

Självständigt arbete på grundnivå

Independent degree project – first cycle

Rehabiliteringsvetenskap 15 hp

Rehabilitation Science 15 credits

Upplevelser av samverkan kring arbetsåtergång för kvinnor med psykisk ohälsa -en intervjustudie med handläggare på Försäkringskassan

Diana Lagesson
Camilla Olsson



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Campus Härnösand Universitetsbacken 1, SE-871 88. Campus Sundsvall Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.

Campus Östersund Kunskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.

Phone: +46 (0)771 97 50 00, Fax: +46 (0)771 97 50 01.

MITTUNIVERSITETET

Avdelningen för hälsovetenskap

Examinator: Bengt Åkerström, bengt.akerstrom@miun.se

Handledare: Björn Jakobsson, bjorn.jakobsson@miun.se

Författare: Diana Lagesson, dila1200@student.miun.se

Författare: Camilla Olsson, caol1210@student.miun.se

Utbildningsprogram: Programmet för hälsa och rehabilitering i arbetslivet, 180 hp

Huvudområde: Rehabiliteringsvetenskap

Termin, år: VT, 2015

Förord

Vi vill framföra vårt varmaste tack till de personer vi intervjuat, som avsatt dyrbar arbetstid för att göra vår studie möjlig. De har innehållsrikt delat med sig av sina erfarenheter och väckt vår nyfikenhet.

Tack till vår handledare Björn Jakobsson som gett oss tips och råd på vägen för att nå vår slutprodukt.

Slutligen vill vi tacka våra familjer som på olika sätt stöttat och stått ut med oss under resans gång.

Diana Lagesson och Camilla Olsson, maj 2015

Sammanfattning

Ohälsotalet ökar i Sverige och med det följer en ökad belastning och ökade krav på de myndigheter och aktörer som har till uppgift att hjälpa bland annat personer med psykisk ohälsa tillbaka till arbete. Försäkringskassan har som samordnande instans ett viktigt och övergripande uppdrag, att se till att de rehabiliterande aktörerna tar sitt ansvar och gör sitt yttersta för att dessa individer så långt det är möjligt kommer åter i arbete och till ett självförsörjande liv.

Syftet med studien är att undersöka hur försäkringskassehandläggare utifrån sin samordnarroll upplever att samverkan mellan rehabiliterande aktörer fungerar, kopplat till kvinnor som lider av psykisk ohälsa och hur det påverkar deras möjlighet till arbetsåtergång.

Studien har en kvalitativ utgångspunkt och är uppbyggd utav fem semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide. Informanterna är alla försäkringskassehandläggare med olika lång utbildning/erfarenhet. De arbetar mot sjukskrivna arbetslösa och sjukskrivna med anställning. Intervjuerna har sedan utifrån en innehållsanalys tolkats i ett kodningsschema.

Resultatet visar på en positiv bild av samverkan, där den gemensamma utgångspunkten är att se till individens bästa. Informanterna anser att deras samordnarroll är viktig för att få en fungerande samverkan kring kvinnor med psykisk ohälsa. Vidare säger de att män återgår snabbare till arbete än kvinnor, vilket kan bero på att kvinnor oftast är skörare och när de brakar, brakar de djupt och har en längre väg tillbaka. Att få mer resurser i form av fler handläggare skulle generera mer tid per ärende och förhoppningsvis öka arbetsåtergången.

Nyckelord: samverkan, rehabilitering, arbetsåtergång, psykisk/mental ohälsa, kvinnor, samordning.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
1.1. Psykisk ohälsa	3
1.1.1. Definitioner på psykisk ohälsa	4
1.1.2. Riskfaktorer för psykisk ohälsa.....	5
1.2. Samverkan.....	5
1.2.1. Hinder i samverkan	6
1.2.2. Möjligheter i samverkan.....	8
1.2.3. Samverkansprojekt	8
1.3. Aktörsansvar	9
1.3.1. Försäkringskassan	9
1.3.2. Handläggaren och samordningsansvaret.....	10
1.3.2.1. Positivt bemötande	11
1.3.3. Arbetsförmedlingen.....	12
1.3.3.1. Arbetslivsinriktad rehabilitering.....	12
1.3.4. Hälso- och sjukvård.....	14
1.3.5. Arbetsgivaren	14
1.3.6. Socialtjänst	16
1.3.7. Rehabiliterande individen	16
1.4. Problemformulering	16
1.5. Syfte	16
2. Metod	17
2.1. Litteratursökning	17
2.2. Försäkringskassans kontaktperson	17
2.3. Val av undersökningsmetod.....	18
2.4. Urval och informantbrev	18
2.4.1. Informanterna.....	18
2.5. Intervjuerna	19
2.6. Databearbetning och analys	19
2.7. Etiska överväganden	20
3. Resultat	21
3.1. Skillnader mellan handläggare	22
3.1.1. Handlingsutrymme	22
3.1.2. Hinder och möjligheter.....	22

3.1.2.1.	Hindrande faktorer	22
3.1.3.	Möjligheter	23
3.1.4.	Utbildning.....	23
3.2.	Samverkan.....	24
3.2.1.	Kommunikation.....	25
3.2.2.	Önskemål om ändrade arbetsförhållanden	26
3.3.	Psykisk ohälsa	26
3.3.1.	Individ	27
3.3.2.	Könsskillnader.....	27
3.3.3.	Bemötande.....	27
3.4.	Arbetsåtergång	28
3.4.1.	Skillnader mellan könen.....	28
4.	Diskussion.....	29
4.1.	Metoddiskussion.....	29
4.2.	Resultatdiskussion.....	30
4.3.	Förslag på vidare forskning.....	33
5.	Konklusion.....	33
Referenser		
Bilaga 1		
Bilaga 2		

Psykiska sjukdomar är den största diagnosgruppen som får ekonomisk ersättning, vilket gäller både kvinnor och män, där kvinnorna står för 41 procent och männen för 37 procent (Försäkringskassan, 2014). Under åren som studenter har förståelsen, för hur betydelsefulla tidiga insatser i rehabiliteringsprocessen är, ökat. Verkligheten presenterar dock en annan bild av detta då det ofta är långt mellan insjuknande och rehabiliteringsåtgärd. Det är många kvinnor som är långtidssjukskrivna och gemensamt för dessa är ofta att de har varit arbetslösa. Detta är en av anledningarna till att ämnet kvinnor med psykisk ohälsa blivit ett ämnesval för denna c-uppsats. Eftersom ohälsotalet ökar är det intressant och viktigt att studera hur samverkan mellan rehabiliterande aktörer upplevs. Försäkringskassan, som samordnande instans, har ett stort ansvar vad gäller att se till att samverkan mellan de olika rehabiliterande aktörerna fungerar på ett så hanterbart sätt som möjligt för de sjukskrivna individerna. Att undersöka hur försäkringskassehandläggare upplever att samverkan mellan Arbetsförmedling, socialtjänst, arbetsgivare och hälso- och sjukvård fungerar, och om de anser att samordningsuppdraget faller väl ut när det gäller arbetsåtergång för kvinnor med psykisk ohälsa är en av grundtankarna med studien. Att den samverkan som finns kring de sjukskrivna kvinnorna och handläggarnas upplevelser av den främst handlar om att arbetet leder till ökade möjligheter till arbetsåtergång. Författarna själva tror på att en god samverkan har en positiv inverkan på dessa individer, som har ett stort behov av att stärka sig själva för att kunna komma ut på arbetsmarknaden igen. Om de rehabiliterande aktörerna har en positiv bild av samverkan och ser möjligheter framför hinder så påverkar deras inställning de sjukskrivna på ett positivt sätt.

1. Bakgrund

Ståhl (2009) nämner i sin artikel att det finns forskning som pekar på framgångsfaktorer vad gäller samverkan och arbetsåtergång. Artikeln påvisar att samverkan mellan sjukvård och arbetsgivares arbetsplatsanpassning, resulterar i lägre sjukfrånvaro. Förändras inte sätten att arbeta sker dock ingen egentlig kvalitetsökning gällande rehabiliteringen för den enskilde individen. Eftersom det är komplicerat att utvärdera offentlig verksamhet är det idag svårt att med säkerhet påvisa vilka samverkans effekterna är. En anledning till svårigheterna med detta är att det är svårt att göra en bedömning av hur situationen skulle sett ut utan den aktuella insatsen.

Ståhl (2009) menar att resurserna måste sättas in redan i ett initialt skede för att samverkan mellan olika myndigheter ska ge effekt, men att det tar tid att utveckla effektiva samverkansstrukturer. Melén (2009) säger att de individer som är sjukskrivna och är arbetslösa och deltar i samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan sällan återgår till arbete som följd av enbart samverkan. Han poängterar i sin artikel att en stor del av deltagarna återgår i lönebidragsanställningar. Detta visar på brister i samverkan men tydliggör också att socialförsäkringssystemets bedömningar kring arbetsförmåga inte stämmer med arbetsmarknadens bedömningar kring anställningsbarheten hos individen.

I en internationell forskning som Ståhl (2009) också nämner i sin artikel, framhålls vikten av att inte begränsa samverkan till bara sjukvård och arbetsgivare, utan att även involvera individen och det offentliga ersättningssystemet, för att underlätta återgång i arbete. För individen är det viktigt att så tidigt som möjligt komma in i rehabiliteringsprocessen, dels för att erbjudas tidiga insatser men också för att få vara delaktig i besluten kring sig själv.

Flertalet studier visar att arbete bidrar till att uppfylla många viktiga psykosociala behov såsom identitet, sociala roller och status. Studier visar också att arbete är bra för hälsan och välbefinnandet. Vid svårigheter med tillträde till arbetslivet utvecklas sämre hälsa, vilket också bidrar till en ökad sårbarhet och känslighet för de påfrestningar som livet erbjuder. Mikkelsgård, Granerud, & Høye (2014) menar att det finns många negativa konsekvenser med att vara arbetslös, bl.a. genom att inte känna sig behövd, man saknar en roll och status och därmed också egen identitet och livsstruktur. Ekberg (2009) poängterar att exkludering från arbetslivet beroende på sjukskrivning eller arbetslöshet motverkar ett hälsosamt och sjukdomsförebyggande liv. Att få tillgång till arbetslivet är ett av de viktigaste medlen som möjliggör full delaktighet i samhället.

Det kan konstateras att det som kan påverka en positiv och förväntad god hälsa genom tvärvetenskapliga interventioner är arbetsåtergång. Arbetsåtergång är en viktig prognostisk faktor där individer med eller utan negativ inställning inte tror på att de kan återgå i arbete (Øyeflaten, Hysing & Eriksen, 2008). Kvinnliga deltagare som ingick i projektet ”Unga kvinnors rehabilitering och återinträde på arbetsmarknaden” visade att deltagarna gjorde betydande framsteg då de rustades med verktyg för att hantera sin

fysiska och psykiska hälsa, samt att de erbjöds yrkesstöd (Stjernswärd, Bernce, & Östman, 2013).

