelser av den nya rehabiliteringskedjan. Utifrån vårt syfte kändes valet av kvalitativ metod mest naturligt då en kvalitativ studie ger en djupare förståelse av respondenternas livsvärld. En kvantitativ studie som till exempel enkät hade inte kunnat ge någon djupgående och beskrivande redogörelse i lika stor utsträckning som intervju (Starrin & Svensson, 1994). Vi genomförde halvstrukturerade intervjuer med en intervjuguide, fördelen med halvstrukturerad intervju är att under intervjuens gång kan man som intervjuare ställa följdfrågor som kan förtydliga svaren. Nackdelen med halvstrukturerad intervju är att intervjuerna kan bli styrda av intervjuarens förförståelse och att respondenterna omedvetet kan styras mot önskade svar. Någon av intervjuerna varade i 20 minuter, vilket kan upplevas som kort. Vi tänker att detta kan bero på vår begränsade erfarenhet av dylika uppgifter och att vi därav inte lyckats ”hänga på” respondenternas svar med följdfrågor. Vi är medvetna om att vårt sätt att ställa vissa frågor kan ha lett till att respondenternas svar ibland uppfattas som neutrala och ytliga. De kan ha svarat på ett ”korrekt sätt” utifrån rollen som chef, en förlängning av organisationen.

Det är i alla undersökningar viktigt med ett etiskt förhållningssätt, både i valet av studie men framförallt för att visa respondenterna hänsyn vid medverkan i studien.

Studien har utgått från vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer och vi anser att vi relaterat dem till både studien och respondenterna. Validiteten av analysen har stärkts eftersom vi gjorde analysen var för sig. Båda kategoriserade och när vi jämförde våra begrepp visade det sig att kategorier vi valt baserades på ungefär samma tankar.

6. Resultat

Analysen av intervjuerna ledde till tre kategorier som beskriver olika delar i rehabiliteringsarbetet. Kategorierna är ansvar, samverkan och förändring. Ansvar har underrubrikerna ansvar mot organisationen, ansvar mot den sjukskrivne och den sjukskrivnes ansvar. Samverkan har underrubrikerna intern samverkan och extern samverkan. Förändring har fördelar med införandet av rehabiliteringskedjan och nackdelar med införandet av rehabiliteringskedjan som underrubriker.

6.1 Ansvar

Ansvar mot organisationen

Alla respondenterna har i stort sett samma arbetsuppgifter, det kan skilja något i storlek på personalgrupperna men i övrigt är det mesta likt. Respondenterna berättar att rollen som chef innebär att det riktas många förväntningar mot dem. Förutom att de måste följa lagen har organisationerna egna riktlinjer som ska följas. Flera gånger under intervjuerna svarar respondenterna i Vi form, de talar inte nödvändigtvis om sina egna åsikter och erfarenheter utan talar som en representant för organisationen. När det handlar om ansvaret respondenterna har gentemot den organisation de arbetar i, nämns i första hand pengar. De har ett ekonomiskt ansvar. Respondenterna uttrycker att det kostar verksamheten mycket att ha sjukskrivna. Respondenterna menar att rehabiliteringskedjan gör att sjukskrivningarna blir kortare vare sig den sjukskrivne återgår till arbetet eller kommer att stå till arbetsmarknadens förfogande. Detta menar respondenterna kommer leda till positiva ekonomiska effekter för organisationen. Några respondenter berättar också om hur deras organisation använder sig av så kallade ”utköp”. ”Utköp” innebär att i stället för att betala för rehabilitering och sjuklön så betalar arbetsgivaren ut en engångssumma mot att personalen avslutar sin anställning.

”Det kostar mig och företaget ganska mycket när vi har personer borta, det är arbete som inte blir gjort.”

”Man kan ju inte betala en lön för en person som inte kan arbeta för en.”

”De får sin halvårslön och får gå vidare i livet.”

”Vi måste ta in vikarier och pussla med andra personer, det är inte alls bra.”

”Rent krasst idag så behöver vi människor som kan jobba mer eller mindre heltid.”

Ansvar mot den sjukskrivne

Respondenterna har berättat vad de själva anser vara deras arbetsuppgifter och skyldigheter om någon av deras personal blir sjukskriven.

Förutom ett generellt förhållningssätt där respondenterna talar om människovärde och vikten av ett empatiskt förhållningssätt, har samtliga intervjupersoner angett att de förväntas hålla kontakten med den sjukskrivne och att de ska vara en central del i det psykosociala rehabiliteringsarbetet. En person ansåg dock att denna kontakt kunde vara kränkande för den sjuke och avstod därför från att ha så tät kontakt som föreskrivs i organisationens policy. En annan menar att det ska vara den sjukskrivnes egen vilja att ha kontakt med arbetsplatsen som ska vara styrande. En annan del av ansvaret förutom att hålla kontakten är att vara ett stöd för den sjukskrivne, att hela tiden få den sjuke att känna sig delaktig i beslut som tas och förändringar som sker på arbetsplatsen. Flera nämner också att det är deras ansvar att ta fram en plan för rehabilitering och några håller fast vid att göra en rehabiliteringsutredning mest för sin egen skull. Några respondenter anser det vara sitt ansvar att se till att den sjuke så snabbt som möjligt kommer tillbaka till arbetet igen medan takten inte anses så betydande av andra. De poängterar hellre vikten av en hållbar lösning. När det kommer till att avsluta anställningar och meddela för den sjukskrivne att det inte finns mer att erbjuda från verksamhetens håll, uttrycker flera respondenter en oro för den sjukes framtid. Flera ställer sig frågor som vad händer sen? Vad ska de tycka om mig? Några uttrycker också en form av sorg att den sjuke försvinner ur deras liv.

