
Partiell sjukskrivning, arbete och livssituation

en utvärdering med genusperspektiv

Marie-Louise Annerblom, Stefan Sjöström

Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap, CUFS

2001:025 - ISSN: 1403-5294 - ISRN: LTU-CUFS-SKR-01/025--SE



Rapport från ett samarbete mellan CUFS – Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap – och Försäkringskassorna i Norrbotten och Västerbotten

Partiell sjukskrivning, arbete och livssituation

– en utvärdering med genusperspektiv

av
Marie-Louise Annerblom & Stefan Sjöström

Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap (CUFS)
Luleå tekniska universitet
2001


Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap (CUFS)
Luleå tekniska universitet
SE-971 87 Luleå tekniska universitet

Tel: 0920-916 98

Fax: 0920-728 20

cufs@ies.luth.se

<http://cufs.ies.luth.se>

	<p>CUFS är en centrumbildning vid Luleå tekniska universitet. I styrelsen ingår representanter för offentlig förvaltning i norra Sverige. CUFS ska fungera som en plattform för samverkan, kunskapsutveckling och kunskapsutbyte och vara en brygga mellan teori och praktik.</p> <p>Cufs verksamhetsprogram anger tre forskningsprogram inom ramen för vilka en rad projekt kan utvecklas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Regional och lokal utveckling2. Utveckling av livskvalitet och välfärd3. Förändringar av offentlig sektors roll i samhällsutvecklingen, integration och desintegration. <p>CUFS huvuduppgift är att bedriva forskningsarbete. Det syftar till att utveckla regionen och möjliggöra akademisk utbildning inom programområdena. Därutöver har CUFS i uppgift att underlätta för studerande att ta på sig angelägna utredningsuppgifter, väl förankrade i förvaltningen i norra Sverige, i sina examensarbeten.</p>
---	---

© 2001, Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap och författarna

Tryck: Universitetstryckeriet, Luleå

ISSN 1403-5294

Redaktör för denna volym: Stefan Sjöström

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	7
FÖRORD	8
BAKGRUND	9
VÅR POSTINDUSTRIELLA HÄLSA	9
SJKFÖRSÄKRINGSSYSTEMET I GUNGNING	10
PARTIELL SJKSKRIVNING	11
SYFTE	12
AVGRÄNSNINGAR	13
OHÄLSA, KÖN OCH SJKSKRIVNING: TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER...	14
GENUSPERSPEKTIV PÅ SJKSKRIVNING	14
HÖGRISKYRKEN	14
ARBETSTILLFREDSSTÄLLELSE	15
STRESS OCH UTBRÄNDHET	15
HÄLSOPARADOXEN	16
GENUSTEORI	16
GENUS OCH ARBETE	17
GENUS OCH SJUKDOM	18
GENUS OCH REHABILITERING	19
LIVSSTILSANALYS I SAMHÄLLSPERSPEKTIV	21
METOD	23
INTERVJUSTUDIEN	23
<i>Urval</i>	23
<i>Genomförande</i>	23
<i>Analytiska utgångspunkter – reflexiv tolkning</i>	24
<i>Analytiskt tillvägagångssätt</i>	25
ENKÄTSTUDIEN	25
<i>Urval</i>	25
<i>Analys</i>	26

INTERVJUSTUDIEN: PARTIELL SJKSKRIVNING I VARDAGENS SAMMANHANG	27
SJU INTERVJUER MED KOMMENTARER	27
<i>A – barnmorska, 50+</i>	27
<i>B – packare i livsmedelsindustri, 20+</i>	29
<i>C – läkarsekreterare, 40+</i>	31
<i>D – telefonist, 50+</i>	34
<i>E – postkassör, 50+</i>	37
<i>F – egen företagare, 40+</i>	39
<i>G – trå gare, 20+</i>	41
DISKUSSION – REFLEXIV TOLKNING	44
<i>Den partiella sjukskrivningsformen – en utvärderande reflektion</i>	44
<i>Empati</i>	47
<i>Nya villkor i arbetslivet</i>	48
<i>Olika intressenter i sjukskrivningssituationen</i>	48
<i>Genus</i>	49
<i>Livsstilsanalys</i>	50
ENKÄTSTUDIEN: PARTIELL SJKSKRIVNING I ÖVERSIKT	53
HUR SER DEN PARTIELLT SJKSKRIVNE UT?.....	53
UPPLEVELSER AV HANDLÄGGNINGEN.....	57
EFTER SJKSKRIVNINGEN	59
UTVÄRDERANDE SVAR	60
JÄMFÖRELSE MELLAN NORR- OCH VÄSTERBOTTEN	63
KVINNOR OCH MÄN	65
FÖRVÄNTADE SAMBAND SOM VI INTE FUNNIT STÖD FÖR	69
ÖPPNA SVAR	70
SLUTDISKUSSION	75
FYRA AV FEM ÄR KVINNOR.....	75
LÅNGA SJKSKRIVNINGSPERIODER – LITET REHABILITERING.....	75
SMÅ SKILLNADER MELLAN NORR- OCH VÄSTERBOTTEN.....	76
ARBETSRELATERADE ORSAKER TILL SJKSKRIVNING	76
DE FLESTA ÄR RELATIVT NÖJDA – MEN PROBLEM FINNS.....	76
PARTIELL SJKSKRIVNING ÄR EN LITEN SAK I INDIVIDENS LIV.....	77
FRAMTIDA FORSKNING	77
REFERENSER	79
BILAGA: ENKÄTEN	83