Arbetsmarknadens krav på kvalificerad arbetskraft har ökat, vilket lett till att större krav ställs på de som anställs. Detta gör att det finns människor som inte passar in i det formade byråkratiska facket som uppstått. Därför har vikten av samverkan mellan olika myndigheter lyfts fram för att kunna rusta individerna för arbetsmarknadens krav. Det syns inte minst i Sveriges rehabiliteringspolitik, där det i olika samordningsformer arbetas med personer som är sjukskrivna, långtidsarbetslösa samt de personer som har svårare att komma in på arbetsmarknaden, exempelvis ungdomar och invandrare (Ståhl, 2009).

Melén (2009) skriver att en framgångsrik arbetslivsinriktad rehabilitering uppnås genom att beakta både anställningsbarheten och arbetsförmågan. Det måste alltså finnas arbeten att rehabilitera till. Det är viktigt att rehabiliteringen kan leda till en anställning. Därför krävs det tillgängliga arbeten för dem som står långt bak i kön av arbetssökande.

1.1. Psykisk ohälsa

Psykiska problem är en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning i Sverige när det gäller kvinnor, vilket kan medföra flera negativa konsekvenser däribland sociala och ekonomiska. Vid måttlig eller svår depression kan tendenser över tid visa på att motivationsgraden till att arbeta minskar. Det kan inskränka på det dagliga livet genom att individen utvecklar en emotionell känslighet som inverkar menligt på förmågan att klara dagliga aktiviteter. Vardagsrutinerna avtar, vilket också påverkar den sociala samvaron. Dessa sjukdomstillstånd är förknippade med en medicinsk diagnos, vilken i sig ofta medför känslor av skam och skuld för dessa personer (Ståhl & Edvardsson Stiwne, 2014).

I Pila-projektet som Försäkringskassan genomförde 2006-2008 undersöktes arbetsförmågan hos individer som var långtidsjukskrivna eller hade en sjuk- och aktivitetsersättning under en tidsbegränsad period. En del av resultatet visade på att den grupp som hade en tidbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning vilken idag är den som utförsäkras, till största delen bestod av kvinnor. Den vanligaste orsaken till att de erhållit sjuk- och aktivitetsersättning var att de led av psykisk ohälsa. Vad som mer

kunde utläsas, var att de oftast var lågutbildade och saknade anställning (Lytsy, Hansson & Anderzén, 2010).

Undersökningar som bland annat Statistiska centralbyrån genomfört, visar att personer som är 16 år eller äldre och lider av psykisk ohälsa påvisar ängslan, oro, ångest och sömnbesvär. Dessa symtom har ökat under 1990-talet och framåt. Flertalet kvinnor rapporterar mer psykisk ohälsa, i jämförelse med män. De högsta ökningarna har skett bland ungdomar och unga vuxna (Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet, 2012).

Då folkhälsan förbättras och medellivslängden ökar, blir den psykiska ohälsan paradoxalt nog sämre. 25 procent av Europas befolkning drabbas någon gång i livet av psykiska problem/sjukdomar. Psykisk ohälsa innebär ett stort lidande såväl för den drabbade som för de anhöriga. Det finns många orsaker till psykisk ohälsa, sociala, psykologiska och biologiska faktorer påverkar enskilt eller tillsammans individen.

I Sverige försämras den psykiska hälsan och då mest bland unga och kvinnor. Kvinnor i åldern 45-64 år drabbas däremot i större utsträckning än yngre personer av en betydligt högre nivå av oro/ångest och stress. Något som kan uppfattas som oväntat är att de med längre utbildning oftare upplever psykisk ohälsa jämfört med de med kort utbildning. Geografiska skillnader påvisas också, storstäder rapporterar mer psykisk ohälsa än landsbygden (Günzel & Zanderin, 2012).

1.1.1. Definitioner på psykisk ohälsa

Det finns flera olika definitioner på psykisk ohälsa. WHO:s (World Health Organization) definition av hälsa lyder som följer: "Högsta möjliga välbefinnande hos den enskilde individen, fysiskt, andligt, psykiskt och socialt och ej enbart i frånvaro av sjukdom", vilken även kan överföras på psykisk ohälsa. Definitionen har dock kritiserats främst p.g.a. att begreppet välbefinnande är subjektivt och svårdefinierat. Antonovskys "KASAM", Känsla Av Sammanhang och Mening är en annan definition och en tredje definition är Socialdepartementets, där definitionen delas in i tre nivåer. Den första nivån innebär en psykisk sjukdom där det förekommer kraftiga avsteg från det som anses normalt, såsom psykos. Den andra nivån utgår ifrån en psykisk störning med ringa avsteg från det som anses normalt, som exempelvis depression. Den tredje nivån har sin utgångspunkt i psykisk ohälsa som omfattar både psykisk störning,

psykisk sjukdom och personligt lidande som oro och trötthet (Orth-Gomér & Perski, 2011).

1.1.2. Riskfaktorer för psykisk ohälsa

Det finns många riskfaktorer i samband med psykisk ohälsa, bland de biologiska faktorerna kan bl.a. stress, sömnsvårigheter, missbruk av läkemedel under graviditet, somatiska sjukdomar där kronisk smärta är inkluderad och tonårsgraviditet visa sig (Orth-Gomér & Perski 2011).

Bland de sociala faktorerna märks exempelvis ensamhet, undermåliga boendeförhållanden och dålig ekonomi, brist på vård och omsorg, brist på möjlighet till utbildning, arbete, barnövergrepp, våld och trauman och familjekonflikter.

De psykologiska faktorerna kan återspegla kommunikationsproblem, svårigheter med den sociala kompetensen, vilken påverkar hanteringen av livets utmaningar, personlig förlust/dödsfall, dåliga vanor och livsstil vilket kan resultera i missbruk, föräldrar med psykisk ohälsa, känslomässig omogenhet, dålig diet, familjekonflikter och missbruk hos föräldrar (ibid).

1.2. Samverkan

Begreppet samverkan definieras som: verka samman (Vahlne Westerhäll, Bergroth & Ekholm, 2011). Samverkan kring en individs rehabilitering ska ske utifrån individen och dennes medgivande. Samverkan sker mellan hälso- och sjukvård, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och individens arbetsgivare och arbetsgivarorganisation (Günzel & Zanderin, 2012).

Øyeflaten et al. (2008) redovisar att samverkan mellan olika organisationer kan vara värdefullt och att det kan leda till bättre kunskap inom och mellan organisationer, sett till varandras tjänster och arbetsmetoder. Det bidrar till att upprätta ett användbart professionellt nätverk. Samverkan kring anpassad behandling och anställning eller arbete för personer med mental ohälsa är centrala delar för att utveckla en stark positiv självkännet och självkänsla (Mikkelsgård et al, 2014). Det kan också enligt Stjernswärd et al. (2013) vara viktigt med samverkan då det underlättar att flytta över patienter eller klienter till varandra.

Under en kvalitativ öppen observationsstudie av Ståhl, Svensson & Ekberg (2011), träffades två grupper från olika organisationer och diskuterade sitt arbete i praktiken. Utgångspunkten var att genom problembaserad metodik influera nya strukturer och arbetssätt för samarbete. Genom studien framkom det upplevelser från samarbetsformer som var både positiva och negativa. Det som sågs som positiva erfarenheter var bl.a. att kontakter knöts över organisationsgränser och de möjligheter till att utveckla nya arbetsformer och arbetssätt som gavs. Vad som framgick som negativt var bl.a. att det upplevdes obalans mellan arbete och gällande sjukförsäkringsbestämmelser. Samarbete främjar samstämmighet och kommunikation, och samstämmiga arbetsformer är lyckosamt och framgångsrikt gällande arbetsåtergång även för de som har det svårare att komma in på arbetsmarknaden.

Tidiga kontakter, stöd och åtgärder är viktigt för att förebygga långvarig sjukskrivning. Mot lättare psykiska besvär finns forskning kring KBT (Kognitiv beteendeterapi) som behandlingsmetod, där besvären nästan helt försvinner då man är åter i arbete. Det är en viktig faktor att ta hänsyn till i samband med psykisk ohälsa där samverkan ofta är lösningen i arbete med individen. Att se kommunikation och gränsöverskridande förhållningssätt som viktiga faktorer som måste fungera i denna process borde ses som en resurs i sammanhanget. Sköter man samarbetet och har klara rollfördelningar så bidrar det till många fördelar för både aktörerna och individen. Det kan i sin tur generera fler lyckosamma arbetsåtergångar och det gynnar individen, samhället och organisationer (Ekberg, 2009).

1.2.1. Hinder i samverkan

Rundestam & Holmberg (2014) granskade ett interorganisatoriskt samarbete: där ett rehabiliteringsprojekt utvärderade samarbetet mellan hälso- och sjukvård, Försäkringskassan, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen. Syftet var att belysa de hinder som relaterades till samarbetet mellan de involverade organisationerna eller myndigheterna. Inom offentlig sektor finns krav på interorganisatorisk samverkan mellan hälsovård och olika sociala tjänster. En del av projektet har varit framgångsrikt med insikter om hinder i samarbetet, vilka kan grundas bland annat i brist på klara rollfördelningar, konkurrerande ideologier, bristande förtroende med mera. Samarbete kan vara ett bra arbetssätt att använda för att lösa vissa arbetsuppgifter men då ska

samarbetet grundas på samsyn. Vidare säger Rundestam & Holmberg att en lyckad samverkan handlar om att samtliga deltagare är införstådda med uppgiften och den bygger på ömsesidigt informationsutbyte och välorganiserade arbetsuppgifter i annat fall uppstår konkurrens och misstag som ofta leder till misslyckat samarbete.

Forskning kring kommunikation mellan hälso- och sjukvård och Försäkringskassan visar på olika svårigheter som exempelvis att de medicinska underlagen inte alltid innehåller information kring nuvarande arbete eller vilka planer som leder till arbetsåtergång. Det kan också vara att handläggare inte kontaktar andra viktiga aktörer som ex. läkare (Müssener, Svensson & Söderberg, 2009). De inblandade aktörerna hävdar att de sätter individen i första rummet. I praktiken har aktörerna olika finansieringsmöjligheter, målsättningar och organisationskultur, vilket gör att individen kan uppleva att de olika aktörerna handlar passivt och överlåter ansvaret på någon annan istället för att hitta lösningar och samverka för att skapa bättre förutsättningar (Günzel & Zanderin, 2012).

Hindrande faktorer i samordnarrollen utifrån studien Ståhl et al. (2011) var att handläggare på Försäkringskassan upplevde frustration då lösningar från andra aktörer presenterades för individen, där handläggare p.g.a. sjukförsäkringssystemet inte kunde tillmötesgå de krav som lösningarna krävde. Vad som också framgick i studien var att det fanns motstridiga tendenser i samverkan och styrning. Där det framkom, av flertalet, att det var svårt att tillämpa en gemensam arbetsmetod kring rehabiliteringsfrågor p.g.a. det strikta byråkratiska sjukförsäkringssystemet. Deltagarna hävdade att såväl en formell som en informell användning av samarbetsstrukturerna främjar en god rehabiliteringsprocess. Det är nödvändigt för att kunna skraddarsy den utifrån individens behov, men detta bromsas alltså av regler i sjukförsäkringen. För att samverkan ska fungera så är det inte möjligt att vara alltför diskret och inte förmedla information mellan professionerna, för då ökar inte styrningen inom gruppen. Det är svårt då det är sjukförsäkringsbestämmelserna som styr även om handläggaren är kreativ och vill hitta lösningar som passar individens behov (ibid).