”Givetvis ligger stort ansvar på mig, bara sådana enkla saker som hålla kontakten med den sjukskrivne och säga när det händer något större på arbetsplatsen så man känner samhörighet även när man är hemma.”

”Egentligen sa de till oss från början att vi skulle ringa hem till den sjuka redan de första dagarna och det har jag inte gjort, för det känns som om man är lite väl på (...) ja att man som personal kanske känner så att: Har jag inte rätt att vara sjuk?”

”... för vi vill ju egentligen ha en hållbar lösning på sikt, det viktiga är inte att personen kommer tillbaka snabbt och sen trillar tillbaka i sjukskrivning efter en vecka utan vi vill ju att det ska bli en långvarig hållbar lösning.”

”Man vill ju inte liksom, att ändå avsluta en anställning sen har man de ju kvar i tankarna, hur kommer det att gå? Vad blir det av dem? Kommer de att klara sig? Och så vidare”.

”Man tänker ju ändå på dem och hoppas att det går bra och det kanske inte alltid uppfattas hos en arbetsgivare utan mer poff bort med den liksom, och så är ju inte tankarna.”

Den sjukskrivnes ansvar

Flera av respondenterna har även betonat den sjukskrivnes egenansvar i den här processen. Att ansvaret över sjukskrivningen och rehabiliteringen är ett delat ansvar. Någon berättar att den sjukskrivne själv måste arbeta på att komma tillbaka till arbetet för att inte hamna i en oändlig sjukskrivning. Den sjukskrivne måste alltså själv vara en drivande part. Det upplevs som splittrat hos några att dels vara den som ska vara stödjande för den sjukskrivne och samtidigt lita på att den sjuke själv är drivande.

”Som arbetstagare måste man vara villiga att ställa upp på det här, att aktivt delta i de möten jag kallar till och intresserad av hur man kan anpassa deras arbete så de kan komma tillbaka.”

”Som sjukskriven anpassar och lever du ditt liv efter det, på samma sätt som mitt liv är uppbyggt på att jobba så är deras på att vara sjuka.”

”Jag tror att det handlar väldigt mycket om inställningen hos individen (...) man är två parter som hjälps åt.”

”De vet med sig att klarar de inte av det här jobbet som jag har just nu så måste jag ut och söka jobb någon annanstans och kanske inte riktigt mäktar med eller orkar med eller inte vet vad de vill göra.”

Respondenterna uttrycker alla att kontakten med den sjukskrivne faller under deras ansvar, detta kan vara telefonkontakter eller att den sjukskrivne får information och känner sig delaktig i vad som händer på arbetsplatsen. Men respondenterna anser även att det ansvaret ska vara delat och att den sjukskrivne själv måste vara en drivande part. Flera uttrycker en förståelse för att det kan vara tufft för den sjukskrivne att vara drivande. De menar att motivationen för återgång i arbete måste finnas där för en lyckad rehabilitering.

Respondenterna har en del olika uppfattningar om takten tillbaka till arbetet. Vissa anser att det bästa för den sjukskrivne är att komma tillbaka så snabbt som möjligt.

Ett par respondenter har även uttryckt att de inte ”tror på” sjukskrivningar, de menar att den sjukskrivne inte blir frisk av att vara hemma. Andra ser hellre att en sjukskrivning får ta tid så att det blir en långsiktig hållbar lösning. Ur en verksamhetsekonomisk synvinkel är dock en snabb process att föredra.

6.2 Samverkan

Intern samverkan

Ingen av respondenterna har angett att de helt på egen hand sköter sjukskrivningsärenden.

Vissa har mycket hjälp och stöd inom organisationen i form av en så kallad rehabiliteringskoordinator som på heltid arbetar med enbart rehabiliteringsfrågor och sjukskrivningar. Andra får hjälp av personalsekreterare vid svårare fall och när de inte själva lyckas hitta möjligheter till omplaceringar eller rehabiliteringsåtgärder.

Någon anger också sig ha lämnat över det största ansvaret över sjukskrivningen till andra personer som enligt den här respondenten, ”klarar sådant bättre”. De flesta respondenterna anser att samarbetet mellan parterna fungerar bra och ser den tillgängliga hjälpen som en resurs i sitt arbete.

”Har jag sen långtidssjukskrivna så kan jag ju vända mig till rehabkoordinatören och vi har ju personalsekreterare också så jag känner att i organisationen har jag ett stort stöd när det gäller sjukskrivningar.”

”Man behöver ju aldrig sitta ensam och det är ju bra för ju fler som har tankar på hur vi ska komma vidare desto bättre.”

”Om det har varit dialog med Försäkringskassan och sådana här saker, då har ofta personalavdelningen tagit den delen och avlastat mig med det.”

Extern samverkan

Flera av respondenterna har pratat om att samarbetet med andra aktörer blivit enklare i och med införandet av rehabiliteringskedjan. Vissa har uttryckt att de från början oroades över den kontakten de skulle bli tvungna att ha med externa aktörer, då särskilt kontakten med Försäkringskassan, arbetsförmedlingen och arbetsmiljöenheter.