SAMMANFATTNING

Partiell sjukskrivning innebär att kombinera sjukskrivning med arbete. För individen innebär detta en möjlighet att kunna hålla kontakt med arbetslivet trots sjukdom. Ur Försäkringskassans och samhällets perspektiv har förhoppningen också varit att man bättre kan rehabilitera människor till arbete, samt att kostnader inom sjukförsäkringssystemet minskar.

Denna rapport redovisar resultat från en utvärdering av partiell sjukskrivning på uppdrag från Försäkringskassorna i Västerbotten och Norrbotten. Syftet har varit att belysa partiell sjukskrivning ur den försäkrades perspektiv, att ge en överblick över hur gruppen av partiellt sjukskrivna ser ut, samt att analysera läns- och könsskillnader rörande partiell sjukskrivning.

Inom projektet har två delstudier genomförts: en kvalitativ studie där sju partiellt sjukskrivna har djupintervjuats, samt en enkätundersökning på ett slumpmässigt urval av 550 personer som varit partiellt sjukskrivna i mer än tre dagar (bortfall 34%).

En majoritet av dem som tillfrågats tycks vara nöjda med att ha varit partiellt sjukskrivna. I intervjustudien framkommer dock problem som handlar om problem på arbetsplatsen, till exempel att man i praktiken förväntas utföra samma arbete som tidigare på mindre tid och att arbetsgivaren inte visar tillräcklig förståelse för den sjukskrivnes situation.

Resultaten visar att 80 % av de partiellt sjukskrivna är kvinnor. Bland dem som fortfarande är sjukskrivna är andelen män större bland de som fått sin sjukskrivning förändrad till heltid. Män återgår också i större utsträckning till samma sysselsättningsgrad som tidigare efter avslutad sjukskrivning.

Andelen partiellt sjukskrivna i Norrbotten var 1997 20,2 %, jämfört med 26,9 % i Västerbotten. När vi tittar närmare på hur gruppen partiellt sjukskrivna i länen upplever sin situation, finner vi mycket små skillnader. I Norrbotten är det dock vanligare att man använder sjukskrivningsgraden 50 % i stället för 25 %. Vidare förefaller de tillfrågade i Norrbotten vara något mer tillfreds med bemötandet från Försäkringskassans personal.

Många är partiellt sjukskrivna under relativt långa perioder, för hälften av de tillfrågade handlar det om mer än fem månader. Detta faktum pekar på vikten av att betrakta varje fall av partiell sjukskrivning som potentiellt långvarigt, och behovet av att man redan på ett tidigt stadium tänker i rehabiliteringstermer. Så många som 48 % av de som varit sjukskrivna i mer än sex månader uppger att det inte gjorts någon planering för återgång till arbete i samma omfattning som tidigare. Intrycket att rehabiliteringen är ett problem förstärks av att 69 % i enkäten uppgett att de inte tror att de i framtiden kan återgå till tidigare sysselsättning i samma omfattning. Dock förefaller de flesta som blivit föremål för rehabiliteringsinsatser vara ganska nöjda.

Av de faktorer som bidragit till sjukskrivning som uppgett i enkäten, är 64 % relaterade till arbetet. Knappt hälften av dessa berör för hög arbetsbelastning.

Ett huvudproblem i en studie som denna är att isolera hur just partiell sjukskrivning påverkar individens totala livssituation. En slutsats blir att partiell sjukskrivning är en ganska liten beståndsdel i det större sammanhanget av arbete, familj, fritid och ohälsa. Detta visar sig bland annat i att det är mycket svårt att hitta några signifikanta samband i enkätmaterialiet.

För framtida forskning om partiell sjukskrivning vill vi framhålla vikten av att göra mer systematiska jämförelser med alternativen: ingen sjukskrivning alls och heltidssjukskrivning, men också med förtidspension och sjukbidrag, då problemen ofta är långvariga. Den anmärkningsvärda överrepresentationen av kvinnor motiverar också en ingående orsaksanalys.