Vad som också framkom från en handläggare i studien (Ståhl et al, 2011) är att möjligheten att få tro på sig själv och på de försäkrade måste få finnas. Företrädare för kommunal myndighet kan upplevas bli motarbetad av Försäkringskassans tjänsteman, vars uppgift är att kontrollera och granska dennes beslut. Försäkringskassan

representerar staten och har nationella riktlinjer att förhålla sig till, men detta kan dock motverka betydelsen av lokalkunskap (ibid).

1.2.2. Möjligheter i samverkan

Vad gäller samverkansmöjligheter i studien Ståhl et al. (2011), uttrycktes att det som var bra var bland annat att om rehabiliteringsteamet kring individen har en gemensam struktur så underlättar det för individen att förstå hur alla involverade tänker. Vad som också framkom var att deltagarna i rehabiliteringsteamerna upplevde att de fick personliga nätverk genom kontakterna som skapats och det blev också deras inträdesbiljett in i andra myndigheter och organisationer, vilket också kom att förbättra rehabiliteringsprocessen för individen.

Att samverka över organisatoriska gränser har bidragit till att öka förtroendet och att knyta kontakter med professionella inom andra organisationer, vilket inte var vanligt att de olika professionerna gjorde innan. Samverkan har också bidragit till ökad förståelse för myndigheternas olika begrepp exempelvis arbetsförmåga, som är ett centralt begrepp där man fastställer rätt till sjukpenning. På sikt kan detta bidra till bättre bedömningar och förbättringar av kvaliteten i dem. Det uttrycktes också att samarbetet hade skapat möjligheter genom uppkomsten av nya arbetssätt (ibid).

1.2.3. Samverkansprojekt

Ett urval av samverkansprojekt redovisas nedan, vilka intresserat författarna eftersom de både tar upp arbetsåtergång kopplat till psykisk ohälsa och framgången kring projektet. Norge finns representerat eftersom deras samverkansstruktur ser annorlunda ut än Sveriges vilket därför är intressant att ha med som jämförelse till resultatet i denna studie.

I ett projekt (Øyeflaten et al, 2008) med totalt 135 deltagande individer, var utgångspunkten att samarbeta kring individer som varit långtidssjukskrivna med komplexa, icke-specifika klagomål kring subjektiv hälsa. 87 deltagare var kvinnor och 48 var män, med en medelålder på 45 år. Det tvärvetenskapliga rehabiliteringsteamet bestod av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, yrkes- och socialarbetare. Deltagarna som ingick i programmet hade främst problem relaterade till muskuloskeletala och

psykiska diagnoser, med målet att förbättra sin funktionsnivå, sin arbetsförmåga, samt att öka sannolikheten för återgång till arbete. Procentuellt var det fler kvinnor än män som klagade på hälsotillståndet. Det gäller alla områden, allt från trötthet, smärta på olika delar av kroppen och magproblem. I urvalet uteslöts individer med allvarliga psykiska störningar. En positiv och förväntad god hälsa kan förbättras genom tvärvetenskapliga interventioner, vilket också kan påverka arbetsåtergång som i sin tur är en viktig faktor för dem som inte tror sig kunna återgå i arbete. Vid tre månaders uppföljning i projektet hade 60 procent av deltagarna återvänt till arbete, och vid 12-månaders uppföljning hade 70 procent återvänt till arbetet (Øyeflaten et al, 2008).

I Norge drevs 2010-2013 ett projekt utifrån arbetsmodellen IPS av NAV, "Arbete, missbruk och psykisk hälsa". Där NAV samarbetade med flera aktörer bl.a. den kommunala psykiska hälsovården och specialistvården inom missbruk samt med de enheter som arbetar med bistånd för arbetssökande med psykisk sjukdom. NAV är ett enhetligt servicecenter som bidrar till social och ekonomisk säkerhet för de inskrivna, deras uppgift är att främja övergången till arbete och aktivitet. Människor som lider av mental ohälsa, akut eller kronisk, existerar i alla samhällsklasser. Formerna grundas ofta i kulturella skillnader. I denna kontext är det därför viktigt att möten kring stöd och service finns tillgängliga för klienten. Resultatet av projektet visade att deltagarna påbörjade individuella processer och livsstilsförändringar. Flera deltagare rapporterade faktorer som ledde till gradvis positiva förändringar i deras liv. En del av deltagarna ansåg att projektet gett dem mer lycka och en bättre livskvalitet. För andra hade det också bidragit till stärkt tro på sig själva baserat på egna val och beslut. De som deltog i projektet beskrev också vikten av att kunna arbeta (Mikkelsgård et al, 2014).

1.3. Aktörsansvar

1.3.1. Försäkringskassan

Försäkringskassan har ca 13 400 medarbetare vilket gör dem till en av Sveriges största myndigheter. Det finns ca 53 Lokala försäkringscenter (LFC), i hela landet. Där handläggs de ärenden som rör funktionshinder och sjukförsäkring. På LFC arbetar personliga handläggare med bedömningar av rätt till ersättning och med samordning kring personer som ska återgå till arbete efter sjukskrivningar. På ca 15 platser i Sverige finns Nationella försäkringscenter (NFC). Ersättningar som tandvård, utlandsärenden,

omprövningar och arbetsskadeersättningar är några exempel på vad som handläggs på NFC. Enligt 29 kap. 2§ Socialförsäkringsbalken (SFB) så avses rehabilitering ur sjukförsäkringsrättslig synpunkt att få en person i yrkesverksam ålder att återfå arbetsförmågan och om möjligt kunna försörja sig själv genom förvärvsarbete. Försäkringskassan ska vägleda och hänvisa den försäkrade till övriga rehabiliteringsaktörer men ska själv inte ses som en rehabiliteringsaktör (Günzel & Zanderin, 2012).

1.3.2. Handläggaren och samordningsansvaret

I Försäkringskassans handläggaruppdrag ingår bl.a. att genomföra en s.k. SASSAM-utredning (Strukturerad arbetsmetod för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering), där kartläggning främst ligger till grund för bedömning av rätt till ersättning och samordnade rehabiliteringsinsatser för individen, där målsättningen är att individen så snart som möjligt ska kunna återgå till arbete. Huvudsyftet med SASSAM är att professionalisera och effektivisera kartläggning- och utredningsarbetet inom sjukförsäkringen (Försäkringskassan, 2011). I uppdraget Försäkringskassan har ingår att under de första 90 dagarna i sjukskrivningsperioden tillsammans med den sjukskrivne upprätta en plan för återgång till arbete. Det är viktigt att i ett tidigt skede ringa in och fastställa målen den sjukskrivne har för att återgå i arbete samt att stödja i planeringen kring detta (Ekberg, 2009).

I Socialförsäkringsbalken 2010:110 (SFB) 30 kap 8-11§ och 12-14§ står det att Försäkringskassan ska samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. De ska i samråd med den försäkrade verka för att klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering och att åtgärder som effektiviserar rehabiliteringen vidtas. Samverkan sker med den försäkrade individens arbetsgivare, hälso- och sjukvård, socialtjänst, arbetsförmedling och andra myndigheter, om den försäkrade medger detta. Försäkringskassans uppgift är också att verka för att tidigare nämnda myndigheter och organisationer vidtar åtgärder som gör rehabiliteringen av den försäkrade så effektiv som möjligt och att den påbörjas så fort som medicinska och andra skäl tillåter. Försäkringskassan har även ansvaret för att en rehabiliteringsplan upprättas, om en rehabiliteringsåtgärd behövs för den försäkrades möjlighet till rehabiliteringsersättning. I möjligaste mån bör planen upprättas i samråd med den

försäkrade. Vilka åtgärder som behövs bör framgå av planen, likaså vem som ansvarar för vad, när det ska ske och övriga upplysningar som är viktiga för genomförandet av rehabiliteringen. Eftersom Försäkringskassan upprättat rehabiliteringsplanen innebär det att de har ansvaret för att planen följs och att den revideras eller uppdateras vid behov (Sveriges riksdag, 2015) Försäkringskassan bedömer arbetsförmågan och utifrån individens behov kartläggs och tillgodoses de rehabiliteringsinsatser som behövs (Vahlne Westerhäll et al, 2011).

1.3.2.1. Positivt bemötande

Något som visat sig ha betydelse för att främja arbetsåtergång och lyckas med rehabiliteringsarbetet är hur den sjukskrivne blir bemött av de professionella de möter, ex. inom Försäkringskassan och hälso- och sjukvård. Forskning visar att bemötandet den sjukskrivne upplever från professionella är av lika stor vikt som den rehabiliterande åtgärden i sig. I mötet med andra och speciellt i möten där vi finner personen betydelsefull som t.ex. med professionella rehabiliteringsaktörer uppkommer emotioner som skam och stolthet. Dessa två emotioner har utifrån sociologiska och socialpsykologiska perspektiv visat sig vara de mest centrala. Stolthet ger en upplevelse av att duga och känna sig lyckad, den gör att vi vill bli sedda och hörda och att vi vill interagera med andra. Skam däremot gör att vi vill dra oss undan sociala interaktioner och vara ensamma. Vi vill inte bli sedda och konsekvenserna blir att vi känner oss misslyckade och odugliga. I alla möten mellan människor finns dessa emotioner nästan alltid närvarande, de är kopplade till individens självkänsla, självvärdering och självuppfattning (Müssener et al, 2009). Stolthetskänslan den sjukskrivne upplever i interaktionen med den professionella kan antas påverka den sjukskrivnes tro på sin egen förmåga, vilket i sin tur kan leda till ett psykologiskt empowerment och ökar möjligheten till arbetsåtergång. Tvärtom kan kopplingen mellan en svag tro på sin förmåga och skam, psykologisk disempowerment antas försämra möjligheten till arbetsåtergång. I det här sammanhanget kan psykologisk empowerment ses som en process där målet är att den sjukskrivnes resurser stärks i interaktion med andra. Psykologisk disempowerment är motsatsen, där processen leder till en negativ bild av den egna förmågan och den inre resursen inte tas tillvara. Om sjukskrivningsprocessen ska leda till framgång eller misslyckande handlar till viss del om de professionellas förmåga att visa den sjukskrivne respekt och stöd. Deras uppmuntran, inlevelse och

engagemang är också en del i hur den sjukskrivne hanterar förändringar i t.ex. sjukförsäkringen (Müssener et al, 2009).

1.3.3. Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen ansvarar för rehabiliteringen av de personer som är arbetslösa. Inom arbetsförmedlingen finns många specialister såsom psykologer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. I uppdraget ingår bland annat platsförmedling, vägledning mot yrken och utbildning samt stöd och service till människor med funktionshinder som medfört nedsatt arbetsförmåga. Tillsammans med Försäkringskassan arbetar Arbetsförmedlingen inom ramen för nationell handlingsplan, där det arbetas för att ge bättre service till personer som är sjukskrivna och arbetslösa. I arbetet ingår också personer som inte kan komma tillbaka till sin tidigare arbetsplats eller arbetsgivare för att individen är i behov av mer omfattande insatser, detta sker i en samordnad organisation. Arbetsförmedlingen ska arbeta utifrån de rutiner som utformats då en person övergår från att vara sjukskriven till att vara arbetssökande. Sjukförsäkringsreformen har medfört att samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har utvecklats och fördjupats. Båda myndigheterna har utvecklat de samarbetsrutiner och mötesformer som rehabiliteringskedjan kräver i syfte att stödja den enskildes återgång i arbete eller omställning till ett annat arbete (Günzel & Zanderin, 2012). Arbetsförmedlingen bedömer individernas arbetsförmåga, de undersöker hur arbetsför individen är och vilket yrke som kan vara aktuellt för personen (Vahlne Westerhäll et al, 2009).