Ändå är de flesta nöjda med samarbetet och i vissa fall uttrycker de att de blivit positivt överraskad över hur smidigt det gått. En av respondenterna gav uttryck för en frustration över Försäkringskassan då denna menar att de ofta brister i sina bedömningar. Respondenten stod inför att entlediga en sjukskriven anställd för att denna inte kunde vara kvar på sin arbetsplats längre, men ansågs vara arbetsför enligt Försäkringskassan. När det gäller vilka externa aktörer de som personalansvarig kan vända sig till, är många oeniga.

Några respondenter menar att den sjukskrivnes läkare inte längre har så stort inflytande i rehabiliteringsarbetet som tidigare, medan andra ger sjukvårdens arbete en mer betydande roll. Ovanstående respondent, som uttryckt besvikelse över Försäkringskassan menade att Försäkringskassan inte längre tar hänsyn till läkarutlåtanden, detta efter att hennes anställda bedömts arbetsoförmögen av sin läkare. Någon uppgav sig vara osäker på vilka aktörer de kan ta hjälp av, då deras åsikter enligt respondenten kan gå isär mycket.

”För att komma fram och få insikt i vad egentligen problemet var använde vi ju då företagshälsovården med hjälp av kurator och läkare som hjälpte till att identifiera problemet och vad man skulle kunna göra åt det.”

”Jag tycker att Försäkringskassan uppträtt proffsigt och bra i de fallen som jag har haft att göra med.”

”Det känns ju som man har Försäkringskassan som ett stöd i detta, det var kanske svårare tidigare.”

”Det är ju inte så att alla är arbetsovilliga, utan de kan helt enkelt inte! Och jag kan bara säga att jag inget jobb har åt den här personen, vilket känns tufft.”

”Jag tänker på de som är vidbrända, de kommer att bli de stora förlorarna (...) för man har inte insikter i hur jobbigt det är för en sådan person att ta sig tillbaka.”

”... de kan ha väldigt olika åsikter och man ibland som arbetsgivare sitter där och vet inte vem man ska lyssna på.”

I stort sett är respondenterna nöjda med både den interna och externa samverkan. De ser överlag andra aktörer som en resurs. Dock kan till exempel sjukvårdens och Försäkringskassans bedömningar gå i motsatta riktningar när det gäller den sjukskrivne vilket blir ett orosmoment för respondenterna då de inte vet vem de ska förlita sig på.

6.3 Förändring

Fördelar med införandet av rehabiliteringskedjan.

Alla respondenter har kunnat peka på fördelar med införandet av rehabiliteringskedjan, vissa ser många fördelar andra är inte fullt så positiva. En sak kan ses om huruvida respondenterna är överlag positiva eller negativa till rehabiliteringskedjan är om respondenten själv varit sjukskriven eller inte. De som inte uppger sig ha varit sjukskrivna ser betydligt fler positiva saker med rehabiliteringskedjan än de som uppger sig ha varit sjukskrivna. Flera av respondenterna menar att införandet av rehabiliteringskedjan har gjort deras arbete med sjukskrivningar och rehabilitering tydligare. De vet mer vad som förväntas av dem som chef och deras uppgifter har blivit mer definierade. Eftersom det numera finns tydliga tidsramar och en hårdare struktur på rehabiliteringsarbetet tror respondenterna att sjukskrivningarna blir färre och kortare till fördel både för den sjukskrivne och för organisationen. Flera tycker att det är bra att alla aktörer är mer aktiva, de själv, den sjukskrivne, Försäkringskassan och arbetsförmedlingen arbetar alla snabbare än tidigare.

Den sjukskrivne fångas upp tidigare och detta uppfattas som bra då ingen av respondenterna ansåg att det är bra för den sjukskrivne att vara borta från arbetet för länge. Somliga uttrycker att införandet av rehabiliteringskedjan ger den sjukskrivne en knuff att kanske prova på andra arbeten som han eller hon annars inte hade funderat på. Många tror att det blir lättare att säga upp personal vilket ur en ekonomisk synvinkel är positivt för organisationen. Med lätt menar man inte enkelt, det ingen som uttrycker att uppsägning är något att sträva efter. När respondenterna tillåter sig spekulera om framtiden ger flertalet uttryck för att de tror att uppsägningar av sjukskrivna kommer att bli vanligare i framtiden.

”Fördelen är ju att det finns tidsramar där man innan kände att det bara flöt på i någon slags oändlighet.”

”Det styrs ju upp att det finns en tidsram det är ju positivt, det blir ju att vi jobbar mer aktivt, vilket vi borde ha gjort innan också.”

”Det underlättar att komma tillbaks, just för att det är lite snabbare takt, man hinner ju inte bli så distanserad från företaget det finns möjligheter att snabbt komma tillbaks och det kan säkert hjälpa en del.”

”Är det så att man kommer fram till att den personen har en arbetsförmåga men kanske inte kan jobba just här hos mig, då är det väl rätt den personen kommer att hamna och stå till arbetsförmedlingens förfogande i stället. Det är väl rimligt, det tycker jag.”

”Det är ju aldrig kul att säga upp någon, det låter ju hemskt men i långa loppet kan det vara det bästa för både arbetstagaren och arbetsgivaren.”