FÖRORD

Föreliggande rapport har kommit till som ett utvärderingsuppdrag. Försäkringskassorna i Norr- och Västerbotten har med hjälp av medel från Riksförsäkringsverket finansierat projektet ”Partiell sjukskrivning ur ett kundperspektiv”. Projektet har under året bedrivits vid Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap (CUFS) vid Luleå tekniska universitet. Tre personer har arbetat med projektet: fil.dr. Stefan Sjöström har varit projektledare, samt utfört analysarbetet på den enkät som ingår i projektet; fil.dr. Marie-Louise Annerblom har ansvarat för en litteraturgenomgång samt utfört och analyserat tio kvalitativa intervjuer; fil.kand. Lisbeth Berglund har svarat för enkäten, vilken hon har distribuerat och kodat. Hon arbetar för närvarande med en D-uppsats i Sociologi på detta enkätmaterial. Denna uppsats har en inriktning mot bland annat rehabilitering och regionala skillnader med avseende på partiell sjukskrivning. Lisbeth Berglund har också gjort en litteraturoversikt som varit till hjälp i arbetet med denna rapport.

Projektgruppen har haft löpande kontakt med en referensgrupp med representanter från Försäkringskassorna: Barbro Granlund, försäkringskonsult vid Försäkringskassan i Norrbotten, samt planeringschef Anders Nyström och controller Karl-Henrik Lindmark, Försäkringskassan i Västerbotten. Förutom löpande kontakter har projektgruppen och referensgruppen haft fyra halvdagssammanträden i Skellefteå under arbetets gång.

Föreliggande rapport har författats av Marie-Louise Annerblom och Stefan Sjöström. Marie-Louise Annerblom har det huvudsakliga ansvaret för teorikapitlet samt analys och presentation av intervjustudien. Stefan Sjöström har ansvarat för den del som handlar om enkätstudien. För slutdiskussionen ansvarar författarna gemensamt.

Vi vill framföra ett stort tack till de personer som gjort detta arbete möjligt genom att ställa upp på intervjuer och besvara enkäter.

Luleå den 7 november 2000

Stefan Sjöström, Marie-Louise Annerblom

BAKGRUND

Vår postindustriella hälsa

År 2000 har Sverige lyckats stärka sin ekonomi och vända den nedåtgående trenden. Det går bra för Sverige. Men svenska folket verkar inte må bra. Nästan var tredje vuxen lider av psykisk ohälsa och antalet sjukskrivningar ökar dramatiskt. De stora folkhälsoproblemen hänger otvivelaktigt samman med den förändrade arbetsmarknaden. Lars Magnusson, professor i ekonomisk historia, beskriver i "Den industriella revolutionen" (2000) hur det gamla industrisamhället nu förändras i grunden. Fasta anställningar är ett privilegium för ett fåtal medan antalet deltidsarbeten och projektanställningar ökar. 1994 var till exempel 70 % av alla nya jobb som utlystes tidsbegränsade. Denna utveckling är global. Lennart Levi (2000) beskriver den nya ekonomin som en hälsofara och menar att vi behöver en välfärdsideologi som inte bara tar fasta på exportöverskott, budgetunderskott, statskund, årsinkomst, bidrag mm., utan även tar hänsyn till vår psykiska och fysiska hälsa.

Fackföreningarnas makt har försvagats. Medlemmarna blir allt mindre villiga att sätta sina arbeten på spel då de har förlorat tron på möjligheten till bättre löner och större anställningstrygghet. Det normala har blivit en tuff personalpolitik där chefernas löner ligger skyhögt över arbetarnas. I USA tjänar en vd till exempel tjugofyra gånger mer än en genomsnittlig industriarbetare. I Nordeuropa är förhållandet i allmänhet mindre än tio till ett. Hur kan man i den här sortens arbetsklimate förebrå anställda för att de tappar tilltron till företagen som rättvisa och rimliga organisationer frågar sig Christina Maslach och Michael P. Leiter (1997/1999), ledande forskare inom området utbrändhet.

Maslach och Leiter beskriver den internationella utvecklingen inom världsekonomin och visar hur den globala konkurrenssituationen driver fram en ekonomisk utveckling där företagen inriktas på att höja det kortsiktiga börsvärdet utan hänsyn till lokala önskemål och mänskliga behov. Ehrenberg (1998) menar att globaliseringen även har blivit en ursäkt för att helt enkelt strunta i problem som man tidigare ansåg att ekonomin och politiken skulle lösa. Företagens enorma ekonomiska och politiska inflytande dominerar numera helt över samhällets möjligheter till styråtgärder. Tillverkningsindustrier flyttar ut ur landet. Snabba transporter och kommunikationer gör det möjligt att utföra arbete var som helst och följaktligen förläggs arbetet till platser där företagens kostnader blir som lägst. Följden av det här har blivit att arbetare i Nordamerika, Australien och Europa nu konkurrerar med arbetare i utvecklingsländerna. Denna konkurrens påverkar en allt större del av ekonomin. På detta sätt har hela branscher försvunnit från de industrialiserade länderna. Möjligheten att flytta arbetstillfällen utomlands sätter naturligtvis press på dem som blir kvar. De minskningar av lönekostnaderna som åstadkoms genom dessa åtgärder är betydande. En mer långvarig effekt gäller kvaliteten på själva arbetslivet. Arbetsdagarna blir betydligt längre, man tar med sig arbete hem och fortsätter efter arbetstidens slut osv.