1.3.3.1. Arbetslivsinriktad rehabilitering

Att ha förmåga till att återgå i arbete är beroende av individens medicinska tillstånd men det påverkas också av andra faser såsom exempelvis hur lång sjukskrivningsperioden har varit. Det beror också på anpassningsmöjligheterna arbetsgivaren har och kunskapen kring detta är också av betydelse för möjligheten att återgå i arbete (Ekberg, 2009).

I Sverige genomfördes i juli 2008 rehabiliteringskedjan där sjukpenningperioden begränsades till ett år. Efter sex månaders sjukskrivning ska den sjukskrivnes arbetsförmåga bedömas i relation till hela arbetsmarknaden. Rehabiliteringskedjans

huvudsyfte är tidig återgång i arbete. Det uppfylls genom snävare tidsram och aktörernas snabbare insatser för arbetslivsinriktade åtgärder. Genom regelförändringen som gjordes bl.a. i sjukförsäkringen vid införandet av rehabiliteringskedjan påverkas också Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens handlingsutrymme. Den hänsyn som kan tas till sjukdomarnas olika rehabiliteringstider påverkar arbetsgivaren, som ska uppfylla sitt ansvar (Ekberg, 2009). Ståhl (2009) drar också slutsatsen att det bör satsas på att utveckla bra arbetsformer som inbjuder arbetsgivarna i samverkansprocessen. För att på så vis förbättra möjligheterna för de som är sjukskrivna att återgå i arbete.

Internationell forskning förespråkar inkludering av relevanta aktörer kring individens rehabilitering, där samverkan och delaktighet förespråkas för en lyckad arbetsåtergång. Det är en utveckling som skulle bidra till att minimera riskerna för att myndigheterna rehabiliterar individer till arbeten som inte finns (Ståhl, 2009).

En central del i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans gemensamma uppdrag att sätta in tidiga insatser för den sjukskrivnes möjlighet till arbetsåtergång. Målsättningen med det gemensamma uppdraget är att få den arbetssökande att finna, få och behålla ett arbete. Detta samarbete består av en gemensam kartläggning och att sätta in aktiva insatser. Positiva effekter har påvisats av samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, i form av minskade sjukskrivningstider och ett för individen närmande till arbetsmarknaden genom t.ex. utbildning. På grupper som generellt sett förknippas med långvarig sjukskrivning, såsom kvinnor, arbetslösa, sjukskrivna med psykiska diagnoser och äldre har även här positiva effekter påvisats (Regeringen 1, 2015).

Arbetsinriktad rehabilitering syftar till att individen kommer åter i arbete och som av särskilda skäl varit oförmögen till att arbeta under en tid. Åtgärderna som vidtas syftar till att individen ska stärka sin förmåga genom utbildning, förändrade arbetskrav eller andra arbetsuppgifter. Det är flera parter involverade i processen kring individen såsom arbetsgivare, fackförening, företagshälsovård, försäkringskassan m.fl. samtliga erbjuder olika rehabiliteringstjänster för den enskilde (Günzel & Zanderin, 2012).

1.3.4. Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska vården, behandling, rehabilitering och rehabilitering. Deras målsättning är att den enskilde ska återfå en så bra funktionsförmåga som möjligt. Att den medicinska vården är väl fungerande är en viktig förutsättning för att i ett tidigt skede få igång rehabiliteringsinsatserna på arbetsplatsen. Medicinska insatser ska samordnas med övrig rehabilitering vilken Försäkringskassan ansvarar för. Värdefullt är att den sjukskrivande läkaren besöker arbetsplatsen tillsammans med den som är sjukskriven. Då kan rehabiliteringsmöjligheterna lättare sättas i relation till arbetets art och de medicinska förutsättningarna (Günzel & Zanderin, 2012). Enligt en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting finns idag en koordinationsfunktion som till andra aktörer ska fungera som rådgivare, kontaktperson, samarbetspartner och kunskapsförmedlare. Funktionen ska även fungera som coach eller kontaktperson för sjukskrivna individer, där den ska ha en stödjande roll i rehabiliteringen och sjukskrivningsprocessen och verka för en tidig kontakt med vården (Regeringskansliet, 2013).

1.3.5. Arbetsgivaren

Arbetsgivaren har som skyldighet att i samråd med den försäkrade lämna ut de uppgifter Försäkringskassan behöver för att utreda rehabiliteringsbehovet och att de åtgärder som behövs för att effektivisera rehabiliteringen vidtas. Andra skyldigheter de har är t.ex. arbetsträning, genomföra arbetsprövningar och omplaceringar. Arbetsgivarens ansvar omfattar även förändringar av t.ex. arbetstider, arbetsfördelning, arbetsmetoder, arbetsuppgifter mm. Men även förändringar som rör de sociala och psykologiska förhållandena ingår i deras ansvar, precis som tekniska åtgärder som t.ex. belysning och anpassade arbetsstolar m.m. Det anses viktigt att arbetsgivaren vidtar åtgärder inom dennes verksamhet i ett tidigt skede för att få en effektiv rehabilitering (Vahlne Westerhäll et al, 2011). Enligt 2 kap 1§ Arbetsmiljölagen 1977:1160 (AML) har arbetsgivaren även skyldighet att se till att arbetsförhållandena anpassas efter de olika psykiska och fysiska förutsättningar människor kan besitta (Sveriges riksdag, 2014).

Arbetsgivarens ansvar är att främja hälsa men deras primära mål är att producera varor och tjänster eller att ge service. Om ett hälsofrämjande arbete inte ingår i

arbetsprocessen eller prioriteras riskerar dessa frågor att helt ignoreras. Det finns också stora variationer i hur det hälsofrämjande arbetet och rehabiliteringen hanteras inom olika organisationer (Ekberg, 2009). Vad gäller rehabiliteringsinsatser har arbetsgivaren ett förstahandsansvar, det innebär att arbetsgivaren ska uppmärksamma behov av rehabilitering, tillgodose den anställdes rehabiliteringsbehov genom att vidta åtgärder, främja detta och finansiera åtgärder (Günzel & Zanderin, 2012). Om en anställd kan få arbetstakt, reducerade arbetsuppgifter och arbetstider anpassade efter det personliga måendet, ökar motivationen att arbeta istället för att sjukskriva sig. Kan arbetsanpassning erbjudas, återgår fler i arbete. Frånvaro innebär ofta högre arbetsbelastning på kollegor och då kan den anställda känna höga krav på att inte sjukskriva sig, trots sjukdom. Är det höga närvarokrav så ökar också sjuknärvaron på arbetsplatsen. Dessa problem har uppmärksammats även internationellt och kan i många fall bidra till problem då man ser till produktionen på många arbetsplatser. Här spelar arbetsledaren en stor roll för en lyckad arbetsåtergång. Det innefattar allt från bemötande till agerande mot den som är sjukskriven (Ekberg, 2009).

I Sverige främjas betydelsen av en tidig kontakt mellan den som är sjukskriven och arbetsplatsen. I den arbetslivsinriktade rehabiliteringen grundar sig ofta utgången i arbetsplatsens storlek. Här spelar ofta storleken stor roll, ju större företag desto större är chansen att den sjukskrivne kan återgå i arbete. Det visar sig i att ett större företag har fler möjligheter att erbjuda anpassade arbetsuppgifter eftersom verksamheten ofta är mindre sårbar. Men det beror också på andra betydelsefulla faktorer som arbetsledarens stöd och attityd. Tjänstemän återgår i arbete i högre utstäckning, där spelar inkomsten stor roll, vilket dels kan grundas i att tjänstemän och höginkomsttagare ofta har bättre hälsa och arbetsvillkor som i sin tur också kan möjliggöra anpassningsmöjligheter i arbetet (Ekberg, 2009). Involveras inte arbetsgivarna riskerar de myndigheter som samverkar i rehabiliteringsprocessen lägga krut på rehabiliteringsåtgärder som inte finns (Ståhl, 2009).

Melén (2009) skriver att det är viktigt att arbetsgivare motiveras för att engageras i processen för att exempelvis anställa de som har begränsad arbetsförmåga för att ge dem tillträde till arbetsmarknaden. Det kan ske genom lönebidrag eller genom bidrag för nystartsjobb. Detta används främst för dem som har begränsad arbetsförmåga för att de ska bli anställningsbara.

1.3.6. Socialtjänst

Under socialtjänstens ansvar ligger erbjudandet och genomförandet av social rehabilitering. Socialtjänsten har resurser för att arbeta med boendeproblematik i samband med spel, alkohol och droger, ekonomiska problem, stöd till äldre och till barn/ungdomar och deras familjer. Kommunen ansvarar för insatser till individer med funktionshinder och de har även det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får den hjälp och stöd som behövs (Günzel & Zanderin, 2012).

1.3.7. Rehabiliterande individen

Den försäkrades skyldighet är att aktivt och efter förmåga delta i rehabiliteringen och lämna upplysningar som är viktiga för klarläggningen av rehabiliteringsbehovet 30 kap 7§ SFB (Sveriges riksdag, 2015). Att aktivt medverka påverkar rehabiliteringsresultatet starkt. Att bygga på individens behov och förutsättningar har visat sig vara en faktor för en framgångsrik rehabilitering. Att välja bort rehabilitering är inte ett alternativ, sjukpenning eller annan rehabiliteringsersättning kan dras in av Försäkringskassan om den sjukskrivne inte medverkar i rehabiliteringsåtgärder (Günzel & Zanderin, 2012).

1.4. Problemformulering

Att undersöka hur samverkan mellan rehabiliterande aktörer upplevs av försäkringskassehandläggarna som har det samordnande ansvaret, är av högsta intresse. Vad upplever handläggarna att de kan göra för kvinnor med psykisk ohälsa och deras arbetsåtergång? Vilka möjligheter och hinder upplever de med samverkan? Hur ser handläggarnas handlingsutrymme ut? Används det, är det begränsat av regelsystemet, är det avhängigt varje enskild handläggare eller är det andra faktorer som påverkar resultatet för en lyckad arbetsåtergång?

1.5. Syfte

Syftet var att undersöka hur försäkringskassehandläggare upplever att samverkan fungerar vid arbetsåtergång för sjukskrivna kvinnor med psykisk ohälsa.

2. Metod

2.1. Litteratursökning

Under hela arbetet med studien söktes och studerades artiklar och litteratur. På Mittuniversitetets sökmotorer söktes artiklar genom att välja aktuella databaser och via dem söka inom vårt ämne; rehabiliteringsvetenskap. Vid sökningar via databaser såsom Pubmed+, ProQuest social sciences m.fl. så har sökord varit exempelvis vocational rehabilitation, return to work, female, mental illness, coordination, collaboration m.fl. Sökningarna har begränsats genom att välja artiklar publicerade mellan 2004 - 2014 för att få så aktuell data som möjligt inom vår studies område.