”Ja det blir enklare att säga upp personal, enklare och enklare vet jag inte men det kommer att bli fler uppsägningar.”

Nackdelar med införandet av rehabiliteringskedjan

Att saker och ting numera uppfattas gå snabbare och att de olika aktörerna är mer aktiva ses inte enbart som något positivt.

Flera av respondenterna menar att den press som läggs på den sjukskrivne och även på dem själva gör att de ibland uppfattar sitt eget arbete som något otillräckligt. Kontakten med den sjuke blir inte lika bra och mycket känns stressigt. Då den snabba takten kan vara positiv för många, så tror respondenterna att vissa sjukdomstillstånd kräver längre tid och då rehabiliteringskedjan inte tar hänsyn till diagnoser blir tidsramarna något negativt. Någon uttryckte också att den sjukskrivnes behandlande läkare inte hade lika mycket att säga till om längre. Denne menade att Försäkringskassan inte tog hänsyn till den sjukskrivnes läkarintyg i samma utsträckning i dag som innan lagändringen. Detta upplevdes som en nackdel eftersom respondenten menade att det inte borde vara Försäkringskassan som bedömde den sjukskrivnes sjukdomstillstånd. I och med införandet av rehabiliteringskedjan har den sjukskrivne fått ett större ansvar över sin rehabilitering, detta gör att flera av respondenterna tror att svagare personer kommer hamna i kläm. Rehabiliteringskedjan kan av vissa uppfattas som för fyrkantig och lämnar inte utrymme för individen.

Några av respondenterna anser också att införandet av rehabiliteringskedjan innebär att individer bara flyttas runt, från Försäkringskassan till arbetsförmedlingen och kanske till socialtjänsten.

”Jag är ingen läkare eller sjukvårdspersonal men det kan säkert vara så i vissa sjukdomsfall att man kräver längre tid innan man är mogen att komma tillbaks. Då kan det ju vara så att man faller ur de här 90 eller 180 dagarna.”

”Utbrända och sönderstressade får inte rätt hjälp. Det tar sin tid, det tar lika lång tid att bli frisk från det som det tar att bli det.”

”Mår man inte bra och plötsligt ska slåss mot alla dessa aktörer då kan man nog bli sjuk av bara det.”

”Jag kan känna att man flyttar lite på den som är sjuk, från Försäkringskassan till arbetsförmedlingen, det är ju ändå samhället som får ta det i slutändan.”

”Innan fanns inte den tidspresen. När någon är sjuk så ringer man, efter ett tag skickar man ett kort och efter ett tag en blomma, det här lilla så att de vill komma tillbaka, det hinner vi nog inte riktigt med nu.”

”Hennes läkare är lika förvånad som jag att Försäkringskassan inte gav henne sjukpension.”

Respondenterna är överlag positiva till införandet av rehabiliteringskedjan och de förändringar den inneburit. Flera känner att svagare personer som inte riktigt orkar ta tag i sina sjukskrivningar blir de som förlorar på det hela. I vissa fall tror respondenterna att rehabiliteringskedjan kan ge sjukskrivna en bra knuff i rätt riktning, vilket skulle kunna underlätta för den sjuke att komma tillbaka till arbetet. Tidsramarna ses som både positivt och negativt. Flertalet av respondenterna tycker att strukturen på rehabiliteringskedjan underlättar deras arbete men den innebär också en press. Att den sjukskrivne själv får en större roll i rehabiliteringsarbetet tror de flesta är positivt.

7. Diskussion

I detta avsnitt diskuteras resultaten där lyfter vi fram det som vi anser vara centralt och där vi menar att tyngden i vår uppsats ligger.

Lindqvist (2000) menar att arbetsrehabilitering sker i ett komplicerat samspel mellan tre samhällsliga sfärer. Dessa tre sfärer har alla olika mål med rehabilitering och olika fokus på vad som är viktigt. Dessa olika mål och fokus leder till intressekonflikter och är enligt Lindqvist (2000) anledningen till att sociala förändringar som till exempel lagändringar sker. Syftet med införandet av rehabiliteringskedjan är som nämns, enligt regeringen att säkerställa att åtgärder för återgång i arbete vidtas tidigt när en person blir sjukskriven. Regeringen menade i budgetpropositionen 2008 (prop. 2007/08:1) att även om sjukskrivningarna minskat under de senaste åren finns behovet av en aktivare sjukskrivningsprocess. En aktivare sjukskrivningsprocess ska menar regeringen, förhindra att sjukskrivna personer är borta från arbete för länge och riskerar hamna i utanförskap. Vid intervjuerna kom det fram att ingen av respondenterna var varken enbart positiva eller negativa till rehabiliteringskedjan, de kunde känna sig splittrade. Flertalet av respondenterna var positiva till en aktivare rehabiliteringsprocess, då ingen av respondenterna ansåg att det var bra för den sjukskrivne att vara borta från arbetet för länge. Innan lagändringen hade många upplevt det som om sjukskrivningar kunde pågå hur länge som helst.