"För stor arbetsbelastning är kanske det mest uppenbara tecknet på oförenlighet mellan människa och arbete. Vi är tvungna att göra alldeles för mycket på alldeles för lite tid med alldeles för få resurser" (Maslach och Leiter 1999, s. 23). För stora arbetsbördor är någonting som blir allt vanligare allt eftersom arbetstakten ökar. Den högre arbetstakten har menlig inverkan på kvaliteten, innebär påfrestningar för relationer mellan arbetskamrater, utplånar uppfinningsrikedom och sätter igång utbrändhet. Mängder av människor står nu också utanför arbetslivet. Samtidigt pressas de som har arbete allt hårdare av övertid och uppsägningshot. Det

sker en slags ”inlåsning” i dåliga jobb. Man vågar inte klaga på dålig arbetsmiljö eller kräva ökad demokrati av rädsla för att bli av med jobbet. De som har ett jobb har ingen överblick och har för mycket att göra. De som saknar arbete står utanför och saknar makt. Som världsekonomin i dag utvecklas är den uppenbarligen ett hot mot vår hälsa – symtom på utbrändhet och ohälsa är inte ett individuellt problem utan ett samhälleligt, hävdar Maslach och Leiter bestämt.

Enligt Antonovsky (1991) är en människas hälsa beroende av tre faktorer: 1) begriplighet – att man förstår vad som händer, 2) hanterbarhet – att man kan påverka sin situation, samt 3) meningsfullhet – att man kan se ett mönster i det som händer och kan lära av erfarenheten. Synen på hälsa och sjukdom har under senare år förändrats. Vi vet betydligt mer idag om icke-medicinska faktorerers inverkan både på utvecklandet av och tillfrisknande från sjukdomar. Livskvalitetsbegreppet har introducerats som överordnat både hälsa och sjukdom (Ventegodt, 1998). Detta borde betyda att vi är mogna att förstå och även handla utifrån ett synsätt på människan där vi kan se samband mellan olika delar av samhällskroppen och människors hälsa.

Sjukförsäkringssystemet i gungning

Om man i ett internationellt perspektiv jämför sjukförsäkringssystemen i Sverige med andra länder finner man att det svenska till stora delar är förmånligare för de försäkrade. De flesta OECD-länder har till exempel fler karensdagar, lägre ersättning och mer begränsad varaktighet i ersättning än Sverige. Arbetstagarna betalar också ofta en egen premie. I USA har man exempelvis inte lagstadgad sjukersättning i mer än sex delstater. I dessa gäller ungefär följande regler: sju karensdagar, en ersättningsnivå på 50–60 % av lönen, en varaktighet av maximalt 52 veckor och en egen premie på 2 % av lönesumman. Förhållanden är likartade i Kanada, England, Frankrike och Nederländerna även om man i de länderna har en omfattande sjukförsäkring. På vissa håll förekommer en arbetsgivarperiod på 14 dagar (Höög, 1985, s. 202–203).

Början av åttiotalet var en period då man internationellt omprövade finansieringen av den sociala tryggheten. Bakgrunden var de drastiskt ökade kostnaderna för socialförsäkringsinstitutionerna (Henreksson, 1992). Ett sätt att hantera detta problem i Sverige var att utveckla den så kallade *arbetslinjen* som innebar att man inom ramen för sjukförsäkringen aktivt ville förebygga långvarig sjukskrivning genom förbättrad rehabilitering. Detta förhållningssätt förutsätter bättre överensstämmelse mellan trygghetssystemet och arbetslivets prestationskrav, men kan också motiveras utifrån individens behov av att under sjukskrivningsperioden inte tappa kontakt med arbetslivet. Inriktningen mot en tidig rehabilitering hänger också samman med en syn på hälsa och sjukdom där det friska hos människan betonats. Ingegärd Bäckström, före detta handläggare på Försäkringskassan, visar i sin avhandling med stöd i forskning som bedrivits under 90-talet i Västerbotten ”att arbetslinjens förnyelse tycks ha ett mycket starkt samband med statens kostnadsökning” (Bäckström, 1997, s. 24). Arbetslinjen är å andra sidan inget nytt inom socialförsäkringen, redan på 50-talet kom krav på att reducera antalet sjukskrivningar genom aktiva rehabiliteringsåtgärder. Den nya arbetslinjen från slutet av åttiotalet innebar emellertid också att försäkringskassorna skulle arbeta förebyggande, men framförallt fick arbetsgivarna ett större ansvar i rehabiliteringen. Allmänt sett ökar sjukskrivningen i Sverige just nu. Den 4 september 1999 var 184 000 personer sjukskrivna i Sverige. Det var drygt 30 000 fler personer än motsvarande datum året innan. Av de sjukskrivna var 61 % kvinnor.