Genom databasen Diva har flertalet artiklar av Kerstin Ekberg tagits fram och genom dessa artiklar, framkom också andra referenser som bland annat Christian Ståhl som diskuterats i uppsatsen.

Relevanta lagtexter och förarbeten har också studerats samt fakta via Försäkringskassans hemsida, och genom vår kontaktperson har dessutom viss information erhållits, men också genom intervjuerna som genomfördes framkom intressant och relevant information.

Förförståelsen har genom artikelsök bidragit till en bredare syn och tankesätt som kunde tillvaratas under intervju och analys.

2.2. Försäkringskassans kontaktperson

Tidigare under våra studier har kontakt knutits med den person som kom att bli vår väg in i myndigheten. Efter att kontaktpersonen fått information om syfte och önskemål kring vår studie, kontaktade hon sin chef för godkännande av handläggarnas deltagande i studien.

2.3. Val av undersökningsmetod

Valet blev kvalitativ metod för att komma ner på djupet och få fram mer utförliga svar på hur samverkan upplevs av Försäkringskassehandläggarna, så var det den mest lämpliga metoden.

2.4. Urval och informantbrev

Urvalet har skett genom vår kontaktperson på Försäkringskassan. Där igenom erhöles kontaktuppgifter till Försäkringskassehandläggare som sedan kontaktades efter godkänd projektplan, sammanlagt fem stycken personer. Eftersom analysen var stor och tidskrävande fanns inte tid att uppnå mättnad i uppsatsen.

Personerna kontaktades via mejl för tidsbokning av genomförandet av intervjuer. I mejlet beskrevs kort hur intervjuerna kommer att gå till, inspelning, intervjuguide och hur lång tid dessa kommer att ta, allt för att de ska kunna planera sin tid på bästa sätt. Vid intervjutillfället förmedlades också syftet med studien och de etiska frågorna för att delta i den.

2.4.1. Informanterna

Så snart informationen erhöles om att det fanns kandidater som ville ställa upp mejlades vårt informantbrev med information om syfte och önskemål (Bilaga 1). Respondenterna är fem stycken försäkringskassehandläggare samtliga är kvinnor och arbetar i samordnarrollen och i samverkan med arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen kring kvinnor med psykisk ohälsa. De arbetar på en ort i Mellansverige som är en kommun där man har ett lokalt försäkringscentrum. De har alla olika utbildningsnivåer, från gymnasienivå till akademiska utbildningar. Vissa av de med akademisk utbildning har byggt ihop sin egen utbildning medan någon har gått ett färdigt program. Samtliga har dock genom Försäkringskassan utbildats i Motiverande samtalsmetodik (MI). De har olika lång erfarenhet av arbetet som handläggare på Försäkringskassan, från 5-34 år. Valda citat kommer att användas i resultatet, men inga uttalanden kommer att kunna kopplas till någon enskild informant.

2.5. Intervjuerna

Intervjuer som utfördes hade sin utgångspunkt i semistrukturerade frågeställningar, där en intervjuguide (Bilaga 2) var underlaget för strukturen i intervjuerna, som genomfördes av oss två studenter. Vid varje intervjutillfälle skötte den ena intervjun medan den andra skötte det tekniska d.v.s. inspelningen. Intervjuerna spelades in för att lättare kunna bearbeta innehållet i sin helhet och underlättade för oss i analysprocessen. Detta för att man med fördel kan lyssna flertalet gånger på materialet (Bryman, 2012). Varje intervjutillfälle tog 30-40 minuter, på respondentens arbetsplats.

Samtliga intervjuer genomfördes i ett konferensrum på Försäkringskassan, där bokningen genomfördes av vår kontaktperson. Respondenterna hade fått en bokad timme tilldelad med hänsyn utifrån deras bokningar i kalendern. Intervjun hade en intervjuguide som underlag för att dels ha kontroll om det av olika anledningar svävar i väg i svaren och om informanten inte svarar på det som avses att få besvarat, d.v.s. syftet.

Intervjustudien har genomförts efter Kvales sju stadier, d.v.s. att man först genom tematisering formulerar syftet och det man föreställer sig om ämnesvalet. Därefter gör man en planering, i vårt fall en tidplan. Som en tredje punkt genomfördes intervjuerna tillsammans med en intervjuguide för att skapa ett reflekterande förhållningssätt och struktur för samtalet. Efter att intervjuerna genomförts skrevs intervjuerna ut ordagrant, därefter gjordes analysen. Det sjunde och sista stadiet som är rapporteringen, presenteras under databearbetningsprocessen nedan (Kvale & Brinkmann, 2014). För att fastställa intervjuresultaten så genomfördes en verifiering som påvisar validiteten, reliabiliteten och generaliserbarheten, dessa verifieringstyper har andra benämningar för att fastställa detta i den kvalitativa forskningen, nämligen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Bryman, 2012).

2.6. Databearbetning och analys

Kvalitativ forskningsdesign och innehållsanalys gör det möjligt att tolka och analysera materialet i intervjuerna eftersom den tillåter textnära tolkningar så nära verkligheten som möjligt, vilket var en förutsättning med tanke på studiens syfte.

Utifrån Kvaless sjunde och sista stadiet som är rapporteringen (Kvale & Brinkmann, 2014), gjorde vi så här. Analysprocessen hade sin utgångspunkt i de genomförda intervjuerna, som färdigställda och ordagrant transkriberats. Innehållsanalysen gjorde det möjligt att på ett överskådligt sätt beskriva framkomna variationer i materialet genom att identifiera skillnader och likheter av textinnehållet. Intervjuerna lästes flera gånger och därefter har texterna ordnats i meningsenheter, koder, teman och underteman (tabell 1). Analysen hade sin utgångspunkt i det som uttrycktes i text, sedan kopplades detta samman med hur tolkningen av textens innebörd skulle göras. Utifrån detta skapades teman och underteman som finns redovisade i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Syftet med kondenserad text och att formulera textinnehåll i underteman och teman är att se om frågorna besvaras och för att få en överblick över materialet och kodningen. Våra teman har växt fram under analysens gång. Utgångspunkten var syftet och det mest centrala som undersökningsgruppen delgivit oss i intervjuerna. Utifrån detta skapades en helhetsbild som återkopplats till syftet med studien.

Tabell 1: Exempel på vågrät analys

Fråga	Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Tema	Undertema
Ser du några hinder i samordnarrollen?	"Alltså sekretessen är ju till viss del ett hinder. Jag förstår ju att den ska finnas och den måste ju finnas, men det vore ju mycket enklare om jag kunde ha en diskussion med arbetsgivaren om saker och ting, men det kan jag ju inte p.g.a. sekretessen då. Jag kan ju ta in information men jag får inte lämna information."	Att sekretessen till viss del är ett hinder. Förstår att den ska och måste finnas. Att ta in information men inte lämna information.	Sekretessen viktig men ett hinder. Ta in information. Ej lämna information.	Skillnad mellan handläggare	Hinder och möjligheter

2.7. Etiska överväganden

De etiska överväganden som gjorts var utifrån autonomiprincipen, där det går ut på att deltagandet är frivilligt och att innehållet i datainsamlingen inte skadas eller att deltagarna kan komma att identifieras i framkommet resultat. Med hänvisning till

informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet kring deltagandet lämnades samtlig information skriftligt i form av ett informantbrev via mejl och vid genomförandet av intervjuerna gavs muntlig information om samtliga krav som beskrivs ovan. All information lämnades till våra informanter direkt när projektplanen godkändes, detta för att respondenten skulle få chansen att avsäga sig deltagande och att vi studenter skulle få chansen att ta ny kontakt med annan respondent. I vår strävan att uppnå konfidentialitetskravet var vår avsikt att inga personuppgifter eller urskiljandet av informanterna som medverkat skulle kunna ske. Ljudfilerna förstördes efter godkänd uppsats och råmaterialet har bara författarna bearbetat.

3. Resultat

I resultatet presenteras informanternas upplevelser kring sin samordnarroll och hur de upplever att samverkan kring kvinnor med psykisk ohälsa och arbetsåtergång fungerar.

Teman som presenteras är följande: Skillnader mellan handläggare, samverkan, psykisk ohälsa och arbetsåtergång.

Tabell 2: Presentation av teman och underteman

Teman	Underteman
Skillnad mellan handläggare	Handlingsutrymme Hinder och möjligheter Möjligheter Utbildning
Samverkan	Kommunikation Önskemål om ändrade arbetsförhållanden
Psykisk ohälsa	Individ Könsskillnader Bemötande
Arbetsåtergång	Skillnader mellan kön

3.1. Skillnader mellan handläggare

De resurser handläggarna har eller förvaltar över kan se lite olika ut p.g.a. att informanterna har olika saker som de måste förhålla sig till. De har först och främst lagar genom socialförsäkringen och i vissa fall också arbetsrätten att förhålla sig till, vilket främst gäller för handläggare som arbetar mot arbetsgivare. Sedan försöker de synkronisera dessa för att nå det bästa för individen.

3.1.1. Handlingsutrymme

Handlingsutrymmet upplevs vara olika stort för informanterna och det kan grunda sig i erfarenheten genom yrket men också hur du är som person. En annan hindrande faktor som lyfts fram är tiden, som handläggare har man mellan 80-100 pågående ärenden samtidigt. Många av dessa ärenden kräver personliga möten i olika stor utsträckning, då handläggaren p.g.a. tiden i vissa fall måste prioritera vilka möten de anser vara viktigast för stunden. Ett bortprioriterat möte som handläggaren ändå får till, kan visa sig bli det viktigaste mötet de haft.

3.1.2. Hinder och möjligheter

3.1.2.1. Hindrande faktorer

Faktorer som de i sin handläggarroll stöter på och som verkar hindrande vid samsjuklighet kan till exempel vara när individen är bosatt på en liten ort och där kan träffa sin läkare, men måste till annan ort för att få rehabiliteringen eller träffa sin psykolog. I samverkansprocessen är detta hindrande utifrån samordnarrollen när möten ska bokas med alla aktörer. Ibland är det också långa väntetider för att få hjälp, vilket är en grundorsak till att individen inte kan återgå i arbete snabbt.

De hinder som bland annat framkom under intervjuerna är de långa väntetiderna i sjukvården, som skapar problem speciellt för dem som har psykisk ohälsa och behöver kontakt med psykologer. Det fungerar mindre bra mellan sjukvård och specialistvård, vilket kanske beror på de olika journalsystemen. En upplevelse är att det kan bero på vilka läkare individen möter.

Det som också framkommer är att det är svårt att få till möten då det ofta är hyrläkare inblandade. De är svåra att få tag på. När man arbetar med sjukskrivna som har arbete kan detta bromsa upp processen för avstämningsmöten och man kommer som handläggare inte vidare i sina ärenden.