Utifrån ett rollteoretiskt perspektiv är det viktigt för individen att vara klar över vilka förväntningar som riktas mot henne då motstridiga förväntningar kan innebära att det blir en rollkonflikt (Nilsson 1996 och Angelöw & Jonsson, 2009). Vi tolkar det som att införandet av rehabiliteringskedjan har uppfyllt ett behov av tydligare riktlinjer, där förväntningarna på respondenterna som chef och representant för organisationen är mer klara. Respondenterna har också uttryckt en förmodan om att införandet av rehabiliteringskedjan med dess tydliga tidsramar och hårda struktur, kan medföra att sjukskrivningarna blir färre och kortare till fördel både för den sjukskrivne och för organisationen. Regeringens motivering till införandet av rehabiliteringskedjan är att korta ner sjukskrivningstiderna, (prop. 2007/08:1). Även om en aktivare rehabiliteringsprocess överlag uppfattas som något positivt uttrycker flera av respondenterna en splittrad upplevelse av införandet av rehabiliteringskedjan. De menar att pressen ökat på både den sjukskrivne och på de själva som chef.

Detta med tanke på rehabiliteringskedjans relativt snäva tidsramar. Respondenterna berättar att de uppfattar rehabiliteringskedjan som fyrkantig och på grund av det finns inte lika mycket utrymme till att se individen, då upplever respondenterna sitt arbete som otillräckligt.

Respondenterna anser att deras roll är att stödja den sjukskrivne i rehabiliteringsprocessen samtidigt som de har förväntningar på sig från organisationen, bland annat att hålla ekonomin i balans, samtidigt som de är skyldiga att följa lagen. Aas, Ellingsen, Lindøe och Möller (2008) skriver att många chefer kan känna sig förvirrade och okvalificerade inför rollen som just ”nyckelperson” i sjukskrivningsprocessen. Att dels ha krav och förväntningar riktade mot sig från organisationen och samtidigt uppleva en skyldighet gentemot den sjukskrivne kräver att chefen har förmåga att hantera intressekonflikter.

Detta kan leda till att respondenten upplever en intra- rollkonflikt, vilket innebär att de ställs inför oförenliga och motstridiga förväntningar på rollen som chef, om hur de ska agera (Aubert, 1979).

Vi ville veta vad respondenterna ansåg var deras ansvar när någon av deras personal blev sjukskriven. Samtliga svarade i första hand att deras ansvar är att hålla kontakten med den sjukskrivne samt se till att den sjukskrivne inte tappar kontakten med arbetsplatsen. Det varierar en del i hur tät kontakt respondenterna har med den sjukskrivne och i personliga åsikter om hur mycket de anser att de bör ”pressa” den sjukskrivne. Vi tänkte först att det skulle kunna bero på vilken policy organisationen har i frågan och att respondenterna svarade utifrån rollen som representant för verksamheten men åsikterna gick isär även om respondenterna arbetade för samma organisation.

I SOU (1998:104) står det att den sjukskrivnes närmaste chef har en viktig stödfunktion eftersom han eller hon ofta har möjlighet att påverka den sjukskrivnes motivation och förutsättningar att återkomma till arbetet. Detta resonemang styrks av Landstad et.al. (2009) som menar att en tät kontakt mellan den sjukskrivne och arbetsplatsen är viktig för att den sjukskrivne ska känna sig motiverad att återgå till arbetet. Redan efter tre månader uppges motivationsnivån ha sjunkit med 25 % och efter sex månader har motivationsnivån mer än halverats. Några av våra respondenter talar om en oro över att en tät kontakt med den sjukskrivne skulle innebära en för stor press på den sjukskrivne. Förut hade de kunnat ta det i sin egen takt och kunnat motivera sina sjukskrivna medarbetare genom att skicka en blomma eller dylikt lite då och då, för att de skulle känna sig välkomna tillbaka och slippa känna skuld över sin sjukskrivning. Även om några av våra respondenter berättar hur de upplever en tät kontakt som pressande för den sjukskrivne, visar den forskning vi presenterat tidigare på att en tät kontakt är essentiell för den sjukskrivnes motivation (Holmgren & Ivanoff, 2007 och Larsson & Gard, 2003). Dock finns ingen definition på vad som menas med tät.

Ett par av respondenterna har uttryckt att de anser att den sjukskrivne själv ska avgöra hur mycket kontakt denne vill ha med sin arbetsplats samt. Larsson och Gard (2003) menar att den sjukskrivne själv måste vara överens med sin arbetsgivare om kvantiteten på kontakten samt vilka mål de ska uppnå med rehabiliteringen då en för stor press i förhållande till den sjukskrivnes förmåga kan leda till negativa resultat.

Vi tolkar det som att de respondenter som uppger sig ha en tät kontakt med sjukskrivnen personal anser att den sjukskrivnes motivation för återgång i arbete överlag är hög. Medan respondenterna som uppgav sig ha mindre kontakt med sin sjukskrivna personal uttryckte att den sjukskrivne ofta är omotiverad till att återgå i arbete.

Edlund et.al. (1998) skriver om chefers olika ledarstilar, ”välfungerande” och ”mindre välfungerande” och hur dessa kan påverka sjukskrivningsprocessen. Vi kan se en likhet mellan de respondenter som uppger sig ha mindre tät kontakt med sin sjukskrivna personal och den ledarskapsstil som Edlund et.al (1998) kallar ”mindre välfungerande” då vi tolkar det som att dessa respondenter har svårigheter att se rehabilitering som ett lönsamt alternativ.