I ett sammanhang där någon är sjuk och erhåller samhälleligt stöd måste olika parter behov balanseras mot varandra och på ett rimligt sätt avvägas. Individens har sina krav och behov, medan arbetsgivare och familj har sina. Försäkringskassans uppgift kan sägas vara att balansera dessa mot varandra när det gäller hantering av sjukskrivningsfallen.

Man kan också tänka sig en annan viktig uppgift för Försäkringskassan – i de fall då kraven inte kan sammanjämkas – nämligen att *visa på viktiga konflikter*. Något som bör påpekas är också att beroende på vilken av intressenternas behov som man finner viktigast kan man göra val som är partiska. Detta medför att sjukskrivningssituationen inte bara utgör en arena för professionell bedömning utan också för intressekamp.

Partiell sjukskrivning

Denna rapport handlar om fenomenet partiell sjukskrivning, vilket innebär att en individ kombinerar arbete med deltidssjukskrivning. Även arbetssökande, studerande och egna företagare kan vara partiellt sjukskrivna. Vid långvarig sjukskrivning är en poäng med denna sjukskrivningsform att den försäkrade¹ upprätthåller en kontakt med arbetslivet, vilket förväntas underlätta återgång till arbete. Detta kan innebära vinster i livskvalitet och ekonomi för den sjukskrivne, och innebär samtidigt besparingar i samhällets sjukförsäkringskostnader. Mot bakgrund av detta har Riksförsäkringsverket velat verka för en ökad omfattning av partiell sjukskrivning.

Under 90-talet har omfattningen av partiell sjukskrivning ökat som en följd av en ändrad inriktning i sjukförsäkringssystemet under senare delen av 80-talet. Enligt Reinholdt & Hörte (1998) har andelen partiellt sjukskrivna av det totala antalet sjukskrivna i Västerbotten under lång tid legat över riksgenomsnittet (26,9 %), medan Norrbotten har den lägsta andelen partiella sjukskrivningar i landet (20,2 % jämfört med rikets 24,3 %, siffrorna är från 1997).

¹ På Försäkringskassan används numera ofta begreppet kund för dem som uppbär olika former av stöd. Valet av kundbegreppet signalerar att organisationen hyser intresse för dem som brukar de efterfrågade tjänsterna. Man vill följa med i tiden och strävar också efter en marknadsanpassning. Kundbegreppet är dock inte helt oproblematiskt eftersom de efterfrågade tjänsterna inte väljs på en fri marknad. Vad betyder egentligen marknadsanpassning i sjukförsäkrings-sammanhang och i verksamheter som är avsedda att stödja sjuka människor? Ser de sjuka sig själva som medvetna konsumenter med valfrihet och kvalitetskrav? Vi har valt att i rapporten genomgående använda termen ”försäkrad”.

SYFTE

En bakgrund till rapportens syfte är de regionala skillnader som finns och den uttalade målsättningen att öka omfattningen av partiell sjukskrivning. Fenomenet partiell sjukskrivning har såvitt vi känner till inte varit föremål för särskilda forskningsinsatser tidigare. Denna studie ges därför en explorativ karaktär: den syftar till att göra en kartläggning av fenomenet, identifiera problem, alstra teori och vidare frågeställningar, snarare än att ge några slutgiltiga svar.

Utifrån ett övergripande individperspektiv är rapportens syfte:

- att analysera hur olika grupper av Försäkringskassans klienter upplever sin partiella sjukskrivning,
- att belysa skillnader mellan Väster- och Norrbotten med avseende på partiell sjukskrivning,
- att sätta in människors upplevelser av partiell sjukskrivning i ett större samhällsvetenskapligt sammanhang,
- att belysa dessa frågor utifrån ett genusperspektiv.

Syftet kan relateras till frågor om hur återgång till heltidsarbete och rehabilitering fungerar, hur den försäkrades livskvalitet påverkas, vilka diagnosgrupper som är vanliga osv. Utöver en kvantitativ kartläggning handlar det här om att utifrån en bild av individens totala livssituation försöka förstå vilken funktion partiell sjukskrivning fyller. Utgångspunkten är här att partiell sjukskrivning betyder olika saker för varje individ.

Vi menar att de mycket viktiga frågorna om hur människor upplever partiell sjukskrivning och andra socialförsäkringsinstrument alltid måste förstås i ett bredare samhällsvetenskapligt sammanhang, där man tar hänsyn till de strukturella betingelser som ligger bakom den konkreta utformningen av försäkringssystemet. Som exempel kan här nämnas att införandet av partiell sjukskrivning kan förstås både som en ambition från staten att förbättra livskvaliteten för en viss grupp medborgare, och som ett initiativ för att minska utgifterna för sjukskrivning i samhället. Dessa olika typer av mål kan delvis stå i konflikt med varandra och leder då till rollkonflikter för de tjänstemän som arbetar med dessa frågor på försäkringskassorna.