Sekretessen nämns som ett hinder i processen kring individen, exempelvis då en anställd är sjukskriven. Sekretessen behöver finnas men att den ibland kan bromsa upp arbetet då de får er hålla men inte lämna information. En informant uttrycker att regelsystemet ibland kan vara ett hinder i processen kring individen, där de ibland önskar att de kunde tänja mer på gränserna. Framförallt vad gäller tid i olika former, att exempelvis kunna erbjuda längre arbetsträning om det är det som behövs, utan att vara beroende av rehabiliteringskedjans tidsramar.

3.1.3. Möjligheter

De möjligheter som nämns är det individuella samverkansteamet som finns, där man mellan de olika professionerna kan lyfta frågor som rör individen för att hitta den bästa lösningen. En informant som intervjuades lyfter fram att det kan finnas skillnader mellan privata och offentliga arbetsgivare. De privata verkar mer benägna att få sina medarbetare tillbaka i arbete. Koordinatorerna nämns som en viktig möjlighet för både Försäkringskassan och individen. De finns till hjälp för de handläggare som främst arbetar med sjukskrivna som är arbetslösa. Koordinatorerna fungerar som en spindel i nätet och ökar individens möjlighet till en snabb kontakt med vården. Samverkansteamet och projekten nämns också som viktiga möjligheter. Projekten verkar som en viktig del i integreringen mot arbete eller studier, och kanske t.o.m. att lära sig sociala koder i samhället och på arbetsplatserna. Teamen är viktiga för att stärka samarbetet och få ett helhetsperspektiv kring individen. Detta forum eller nätverk finns bara för dem som arbetar med arbetslösa personer som är sjukskrivna.

3.1.4. Utbildning

Det är ofta vi sitter i omplaceringsärenden där man går igenom de lediga jobben som finns och det finns liksom ingenting. För du

klarar liksom ingenting. Du klarar inte städ för du har ont i din axel och du har inte utbildning till något annat, så nej då är det liksom kört.

Så beskriver en informant utifrån vår fråga om de kan se att det är hindrande att vara kvinna när det gäller att få tillträde till arbetsmarknaden. En annan informant svarar att det inte skiljer sig i att vara kvinna utan i vilka mål som denne har och om målet kan vara att utbilda sig exempelvis. Men också att det handlar om att individen ska nå insikten att den kanske behöver utbilda sig för att få arbete. Dessa beslut kan handla om rädsla eller att det saknas tro på sig själv, och kvinnorna är ofta överrepresenterade när det handlar om att inte tro eller har drivkraften att tro sig klara av utbildning. En annan informant uttryckte att hon inte kunde uttala sig om just specifikt tillträde till arbetsmarknaden eftersom hon arbetar med anställda som är sjukskrivna. Det hon däremot upplevde utifrån hennes erfarenheter är att i de ärenden hon hanterar så är kvinnorna en stor grupp och de är ofta lågutbildade medan männen i hennes ärenden är högutbildade så visst spelar utbildningsnivån roll. De lågutbildade kvinnorna har svårare att komma tillbaka till sina arbeten. Det uttrycks att kvinnor är mer sköra än män och det i sin tur kan vara en anledning till att det är svårare att få tillgång till arbete eller arbetsmarknaden. Det andra kan vara utbildningsnivån som generellt är lägre hos de kvinnor denna informant träffar och hon upplever också att ekonomin spelar stor roll för vilket val individen gör.

3.2. Samverkan

I uppdraget som samordnare ingår det att först och främst se behovet för samordning och därefter att stödja personen att komma åter i arbete. Handläggarna samordnar möten mellan individ, sjukvård, arbetsgivare och ibland Arbetsförmedlingen. Det är också viktigt att se till att individen på bästa sätt ska kunna återgå i arbete eller studier. I uppdraget ingår även att få en helhetsbild av individen för att kartlägga de insatser som krävs. I ansvaret menar en informant att det ingår att se till att alla aktörer som de samverkar med gör sin del i uppdraget.

Hälso- och sjukvården tittar på arbetsförmågan i relation till ordinarie arbete och Försäkringskassan ser på arbete i helhet, vad kan denna individ utföra för arbete? En

annan informant menar att ortopeden lagar brutna ben medan Förestagshälsovården tar hand om komplikationerna efter och sjukskrivningarna därtill. Individens mål att komma åter i arbete kan ibland försvåras på grund av sjukdomsskäl. Denne måste nå insikt i hindren för arbetsåtergång för att kunna tänka nytt. Då har Arbetsförmedlingen en betydande roll, speciellt om arbetsgivaren vill ha tillbaka individen, så visst strävar man ibland mot olika mål. Då gäller det att stötta individen och erbjuda hjälp i processen mot arbetsåtergång eller om den ska få sjukersättning och inte alls återgå till arbete.

När det handlar om samverkan i ett vidare perspektiv nämns att det är svårt att planera in möten då det hela tiden är många pågående ärenden och fulla kalendrar för aktörerna, att ta hänsyn till. Då krävs det god framförhållning och god planering för att få in alla planerade möten. Informanten beskriver också att det är just därför hon arbetar på Försäkringskassan för att hon vill arbeta med möten och samverkan.

3.2.1. Kommunikation

Vårt främsta mål är att få människor tillbaka till arbete, men framförallt är det väl som jag sade i början att få alla att göra det de ska, att göra saker i rätt tid och att de ska få hjälp i rätt tid.

Uttrycker en informant som viktiga aspekter då denne ser till mål och syfte med samverkan.

I samma fråga uttrycker en informant att det är viktigt att stötta individen och erbjuda denne hjälp i processen mot arbetsåtergång eller om den inte ska återgå till arbete utan erbjudas stadigvarande sjukersättning. Ofta arbetas det mot olika mål inom myndigheter och Hälso- och sjukvård. Där det görs olika bedömningar i arbetsförmågan, där vård tittar på arbetsförmågan i relation till ordinarie arbete och Försäkringskassan ser på arbete som helhet och vad individen klarar av att utföra för arbete. Eftersom det förekommer att det strävas mot olika mål, är det viktigt att Försäkringskassan klart och tydligt informerar individen om vad som kommer att ske och att kontakt med andra

rehabiliterande aktörer kommer att tas. Detta görs i motiverande samtalsform, säger informanten.

Ytterligare upplevelse är t.ex. att det är viktigt att göra en planering utifrån sitt eget ansvarsområde. Det viktigaste är att det klargörs vad målet är och hur fort man ska gå fram i rehabiliteringsprocessen, och att all relevant information kommer fram samtidigt till samtliga involverade parter.

3.2.2. Önskemål om ändrade arbetsförhållanden

I intervjun med informanterna ställdes frågan, vad skulle kunna göras annorlunda i samverkansprocessen för att fler skulle återgå i arbete? Där upplevs att tidiga kontakter i de flesta ärenden är viktigt men också att alla aktörer är med när behovet finns för individen. Att alla deltar på möten för att kunna göra en så bra plan för personen som möjligt. Andra uttrycker att samhället borde erbjuda fler arbeten utan utbildningskrav för det skulle göra att de som inte är fullt arbetsföra ändå skulle känna sig behövda och behövas på arbetsmarknaden. Ytterligare förslag är att satsa på tidiga insatser och resurser på sjukvården, att ge dem resurser för att fånga upp individen innan det går så långt som till sjukskrivning. Att utbilda arbetsgivarna i att upptäcka och se signaler tidigt samt att erbjuda tidig kontakt med samtalsterapeut. En informant föreslår också fler handläggare och fler tider med Arbetsförmedlingen, där samarbetet med Försäkringskassan skulle generera mer djupkunskap i varje ärende och det i sin tur skulle bidra till att fler återgår i arbete. Sedan finns det en informant som upplever att det fungerar bra men att det inte alltid har gjort det. Tidigare var det långa väntetider men med hjälp av att man idag har speciella handläggare både på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen arbetar man parallellt med sjukvården för att minimera riskerna för återfall i sjukskrivning då individen är mogen för arbetslivsinriktad rehabilitering.

3.3. Psykisk ohälsa

I de genomförda intervjuerna nämner informanterna bland annat att de har lite olika arbetsätt beroende på vem de arbetar för. Det skiljer sig ifall arbetet är riktat mot de individer som är sjuka och har jobb eller om individen är sjuk och är arbetslös. De som har en anställning strävar efter tillfrisknande och återgång till arbete hos sin

arbetsgivare. Medan en sjuk, arbetslös individ står till hela arbetsmarknadens förfogande vid tillfriskning. Vad som också framkommer i intervjuerna är att sjukvården arbetar olika och det kanske beror på vem läkaren är som individen möter eller om denne är man eller kvinna. En del läkare frågar inte alls om hemsituationen, vilken kan vara en betydande faktor för sjukdomsbilden.

3.3.1. Individ

Det viktigaste i mötet med individen är att den får berätta om sin situation och att individen förstår att mötet med en handläggare från en myndighet skiljer sig från mötet med en terapeut, och att det i samråd med sjukvården kan gå att finna lösningar för att få till det individen önskar. Man kan ställa frågor som gör att de fokuserar på annat än sjukdomen så att de hittar andra vägar, såsom var hämtar du din energi ifrån? Detta påtalar en annan informant som en viktig faktor att ta hänsyn till. Samma person menar att det är viktigt att ifrågasätta andra aktörers handlande om de inte gör sitt bästa kring rehabiliteringen för individen. Detta upplevs som mycket viktigt i processen kring psykisk ohälsa.

3.3.2. Könsskillnader

En informant uttrycker att hon inte försöker särskilja män och kvinnor, utan försöker behandla dem lika och ställa samma frågor oavsett kön. Arbetar handläggarna mot kommuner där det arbetar flest kvinnor är det viktigt att få till personliga möten med individen. Därefter inleds möten med arbetsgivaren och sjukvården för att kartlägga situationen kring individen för att ringa in utlösande faktorer till ohälsa. Vid svårigheter i hemsituationen kan hjälp erbjudas av en psykolog och KBT-terapeut, som hjälper till med strukturering av hemsituationen.

3.3.3. Bemötande

Det är viktigt att visa engagemang och boka möten vid rätt tidpunkt, särskilt i arbetet med kvinnor med psykisk ohälsa, eftersom rehabiliteringstiden annars riskerar att förlängas. Individerna är i början av sin sjukskrivning ofta väldigt sköra och då vinner Försäkringskassan inte mycket på att koppla in de andra aktörerna utan det är viktigt att

känna in vart individen befinner sig i sin process. Att lyssna på vad individen säger och låta denne styra över sin rehabilitering är viktigt i arbetet med de som har psykisk ohälsa och även att visa empati och förståelse för alla.

3.4. Arbetsåtergång

En informant menar att det är många fler kvinnor som är sjukskrivna och som har depressioner tillsammans med exempelvis värk i kroppen i jämförelse med män. Det upplevs också att det finns skillnader i arbetsåtergång vid jämförelser mellan återgång i arbete kontra kön och utbildningsnivå. Upplevelsen kring dessa jämförelser är att det är fler män som återgår i arbete och att de generellt sett har högre utbildning än kvinnor. Där uttrycks en osäkerhet i om det beror på den högre utbildningsnivån, vilken kanske bidrar till att det är lättare för män att återgå i arbete. Det framkommer också att en annan upplever att det är fler män som arbetar 50 procent för att sedan direkt återgå till heltid, medan kvinnor oftare är deltidssjukskrivna och trappar upp tiden genom 25, 50 och 75 procent innan de återgår till heltid. Tidiga kontakter och aktiva aktörer kan bidra till att fler återgår i arbete efter sjukdom.