Införandet av rehabiliteringskedjan har också medfört att den sjukskrivne har fått större ansvar i sin rehabilitering. Utöver att chefen har som uppgift att vara central i rehabiliteringsprocessen och därigenom stödja den sjukskrivne, ska chefen aktivt uppmuntra egenansvar och egenmakt i planeringen av rehabiliteringen (Larsson & Gard, 2003).

Flera av respondenterna har betonat att den sjukskrivnes egenansvar i rehabiliteringsprocessen har ökat i och med införandet av rehabiliteringskedjan. Detta innebär att ansvaret över sjukskrivningen ska vara ett delat ansvar i större utsträckning än innan införandet, dock menar några att de känner sig osäkra på hur mycket ansvar de kan överlåta på den sjuke. Vissa uttrycker en oro över att ”svagare” personer inte orkar vara så drivande i sjukskrivningsprocessen som numera krävs. Rådande omständigheter medger inte på samma vis att chefen ensam ansvarar för rehabiliteringsprocessen, vilket vi menar kan leda till en rollkonflikt hos chefen. Chefen har ”inre krav” på sig att vara hjälpsam, så den sjukskrivne inte ska behöva vara den drivande då arbetstagaren är sjuk och kanske inte mäktar med att ”slåss” mot alla aktörer. Samtidigt som det numera är så att den sjuke har större ansvar i sin sjukskrivningsprocess och chefen måste lita på att den sjukskrivne själv orkar vara den drivande.

Utöver ansvaret gentemot den sjukskrivne och den sjukskrivnes egenansvar berättar våra respondenter om sitt ansvar gentemot organisationen. Tyngden i detta ansvar känner vi ligger i ekonomin. Vissa uttrycker att det är dyrt för organisationen att ha sjukskrivna medarbetare, hos en del respondenter yttrade sig detta i att de såg mer positivt på att anställningar numera kan avslutas på ett mer legitimt sätt.

Enligt Lindqvist (2000) lägger produktionssfären ingen vikt vid resultat av rehabilitering som sådan utan det är snarare ekonomin som dominerar deras synsätt på rehabilitering. En av respondenterna säger att det kostar denne personligen att ha sjukskriven personal.

Detta tolkar vi som att respondenten svarar på våra frågor utifrån sin roll som chef och en förlängning av organisationen. Vidare menar Lindqvist (2000) att produktionssfärens mål med rehabilitering är att se till att personal som är viktig eller på andra sätt betydande för organisationen kommer tillbaka. De investerar mindre i rehabiliteringen av personal som anses vara mindre viktig eller rent av oönskad.

Även om ingen av respondenterna i vår undersökning, sa rakt ut att de medvetet sållade ut mer eller mindre betydelsefull personal så tolkar vi det som att de så kallade ”utköpen” kan vara en metod för just det. Den som Edlund et.al. (1998) kallar ”välfungerande arbetsgivaren” ser ett företagsekonomiskt intresse i rehabilitering. Han eller hon kan genom att bry sig om sin personal förena ekonomiska intressen med bra rehabiliteringsarbete. Vi anser att de flesta av respondenterna ser sin personal som en tillgång och försöker anpassa sin verksamhet så gott det går utifrån den sjukskrivnes behov. Ekonomin har en stor betydande roll men vi upplever att respondenterna ändå hellre ser personen bakom sjukskrivningen och inte bara rehabiliteringskostnader.

I likhet med Larsson och Gards (2003) studie där arbetsgivarna uttrycker vikten av att bekräfta och uppmärksamma sin sjukskrivna personal talar även våra respondenter om betydelsen av ett empatiskt förhållningssätt och mellanmännsliga relationer. Relationer och samverkan mellan olika aktörer i rehabiliteringsprocessen är också något som upplevs ha förändrats för våra respondenter i och med införandet av rehabiliteringskedjan. Flera av respondenterna anser att samarbetet med andra aktörer blivit enklare. Effektiv rehabilitering kräver att de olika professionella aktörerna såsom Försäkringskassan, arbetsförmedlingen, sjukvården och arbetsgivaren kan samarbeta och sträva efter samma mål (Larsson & Gard, 2003). Samarbetet mellan olika aktörer kan dock visa sig bli svårt då de kan ha olika uppfattningar om vad som är viktigast för den sjukskrivne. Detta stämmer överens med det Lindqvist (2000) skriver om att förhållandet mellan sfärerna kan bli problematiskt då de kan ha olika åsikter om vad som är viktigast att fokusera på i sjukskrivningsprocessen. Våra respondenter berättar om den externa samverkan i mestadels positiva ordalag, de tycker att det är bra med många kompetenser som samarbetar. En positiv effekt av införandet av rehabiliteringskedjan uppges vara att samarbetet med Försäkringskassan numera upplevs fungera bättre.

Försäkringskassan är i dag den myndighet som har ansvaret för att utreda den sjukskrivnes behov av rehabilitering, detta kräver en tät kontakt mellan den sjuke och Försäkringskassan. Landstad. et.al. (2009) skriver att sannolikheten för att en sjukskriven ska återgå till arbete beror på hur tät kontakten varit och hur nöjd man är med representanterna för de olika sfärerna (arbetsgivaren, Försäkringskassan, behandlande läkare med flera). Enligt Landstad et.al. har en tät och upplevd positiv kontakt med Försäkringskassan en negativ inverkan på sannolikheten att en sjukskriven ska återgå i arbete.