Analysen genomsyras av ett genusperspektiv, vilket motiveras av att en mycket stor andel av de partiellt sjukskrivna är kvinnor. Detta ger oss anledning till en fördjupning i frågeställningar som handlar om kvinnors hälsa, och könsskillnader i ohälsa.

Metodiskt kommer vi att belysa syftet genom en kombination av två ömsesidigt kompletterande metoder: en intervjuundersökning med ett urval på tio personer, samt en enkät till 550 personer.

Genom enkäten ges en kvantitativ beskrivning av övergripande tendenser i gruppen partiellt sjukskrivna. Materialet ger möjlighet till att genom statistisk analys belysa samband mellan å ena sidan utvärderingsvariabler som hur man upplever bemötande från Försäkringskassan, arbetsgivare och andra aktörer, om man är nöjd med sin partiella sjukskrivning och hur man ser på möjligheterna att återgå till sitt tidigare arbete, och å andra sidan bakgrundsvariabler som kön, typ av yrke, län, och i vilken omfattning man varit partiellt sjukskriven.

Syftet med intervjustudien är att fördjupa och komplettera denna generella översiktliga bild med en mer helhetlig förståelse av vad partiell sjukskrivning konkret kan innebära i sammanhanget av individens totala livssituation av arbete, sjukdom, boende, familj och fritid.

Avgränsningar

Att välja syfte innebär alltid att samtidigt välja bort andra möjliga syften. Den explorativa ansatsen i vårt projekt innebär att frågor som handlar om orsaker till att vissa individer blir partiellt sjukskrivna medan andra blir heltidssjukskrivna, alternativt inte sjukskrivna alls, inte kan besvaras här. Det statistiska materialet erbjuder inte möjlighet att göra en sådan analys, det förefaller också lämpligt att i en första studie koncentrera sig på att ge en god beskrivning av problemområdet, för att utifrån detta fastställa problem som kan få fördjupad behandling i framtida forskning.

Det ska också sägas att vi inte kommer att lägga några etniska aspekter i analysen.

OHÄLSA, KÖN OCH SJUKSKRIVNING: TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Genusperspektiv på sjukskrivning

Låt oss titta närmare på den försäkrade och hennes eller hans behov. Ser man till kön är 26 % av sjukskrivna kvinnor partiellt sjukskrivna, jämfört med 21 % av männen. I det slumpmässiga urvalet av partiellt sjukskrivna i denna studie är 80 % kvinnor. För att partiell sjukskrivning skall bli ett gott alternativ för den försäkrade och för att enskilda handläggare skall kunna föra kvalificerade diskussioner kring olika sjukskrivningsalternativ krävs också fördjupade kunskaper om den grupp som partiell sjukskrivning i de flesta fall riktar sig till – det vill säga kvinnorna.

Reinholdt och Hörte (1999) resonerar i sin rapport "Ett könsperspektiv på ohälsa och yrke" bland annat om regionala variationer i sjukskrivningsmönstret samt orsakerna till dessa. Sannolikt är ortens näringslivsstruktur av stor betydelse. Allmänt sett finns en större andel långtidssjukskrivna inom industri- och arbetaryrken. Det är svårt att bli partiellt sjukskriven inom fysiskt tunga arbetaryrken. Man kan heller inte utesluta att kvinnor blir partiellt sjukskrivna för att deras arbetsförmåga relateras till hemarbete. Det kan också vara så att genom att kvinnor deltidsarbetar i större utsträckning så görs bedömningen att kvinnor har en "restarbetsförmåga". "Det är inte heller omöjligt att den låga andelen partiellt sjukskrivna i Norrbotten ur ett sociokulturellt perspektiv kan tolkas som ett uttryck för en regional identitet där norrbottningen i allmänhet och män i synnerhet 'antingen är sjuk eller inte'" (Reinholdt & Hörte 1999, s.75).

Högriskyrken

Att arbetsskador men också sjukdom utvecklas som ett direkt resultat av dåliga arbetsförhållanden är ett orsakssammanhang som särskilt behöver lyftas fram i dag när så mycket ansvar läggs på den enskilde individen. När det gäller lönearbete och sjukskrivning så är vissa yrken högriskyrken. Arbetaryrken har till exempel dubbelt så hög frånvaro som lägre tjänstemannayrken. När det gäller den faktiska sjukfrånvaron så är skillnaden mellan olika yrkesgrupper stor men skillnaden mellan könen är många gånger lika stor som skillnaden mellan de olika yrkesgrupperna.