3.4.1. Skillnader mellan könen

En informant upplever att det är fler män som återgår snabbare till arbete efter sjukskrivning men hon har inga belägg eller någon statistik som säger att det faktiskt är så. Hon vet inte heller om det beror på att det generellt sett är fler kvinnor som är sjukskrivna och som har psykisk ohälsa. Det är också bara en viss del av dessa kvinnor som återgår i arbete.

En informant upplever att män ofta identifierar sig med sitt arbete och därför alltid strävar efter att återgå. En annan upplever att det känns som det är lättare att få tillbaka män i arbete. Kvinnor brakar oftare djupare igenom och har därför svårare att lyfta sig. I jämförelse med kvinnan så menar också handläggaren att när mannen drabbas av psykisk ohälsa så reser denne sig lika lätt som den skulle göra vid ett brutet ben. Sedan nämns upplevelser som att det ofta finns en lång historik kring kvinnorna, att de har gått en lång tid eller under många år innan de kommit till insikt om sin psykiska ohälsa eller att den visar sig. Kvinnorna oroar sig mer för barnen och sätter inte sig själva i första

rummet. Utifrån det så vet inte informanten om det är så att det bland männen är fler som återgår eller om de är färre till antal vid sjukskrivningarna.

Verkligheten ser sådan ut att det är väldigt många fler kvinnor som är sjukskrivna för psykisk ohälsa i förhållande till män. Om det sedan generellt sett är så att det är svårare att återgå i arbete efter sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa vet inte informanten, men tror det.

4. Diskussion

4.1. Metoddiskussion

Genom frågeställningarna i intervjuerna kom ibland andra riktningar ta form som i sig inte alls var negativa för det fortsatta arbetet utan tvärtom skapades mer djupkunskap om informanternas upplevelser och arbete. Vidare utfördes intervjuerna med öppet sinne. Efter första genomförda intervjun hade ett bättre begrepp om tid och vilka följdfrågor som skulle ställas för att få mer utförliga svar uppnåts. Hade mer tid avsatts kunde fler intervjuer med fler och olika aktörer genomförts, och då kunde kunskapen kring upplevelserna av samverkan både fördjupats och breddats.

Då studien endast omfattar en arbetsplats så kan naturligtvis allmängiltigheten i resultatet diskuteras men å andra sidan så finns denna verksamhet representerad i hela landet och lyder under samma regler. Därigenom är det möjligt att resultaten av studien är överförbara till liknande arbetsituationer där rehabilitering av personer åter till arbete sker. För att säkerhetsställa tillförlitligheten och kvalitetsaspekten i forskningsprocessen redovisas den i enlighet med Bryman (2012), innehållsanalysen och resonemanget kring den för att lyfta fram trovärdigheten. Undersökningen redovisar en genomarbetad innehållsanalys och ett väl beskrivet metodavsnitt vilket styrker trovärdigheten och tillförlitligheten. Förförståelse har förvärvats genom tidigare kunskaper kopplad till empirin och utifrån detta anses styrkan i studien påvisas.

4.2. Resultatdiskussion

Tidigare i uppsatsen berättas att samverkan är ett brett begrepp och inom Försäkringskassan handlar det först och främst om samverkan med Arbetsförmedlingen. Genom intervjuerna önskar författarna också få reda på hur samverkan i stort upplevs fungera och utifrån det skapa en helhetsbild kring informanternas upplevelser. Ekberg (2009) skriver att samverkan har bidragit till ökad förståelse för myndigheternas olika begrepp, exempelvis arbetsförmåga, som är ett centralbegrepp där man fastställer rätt till sjukpenning. Detta är en förutsättning för att samverkan ska fungera mellan professioner.

Flera informanter upplever att samverkan ger möjligheter för individen, den stärker upp och ger ett helhetsperspektiv kring denne. Informanten nämner samverkansteam som finns, där professionella samverkar för att på bästa sätt finna lösningar för individen. Projekt är en annan möjlighet som nämns. Genom olika lokala projekt anordnade via samordningsförbundet och fysioterapeuter på orten tränas individen i integrering mot arbete och socialt samspel och roller, detta för att skolas in i de kodsystäm samhället erbjuder. Samtliga av dessa projekt är till för att stärka individen.

Informanterna talar om sitt uppdrag som myndighet och vad som förväntas av dem utifrån sjukförsäkringen och rehabiliteringskedjan. Där uttrycker också informanterna upplevelser kring hur relationen mellan dem och övriga aktörer de samverkar med fungerar. Att informanterna visar empati och förståelse är för dem viktigt i mötet med individen. Deras roll är att agera samordnare inte aktör och att vara sammankallande till möten och se till att alla aktörer gör det de ska. Ståhl (2009) skriver i sin artikel, att det är viktigt för individen att så tidigt som möjligt komma in i rehabiliteringsprocessen, dels för att erbjudas tidiga insatser men också för att få vara delaktig i besluten kring sig själv.

Undersökningen och resultatet visar på att det finns både likheter och skillnader mellan informanternas upplevelser. Informanterna anser att samordnarrollen främst handlar om att vara samordnarfunktion och inte aktör. Vidare visar resultatet att samordnarrollen också handlar om bemötande mellan professionella och de sjukskrivna. Där det är viktigt att bygga upp nätverk efter individens behov och förutsättningar, vilket också har visat sig vara en faktor för framgångsrik rehabilitering enligt Günzel & Zanderin (2012). Det handlar också om att bygga förtroende och tillsammans få alla mot ett

gemensamt mål, att nå tillfrisknande och att återgå i arbete eller få tillgång till arbetsmarknaden. Idag kräver arbetsmarknaden kvalificerad arbetskraft, vilket leder till större krav på de man anställer. Detta gör att det finns människor som inte passar in. Därför lyfts vikten av samverkan fram mellan olika myndigheter för att kunna rusta individerna för arbetsmarkandens krav (Ståhl, 2009). Det bör dessutom säkerställas att det finns arbeten att rehabilitera till. Det krävs tillgängliga arbeten för dem som står långt bak i kön av arbetssökande (Mélen, 2009).

Skillnader mellan de olika informanterna har identifierats vad det gäller handlingsutrymme, vilket grundar sig i olika arbetssätt eller erfarenheter. En informant beskriver att handlingsutrymmet ger möjlighet att tillgodose individens behov. Genom rekommendationer utifrån läkares bedömning kan dessa ibland tillgodoses. Även om försäkringen kan begränsa utrymmet till stor del, så kan de genom sin kunskap och erfarenhet tillsammans med läkarintyg ta beslut som tillgodoser individens behov. Ståhl et al. (2011) belyser i sin artikel att det är svårt då det är sjukförsäkringsbestämmelserna som styr även om handläggaren är kreativ och vill hitta lösningar som passar individens behov.

Intervjustudien visar också att det skiljer sig i handläggarnas upplevelser utifrån deras roll och erfarenhet och om man arbetar med sjuka som är arbetslösa eller om man arbetar med sjuka som har en anställning. Skillnaden är att vid arbete mot arbetsgivare ska hänsyn också tas till arbetsrätten. Alla talar dock om vikten av en fungerande samverkan och att den för det mesta fungerar bra.

Geografiska skillnader har också varit intressant att titta på då platsen för intervjuerna var i Mellansverige. Det förekommer ofta att sjukskrivna med psykisk ohälsa har kontakt med olika professioner på flera olika orter och vi frågar oss om det påverkar deras återgång och rehabilitering till arbete. De har också ofta kontakt med hyrläkare. Hänger det samman med långvarig sjukskrivning? Enligt Günzel & Zanderin's (2012) rapportering kring geografiska skillnader som påvisas, rapporterar storstäder mer psykisk ohälsa än landsbygden. Detta ligger i linje med en av våra informanters upplevelse. Hon säger angående samsjuklighet, att om man bor på en mindre ort och har olika aktörskontakter så förekommer det ofta att dessa är utspridda på flera platser eller kommuner och det gynnar inte alltid individen som har psykisk ohälsa.

Lytzy et al. (2010) beskriver i sin artikel kring Pilaprojektet att uppvisade resultat visade på att den grupp som hade en tidsbegränsad sjuk- och aktivitetsersättning vilken idag är den som utförsäkras, till största delen bestod av kvinnor. Den vanligaste orsaken till att de erhållit sjuk- och aktivitetsersättning var att de led av psykisk ohälsa. Dessutom framkom att de oftast var lågutbildade och saknade anställning, det förklarar också den här studiens handläggares känsla av, att män ofta har högre utbildning och har således enklare att nå en tillbakagång till arbete än vad kvinnor har.

Informanterna trycker på olika saker som de anser som viktigast i sin roll och i mötet med individen. Bland de upplevda hinder som kan uppstå återfinns bl.a. risken att den sjukskrivne inte kan återgå i arbete om inte målen fastställs i ett tidigt skede. Ekberg (2009) beskriver att den professionelle bl.a. ska vara stödjande i planeringen och se till att tidiga kontakter tas, vilka är viktiga faktorer för att förebygga långvarig sjukskrivning.

Flera ser tiden som en hindrande faktor. Har handläggaren många ärenden måste prioriteringar göras för att få till alla individuella möten. Informanterna uttrycker att de önskar att de var fler handläggare som hanterade färre ärenden för att på så vis ha mer tid för varje individ och ärende. Dessutom är det långa väntetider i vården och då främst för att få kontakt med psykologer. Det är också svårt att få till möten med alla involverade aktörer, vilket naturligtvis upplevs som en hindrande faktor. En av informanterna upplever också att kvinnor med psykisk ohälsa ofta är skörare än män och det kan vara en anledning till att de har det svårare att få tillträde till arbetsmarkanden. Har man svårt att få tillträde till arbetsmarknaden utvecklas ofta sämre hälsa. Det kan i sin tur bidra till ökad sårbarhet och leda till påfrestningar i vad livet har att erbjuda (Ståhl, 2009). Ståhl & Edvardsson Stiwne (2014) skriver i sin studie att vid svår eller måttlig depression minskar motivationsgraden och man får så småningom svårt att klara dagliga aktiviteter vilket sedan också påverkar den sociala samvaron. Att få tillgång till arbetslivet möjliggör full delaktighet i samhället (Ekberg, 2009).

4.3. Förslag på vidare forskning

I fortsatta studier skulle det vara intressant att undersöka ytterligare samverkansfunktioner som inte nödvändigtvis finns uppbyggda kring sjukskrivna som har arbete.

1. Till exempel vilka nätverk som finns att erbjuda inom sjukvården.
2. Forska kring om ohälsotalet ökar i glesbygd eller småkommuner och om det är kopplat till en mer frekvent användning av hyrläkare än i större städer och befolkningsmässigt stora kommuner.
3. Att genomföra fler studier där andra aktörer intervjuas skulle ge ett bredare perspektiv och andra dimensioner av en fungerande samverkan eller var i kedjan eventuella brister upplevs finnas. Exempelvis vore det intressant att studera hur mötet med hälso- och sjukvården kan komma att påverka sjukskrivna kvinnor och deras väg tillbaka. Erbjuds kvinnorna olika rehabiliteringsformer beroende på om det är en manlig eller kvinnlig läkare man möter?