Om det är som Landstad et.al.(2009) skriver borde en ökad kontakt mellan den sjukskrivne och Försäkringskassan innebära att färre återgår till arbete. Våra resultat tyder emellertid på att respondenterna överlag tror att den ökade kontakten mellan Försäkringskassan och den sjukskrivne kommer få positiva effekter. Något våra respondenter poängterar är att den sjukskrivnes läkare inte längre har lika stort inflytande över rehabiliteringsprocessen som tidigare. Enligt Lindqvist, (2000) arbetar den medicinska sfären med att bota sjukdomar och ohälsa för att få den sjukskrivne åter i arbete.

Tidigare var den medicinska sfärens utlåtande om den sjukskrivnes hälsa mer eller mindre avgörande för om sjukpenning eller förtidspension skulle beviljas och om rehabiliteringsinsatser skulle genomföras. Ändringarna i lagen om allmän försäkring kan sägas vara ett sätt att ändra den medicinska sfärens påverkan av socialpolitiska ställningstaganden. Vi har i våra resultat kunnat ana en oro hos respondenterna för att den sjukskrivne inte ska få sitt behov av rehabilitering tillgodosett då sjukvården och Försäkringskassans bedömningar inte alltid överensstämmer. Detta uttrycks även genom en förvirring kring vilka aktörer chefen kan ta hjälp av i rehabiliteringsprocessen. Detta skulle kunna vara en av anledningarna till att flera av respondenterna talar om att de i sina verksamheter har tillgång till personer specialiserade på rehabiliteringsfrågor. Utbildningen av personer specialiserade på rehabiliteringsfrågor är enligt Aas et.al. (2008) något som kan ses som en internationell trend när det gäller hanteringen av sjukskriven personal i processen för återgång i arbete.

7.1 Sammanfattning av resultatdiskussionen

Den verkliga kärnan i resultatet ligger i att alla respondenter anser att deras arbete har förändrats något i och med införandet av rehabiliteringskedjan. De tycker att processen numera är mer aktiv, vilket för det mesta upplevs som positivt.

Respondenterna upplever att införandet av rehabiliteringskedjan har medfört att förväntningarna på hur de ska agera som chef vid sjukskrivningar har blivit tydligare. De tydliga tidsramarna har gjort att de kan arbeta mer aktivt med den sjukskrivne då det står tydligt i lagen vad som ska ha gjorts inom 90 dagar, inom 180 dagar och så vidare. Dock kan de uppleva att rehabiliteringskedjan medför mer press på dem som chef. De har ansvar både mot organisationen, lagen samt känner lojalitet gentemot den sjukskrivne. Respondenterna uppger att de snäva tidsramarna gör att de inte alltid kan se till individen. Vissa sjukskrivna behöver mer tid på sig för att komma tillbaka till arbete.

De nya tidsramarna gör att mellan dag 91 och 180 ska det bedömas om den sjukskrivne kan återgå eller placeras om hos arbetsgivaren efter de vidtagna rehabiliteringsåtgärderna. Bedöms inte den sjukskrivne kunna återgå till arbete hos arbetsgivaren men bedöms kunna försörja sig själv genom förvärvsarbete, så blir respondenterna tvungna att avsluta anställningen då de inte har något att erbjuda den sjukskrivne.

Detta kunde några av respondenterna uppleva som jobbigt då de känner en viss lojalitet gentemot den sjukskrivne, att de ska vara på deras sida och vara stödjande. Detta kan leda till in en rollkonflikt hos respondenterna då deras egna förväntningar på hur de ska bete sig som chef är motstridiga. Å ena sidan vara lojal och stödjande mot den sjukskrivne samtidigt utföra de krav som ställs från organisationen och lagen.

Relationer och samverkan mellan olika aktörer i rehabiliteringsprocessen är också något som upplevs ha förändrats för våra respondenter i och med införandet av rehabiliteringskedjan.

Samverkan mellan chefer och externa aktörer såsom Försäkringskassan upplevs ha blivit bättre. I och med ändringarna i lagen om allmän försäkring har arbetsgivarens skyldighet att utreda rehabiliteringsbehovet för den sjukskrivna medarbetaren förflyttats till

Försäkringskassan. Detta innebär en omställning i sätt att arbeta dock uppger sig några respondenter fortsätta med utredning även om de inte är tvungna enligt lag. Samtidigt har den sjukskrivnes egna ansvar över sin rehabilitering ökat vilket lett till att vissa av respondenterna upplever att de befinner sig i någon form av gråzon, de har ännu inte fått helt klart för sig exakt vilka förväntningar som riktas mot dem som chef. Detta blir något av en paradox då de samtidigt upplever att införandet av rehabiliteringskedjan gör deras arbete tydligare. Ingen av respondenterna uttryckte sig vara enbart positiv eller negativ till införandet av rehabiliteringskedjan. De kunde peka på fördelar och nackdelar både för den sjukskrivne, sig själva som chef och för organisationen. Vi har kunnat ana en något mer negativ inställning till tidsramarna i rehabiliteringskedjan hos de respondenter som berättat att de själva varit sjukskrivna.

Dock har vi inte fördjupat oss vidare i om det hör ihop och har inte kunnat göra en slutsats om huruvida detta korrelerar då vi inte frågat våra respondenter om de varit sjukskrivna.