I Norrbotten löper kvinnor som arbetar som paketerare och emballerare den största risken att drabbas av arbetssjukdomar, följt av sömmerskor, städare, kockar och kallskänkor. En studie från yrkesmedicinska kliniken i Umeå och Sundsvall visar att kvinnliga paketeringsarbetare är utsatta för högst belastningsstress. Kvinnliga kockar och kallskänkor återfinns också bland de yrkeskategorier som uppvisar höga värden i detta avseende. Kvinnor som är yrkesverksamma inom serviceyrken, fastighetsarbete, lager- och förrådsarbete, tillverkningsindustri etc., liksom inom hälso- och sjukvård återfinns också frekvent bland högriskyrkena. Postiljoner, postmästare och postkassörer liksom tandsköterskor är också exempel på yrkeskategorier med förhöjda sjukdomsrisker för kvinnor. (Reinholdt & Hörte, 1998, s. 77)

Hälsa varierar mellan olika regioner. Inom Norrbottens län arbetar en betydligt större andel yrkesverksamma inom gruv-, transport- och kommunikationsarbete, tillverkningsarbete och servicearbete. Tillsammans med hälso- och sjukvårdsarbete, liksom socialt arbete innebär dessa yrken stora risker i synnerhet för kvinnor.

Arbetstillfredsställelse

Mycket tyder på att om man trivs på arbetet borde detta ha en gynnsam effekt på hälsa och sjukfrånvaro. Arbetstillfredsställelse är dock ett komplicerat begrepp och det har stor betydelse hur man mäter de anställdas tillfredsställelse med arbetet. Även om människor på en direkt fråga ofta svarar att de trivs ganska bra med sitt arbete visar ett mer inträngande studium att många som svarat så inte alls är särskilt nöjda med sitt jobb (Höög, 1985, s. 66-74). Man har också blandat samman den anställdes uppfattning om arbetsmiljön med uppfattningen om arbetstillfredsställelse. Det kan också vara så att man utgår från helt olika perspektiv på arbete och relationen mellan arbetsgivare och anställda, vilket kan ge helt olika resultat och tolkningar av forskningsresultaten. I många, framför allt engelska och amerikanska, undersökningar bortses till exempel helt från möjligheten att det skulle föreligga ett motsatsförhållande mellan den anställda och den som äger företaget. I stället antas normaltillståndet vara en känsla av harmoni, samhörighet och lojalitet med företaget.

Vad som i flera studier på ett entydigt sätt har visat sig ha stor betydelse för sjukfrånvaron är vilken möjlighet som finns till påverkan av arbetssituationen. ”Studier av samband mellan krav på arbetsinsats och möjlighet att kontrollera arbetets utförande har visat att individer som har höga krav på sig i arbetet men samtidigt har stora möjligheter till kontroll av arbetsvillkoren har låg frånvaro, medan de som har höga krav men avsaknad av möjligheter till kontroll har hög sjukfrånvaro” (Höög 1995, s. 213). Vidare kan man påvisa att ”arbetsplatser med hög frånvaro och hög personalomsättning ofta har många enahanda jobb som inte kräver ansvar eller ger inflytande och som ofta upplevs som mindre meningsfulla av de anställda” (ibid., s.197). Dessa arbeten återfinns på arbetsplatser med många kvinnor.

Stress och utbrändhet

I dag kräver stressen i samhället en egen rubrik och vi har fått ett nytt begrepp för att beskriva en av de mest allvarliga konsekvenserna av negativ stress – utbrändhet. Alla talar i dag om stressen i samhället och förefaller hjälplösa trots veckotidningars 10-punktsråd om hur du ”stressar av” eller de konsulter, kurser och program som numera erbjuds som motvikt. Felet tycks vara att man angriper problem på individuell nivå när det egentligen handlar om strukturfel i samhället. Det handlar också om en alienerad människosyn och samhällssyn. Hur mycket man än lär sig koppla av och andas rätt eller lär sig prioritera så kvarstår den konkurrenssituation i samhället som trissar upp takten för arbetare och chefer i industrin, som får de studerande att pressa sig till högre poäng, vård- och omsorgspersonal att gå över smärtgränsen eller tjänstemän att tidspressas ihjäl av överfulla almanackor.

En global konkurrenssituation där alla förväntas konkurrera med alla är en anomali och för kvinnor innebär vårt uppskruvade tempo dubbla krav genom arbete både i hem och arbetsliv. Numera ”stressar dagens kvinna som en hel karl” (Frankenhaeuser, 1995, s. 28). När man inom stressforskningen för 20 år sedan började studera kvinnor som grupp fann man vid jämförelser mellan könen stora skillnader i hur man reagerade i stressituationer. Förr var det vanliga mönstret att männens adrenalin nivå steg mycket mer än kvinnornas när de ställdes inför en svår uppgift. Hos kvinnorna var reaktionen mycket svagare. Allt större grupper av kvinnor som numera går in på manliga yrkesområden reagerar nu som män på stressen i yrkeslivet (Bergman, 1997), samtidigt som de reagerar med förhöjd stressnivå när de kommer hem. Männens däremot slappnar av när de kommer hem från jobbet. Kvinnors möjlighet till vila och återhämtning har minskat genom de dubbla kraven mot samhälle och familj (Thomsson, 1996).