5. Konklusion

Resultatet av undersökningen stödjer tidigare forskning kring samverkan, psykisk ohälsa och arbetsåtergång. Det mesta grundas på handläggarnas upplevelser, hinder och skillnader.

Bakgrundsavsnittet är till stor nytta för analys och resultatavsnittet. Det hjälper till att hitta uppvisade skillnader och jämföra dem på ett bra sätt. Ur intervjuerna kan det utläsas en rad olikheter i deras arbetsroller, dels att de arbetar med sjukskrivna som har en anställning men också att de arbetar med sjukskrivna som är arbetslösa och att de utifrån arbetslivserfarenhet arbetar och uttrycker olika upplevelser kring de frågeställningar som ställs under intervjuerna.

Det som framkom i den här studien är:

- att informanterna upplever att samordnarrollen är viktig för fungerande samverkan kring kvinnor med psykisk ohälsa. Det krävs resurser, insatser och möjligheter för att arbeta i team när samordning ska ske utifrån individens behov.

- att mer tid per ärende är av avgörande betydelse. Ett önskemål är att det blir fler handläggare så varje handläggare hanterar färre ärenden.
- att samverkan är viktig för att nå målet: en lyckad arbetsåtergång. Men utan resurser i form av personal och tid uppnår man inte samverkans fulla potential.

Referenser

- Bryman, A. (2012). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber. (2:3 uppl.).
- Ekberg, K. (2009). "Faser i arbetslivsinriktad rehabilitering". *Socialmedicinsk tidskrift*, 3.
- Försäkringskassan. (2011). "SASSAM, Strukturerad arbetsmetod för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering". Internt utbildningsmaterial.
- Försäkringskassan. (2014). "Det förstärkta rehabiliteringssamarbetets effekter". *Utvärdering av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta rehabiliteringssamarbete*. Socialförsäkringsrapport 2014:7.
- Graneheim, Hallgren, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Günzel, M., & Zanderin, L. (2012). *Arbetsmiljörätt och rehabilitering*. Malmö: Liber. (3:1 uppl.).
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur. (3:1 uppl.).
- Lytsy, P. Hansson, A.-H., & Anderzén, I. (2010). "Återgång till arbete är möjlig för långtidssjukskrivna". *Läkartidningen*, 22, 1480-1482.
- Melén, D. (2009). "Med arbetsförmåga, utan anställningsbarhet". *Socialmedicinsk tidskrift*, 3.
- Mikkjelgård, A. K. Granerud, A., & Høye, S. (2014). "People with mental illness returning to work": A qualitative evaluation of a Norwegian project. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 172–180.
- Müssener, U. Svensson, T., & Söderberg, E. (2009) "Vilken betydelse har positivt bemötande för återgång till arbete?". *Socialmedicinsk tidskrift*, 3, 239-24.
- Orth-Gomér, K., & Perski, A. (2011). *Preventiv medicin, Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur. 273-277. (2:2 uppl.).
- Regeringen (1). (2015). "Avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen". DS 2015:17. (elektronisk). Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/25/62/87/f9edcc6b.pdf> Hämtad 20150415.

Regeringen (2). (2015). "Uppdrag att följa upp tillämpningen av arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin". S2015/1266/SF. (elektronisk). Tillgänglig:

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/25/72/13/0e7faa4e.pdf> Hämtad 20150415.

Regeringskansliet. (2013). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014-2015*. Socialdepartementet.

Rundestam, N.-G., & Holmberg, L. (2014) "Inter-organizational cooperation: A rehabilitation project based on cooperation between health care and three social service agencies" *Health*, vol. 6:5, 342-349.

Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet. (2012). "Folkhälsan i Sverige Årsrapport 2012". Artikelnr 2012-3-6, publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2012 Hämtad 20150320

Stjernswärd, S. Bernce, R., & Östman, M. (2013). "Young Women": The Meaning of a Collaborative Program Supporting Young Women's Rehabilitation and Reintegration into the Labor Market. *Social Work in Public Health*, 28, 672–684.

Ståhl. C., & Edvardsson Stiwne, E. (2014). "Narratives of Sick Leave, Return to Work and Job Mobility for People with Common Mental Disorders in Sweden", *J Occup Rehabil*, 24, 543–554.

Ståhl. C. (2009). "Samverkan kring återgång i arbete: var är arbetsgivarna?". *Socialmedicinsk tidskrift*, 3.

Ståhl. C. Svensson T., & Ekberg, K. (2011). "From Cooperation to Conflict? Swedish Rehabilitation Professionals' Experiences of Interorganizational Cooperation". *J Occup Rehabil*, 21, 441–448.

Sveriges Riksdag (2014:659) *Arbetsmiljölag* (Elektronisk) Tillgänglig:

www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Arbetsmiljolak-19771160_sfs-1977-1160/#K2 Hämtad 2015-03-10.

Sveriges Riksdag (2015:119). *Socialförsäkringsbalk*. (Elektronisk) Tillgänglig:

www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialforsakringsbalk-201011_sfs-2010-110/#K30 Hämtad 2015-03-10.

Vahlne, Westerhäll, L. Bergroth, A., & Ekholm, J. (2011). *Rehabiliteringsvetenskap. Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur. (2:3 uppl.).

Øyeflaten, I. Hysing, M., & Eriksen, R, Hege. (2008). "Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation". *J Rehabil Med*, 40, 548–554.



Till dig som respondent

Studien vi har tänkt genomföra handlar om att öka förståelsen för vad du som Försäkringskassehandläggare upplever att du i din samordnarroll kan utföra för kvinnor som lider av psykisk ohälsa och deras väg tillbaka till arbete. Genom att intervjua dig vill vi få ta del av dina upplevelser kring hur arbetet fungerar med dessa kvinnor. Vad finns det för hinder och möjligheter? Studien är vår C-uppsats och arbetet med uppsatsen avser att ge en ökad förståelse för hur ni som handläggare, utifrån er samordnarroll, arbetar med detta.

Genom detta brev vill vi bjuda in dig till denna intervju, vilka kommer att ske på din arbetsplats torsdag-fredag 23-24/4. Vi önskar att få spela in dessa intervjuer för att kunna analysera dessa efteråt. **Din medverkan är helt frivillig!** och du kan när som helst utan någon motivering avbryta ditt deltagande.

Ni kommer inte att behöva lämna några personuppgifter och vår strävan är att dina svar blir helt konfidentiella, d.v.s. att det inte går att urskilja vilka personer som medverkat i intervjuerna. Ev. ljudfiler kommer när arbetet är klart att förstöras. Det insamlade råmaterialet kommer endast vi och vår handledare att kunna ta del av.

Studien genomförs av Diana Lagesson och Camilla Olsson, vi läser vår sjätte och sista termin på Programmet för Hälsa och Rehabilitering i arbetslivet, 180 hp vid Mittuniversitetet. Vår handledare heter Björn Jakobsson.

Vid frågor och/eller funderingar nås vi på:

Diana Lagesson: XXXXXXX@student.miun.se

Camilla Olsson: XXXXXXX@student.miun.se

Handledare: XXXXXXX@miun.se

Intervjuguide

Informationskravet: Studien handlar om att öka förståelsen för vad Försäkringskassehandläggare upplever att de i sin samordnarroll kan utföra för kvinnor som lider av psykisk ohälsa och deras väg tillbaka till arbete. Vad finns det för hinder och möjligheter? **Din medverkan är helt frivillig!** och du kan när som helst utan någon motivering avbryta ditt deltagande.

Konfidentialitetskravet: Du kommer inte att behöva lämna några personuppgifter och vår strävan är att dina svar blir helt konfidentiella, d.v.s. att det inte går att urskilja vilka personer som medverkat i intervjuerna och vem som har sagt vad. Ljudfilerna kommer när arbetet är klart att förstöras. Det insamlade råmaterialet kommer endast vi och vår handledare att kunna ta del av under arbetet med studien.

Nyttjandekravet: Det material som samlas in kommer endast att användas för detta forskningsändamål.

Samtyckeskravet: Du kan välja att inte svara på vissa frågor, om du känner för det.

Inledande frågor:

Berätta lite om ditt uppdrag som handläggare på FK.

Hur länge har du arbetat på FK?

Vad har du för utbildning?

Hur kom det sig att du började arbeta på just FK?

Samordnarrollen:

Vad innebär det att vara samordnare?

Vad har du för handlingsutrymme i din roll som samordnare (organisationsmässigt)?

Upplever du att ni samordnare arbetar olika? Att vissa vågar ta sig större befogenheter, eller går alla efter de regler och rutiner som finns?

Vad ser du för möjligheter med att vara samordnare?

Vad ser du hinder med att vara samordnare?

Handläggjarrollen:

Vad kan du göra för kvinnor med psykisk ohälsa?

Vad anser du är viktigast i arbetet med kvinnorna?

Vad kan du bidra med för att få dessa kvinnor tillbaka till arbetet?

Upplever du att du ibland kan vara den viktigaste kontakten för dessa individer?

Är det lätt att bli för personlig?

Vad tror du utifrån din profession måste göras för att få ohälsotalet bland kvinnor att sjunka?

I vilken grupp eller ålder tenderar ohälsotalet att öka mest bland kvinnor?

Arbetar ni olika med kvinnor med psykisk ohälsa beroende på om de är utförsäkrade, sjukskrivna eller arbetslösa?

Bemötande:

Hur viktigt är bemötandet i arbetet med dessa individer?

Vad anser du är viktigast när det gäller bemötande?

Upplever du att bemötandet påverkar det fortsatta samarbetet?

Hur arbetar du med ditt eget bemötande?

Samverkan:

Hur ser samverkansprocessen ut utifrån din erfarenhet?

Vad är syftet/målet med samverkan?

Vilka aktörer samverkar ni med?

Hur fungerar samverkan? Vad är det som gör att det fungerar bra eller mindre bra?

Vilka arbetsgivare samverkar ni med?

Är skillnaderna stora vad gäller hinder/möjligheter beroende på vilken arbetsgivare man samverkar med?

Ser du några skillnader i hur de sjuka kvinnorna hanteras, hos de arbetsgivare ni samverkar med?

Upplever du några hinder eller möjligheter i samverkan? Vilka?

Arbetar man gränsöverskridande över professionerna? Eller upplever du att det är svårt att göra det då verksamheterna är regelstyrda?

Arbetsåtergång:

Upplever du att det finns skillnader i män respektive kvinnors rehabiliteringsprocess till arbetsåtergång?

Upplever du att det är fler män/kvinnor som återgår till arbete?

Vad tror du skulle kunna göras annorlunda i samverkansprocessen för att fler skulle återgå till arbete?

Ser du några hinder med att vara kvinna vad gäller arbetsåtergång och tillträde till arbetsmarknaden?

Upplever du att de aktörer ni samverkar med, arbetar mot olika mål med att få kvinnorna tillbaka till arbete?

Övrigt:

Har du något du vill tillägga?

Om vi har några följdfrågor eller något som är oklart, är det ok att vi kontaktar dig igen?

Vi vill tacka dig för ditt deltagande, och det du delgivit oss här idag, det är betydelsefullt för oss!