Slutord

Arbetet med den här uppsatsen har varit lärorikt. Syftet med studien var att undersöka chefers upplevelser av rehabiliteringskedjan samt om de anser att rehabiliteringsarbetet förändrats sedan rehabiliteringskedjan infördes den 1.a juli 2008 och i så fall hur. Våra respondenter har inte alltid varit eniga om rehabiliteringskedjans fördelar och nackdelar. Något vi la märke till var att chefer som uppgav att de själva har en sjukskrivning bakom sig var mer negativ till rehabiliteringskedjan. Vi tycker att det skulle vara intressant att fördjupa sig i frågan om chefer som själva varit sjukskriva är mer negativa till rehabiliteringskedjan än chefer som inte varit sjukskrivna.

Litteraturförteckning

Aas, Randi. W, Ellingsen, Kjersti. L, Lindøe, Preben & Möller, Anders (2008). Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. *Journal of occupational rehabilitation*. 18: 335-346.

Angelöw, Bosse, & Jonsson, Thom (2009). *Introduktion till socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.

Aubert, Vilhelm (1979). *Sociologi: socialt samspel*. Stockholm: Almqvist & Wiksell förlag AB.

Bryman, Alan (2006). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.

Edlund, Curt, Ek-Khanlund, Karin & Dahlgren, Lars (1998). Arbetsgivaren i rehabiliteringsprocessen. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 4; 183-189.

Grape, Owe (2001). *Mellan morot & piska*. Umeå: Umeå universitet.

Günzel, Mats (2009). *Rehabiliteringskedjan*. Höganäs: Kommunlitteratur.

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

Hetzler, Antoinette, Melén, Daniel, & Bjerstedt, Daniel (2005). *Sjuk-Sverige: Försäkringskassan, rehabilitering och utslagningen från arbetsmarknaden*. Stockholm/Stehag. Symposium.

Holmgren, Kristina & Ivanoff, Dhalin, Synneve (2007). Supervisor's views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study. *Journal of occupational rehabilitation*. 17: 93-106.

Isekog, Tommy (2009). *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*. Mölnlycke. Nordstedts juridik AB.

Kerz, Jorge, Werner, Michael & Wesser, Erik (1995). *Vad vet vi om rehabilitering?*. Lund: Bokbox Förlag.

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

Landstad, Bodil. J, Wendelborg, Christian & Hedlund, Marianne (2009). Factors explaining return to work for long-term sick workers in Norway. *Disability and Rehabilitation*, 31; 1215-1226.

Larsson, Agneta, Gard, Gunvor (2003A). How can the rehabilitation planning process at the workplace be improved? A Qualitative study from employer's perspective. *Journal of occupational rehabilitation*, 13; 169-181.

Larsson, Agneta, Gard, Gunvor (2003B). Focus on motivation in the work rehabilitation planning process: A qualitative study from the employer's perspective. *Journal of occupational rehabilitation*, 13; 159-167.

Lavin, Rune (1978). *Forskningsuppgifter inom socialrätten*. Lund: Skrifter utgivna av Juridiska föreningen.

Lindqvist, Rafael (2000). *Att sätta gränser: Organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. Umeå: Boréa Bokförlag.

Nilsson, Björn (1996). *Socialpsykologi*. Lund Studentlitteratur.

Patel, Runa & Davidsson, Bo (1994). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Starrin, Bengt & Svensson, Per-Gunnar (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Försäkringskassan (2009). *Tillbaka till arbetet – om rehabilitering*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.forsakringskassan.se/nav/f421db26f8ba8955ed3cee7ab61cbf6b> [Läst: 2009-08-16].

Försäkringskassan (2010). *Rehabiliteringskedjan*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.forsakringskassan.se/nav/3309ace162fd235d48e62057e5f61e95> [Läst: 2010-05-24].

Regeringen (2007). *Regeringens proposition 2007/08:136: En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/15/84/8dc40344.pdf> [Läst 2009-08-04].

Rättsnätet (2010). *Om införandet av socialförsäkringsbalken*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.notisum.se/rnp/sls/sfs/20100111.pdf> [Läst: 2010-06-01].

Statistiska Central Byrån (2010) *Socialförsäkring* [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.scb.se/statistik/_publikationer/OV0904_2010A01_BR_18_A01BR1001.pdf [Läst: 2010-05-24].

SFS 1962:381 *Lagen om allmän försäkring*

SOU 1998:104. *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*

SOU 2008:66 *Arbetsförmåga, En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder*

Intervjuguide

Berätta om din roll på företaget/arbetsplatsen? (Befattning/arbetsuppgifter, hur länge du arbetat på din arbetsplats?)

Hur stor erfarenhet har du av rehabiliteringsfrågor? (Utbildning? Aktuella fall?)

Vad anser du din roll vara när någon blir sjukskriven?

Finns det några riktlinjer du är skyldig att följa?

Hur väl känner du till de nya sjukförsäkrings reglerna som trädde i kraft den 1:e juli 2008?

Beskriv hur rehabiliteringsarbetet har förändrats i och med dessa regler?

Vad tror du kommer bli resultatet av rehabiliteringskedjan? (Om man får spekulera. Kommer tidsramarna att hålla? Blir det lättare att säga upp personal, eller kommer fler att bli hjälpta att återgå till ordinarie arbete?)

Vilka fördelar respektive nackdelar ser med rehabiliteringskedjan? (De nya tidsramarna)

Är det något annat som gäller rehabilitering och dina erfarenheter kring detta som vi inte talat om?