Kvinnors sjukfrånvaro ökade oroväckande under 80-talet. Kan vi säga att det är

yrkesarbetet i sig som orsakar dessa kvinnors försämrade hälsa? Nej, orsakerna finns istället att söka i typen av yrken där kvinnor arbetar. En större andel kvinnor jämfört med män återfinns i dåliga arbetsmiljöer med okvalificerade enformiga arbetsuppgifter och med allmänt sett sämre arbetsvillkor. Sverige har trots sin höga jämställdhetsprofil en strängt könssegregerad arbetsmarknad, vilket medför att kvinnor arbetar i lågstatusyrken medan yrken med inflytande och makt koncentreras till männen. (Kilbom, Messing & Bildt Thorbjörnsson 1999, s. 29). Frankenhaeuser (1995, s. 131) talar om en utveckling av arbetsmarknaden mot ett A-lag för män och ett B-lag för kvinnor. Kön och klasskillnader är avgörande för vår hälsa.

Hälsoparadoxen

Redan under åttiotalet ökade sjukfrånvaro, arbetsskador och förtidspension avsevärt snabbare bland kvinnor än män. Vi vet också att kvinnor generellt sett är sjukare än män (SCB, 1998). Kvinnor lever dock längre än män, vilket uttrycks som den så kallade hälsoparadoxen.

B. Puranen har i sin bok "Att vara kvinna är ingen sjukdom" (1994) diskuterat orsaker till varför man iakttar en ökning i kvinnors ohälsa. Puranen relaterar ohälsa till både samhällsutveckling och kön, vilket också ger en utgångspunkt för att förstå de partiellt sjukskrivna, som ju oftast är kvinnor. Hennes beskrivning av kvinnors till synes större sjuklighet utgår från några antaganden som hon menar har betydelse för förståelsen av ohälsan. I likhet med Magnusson (2000) lyfter Puranen fram det faktum att sammanhangen i tillvaron blir allt svårare att upprätthålla genom den strukturomvandling som samhället genomgår och de värdemönster som förändras. Människans behov av att vara sedd och behövd tillgodoses inte tillräckligt i det samhälle som utvecklas. Vad Puranen pekar på som förklaring till kvinnors större sjuklighet är tendenser i vår tid som har sin grund i en upplevelse av att "inte vara tillräcklig" och som i vissa fall utvecklas till så kallade frustrationssjukdomar.

"Tillvaron i dag rymmer ett överflöd av möjligheter med akuta valproblem och ständig tidsbrist med långt gående frustration som följd. Dagens samhälle karakteriseras av en hårdare konkurrens mellan de yttre livets möjligheter och de inre behoven /.../ vilket ökar människans sårbarhet" (Puranen 1994, s. 21). Den större rörligheten på arbetsmarknaden som framhålls som en potentiellt expanderande möjlighet blir för kvinnor med omsorgsansvar för barn, gamla eller sjuka ett förolämpande ouppnåeligt mansprojekt. I denna situation blir många kvinnor frustrerade – och sjuka. Puranen sammanfattar och lyfter i sin beskrivning fram en paradoxal verklighet.

Genusteori

Genom att anlägga ett genusperspektiv på hälsa/ohälsa och sjukskrivning, vill vi problematisera till synes självklara förhållanden som berör partiell sjukskrivning, till exempel *arbete*, *sjukdom* och *rehabilitering*. Genom detta kan vi nå en djupare förståelse av varför den kvinnodominerade gruppen partiellt sjukskrivna ser ut som den gör och uppvisar specifika problem.

Genusteori används i denna studie för att fokusera könsmaktsförhållanden. *Genusbegreppet* syftar på det "sociala könet", i motsats till det biologiska könet. Genus är vad det kulturella arvet och det sociala systemet format oss till. Genom att göra, skapa och forma olikheter mellan könen konserveras eller förändras den rådande fördelningen av makt och resurser i samhället. *Genussystemet* bygger på två huvudprinciper: könsens isärhållande och mannens företräde framför kvinnan. Viktigt för förståelsen av hur genussystemet fungerar är *Genuskontraktet* som syftar på skrivna och oskrivna regler som könen följer i förhållande till varandra.

Genuskontraktet är avgörande för mäns respektive kvinnors positioner, sysslor och funktioner i ett samhälle (Hirdman & Åström, 1988).

Genus och arbete

Genusforskaren Hanna Westberg-Wohlgemuth (1996) hävdar att det som upplevs som det ”normala” inom arbetslivet är att män och kvinnor återfinns inom olika yrken. Förändringar inom detta område kommer därför att ske mycket långsamt om man inte aktivt griper in för att påskynda utvecklingen. Westberg-Wohlgemuth har utvecklat en modell kring den så kallade *könsmärkningsprocessen* som innebär att egenskaper kopplas samman med kön, varpå (köns-) egenskaper kopplas samman med arbetsuppgifter och yrken. På detta sätt får vi en uppfattning om vilket kön en person bör ha för ett specifikt arbete. Uppfostran och arbetsmarknad samverkar i att prägla människorna i detta avseende så att strukturen bevaras.

Carlstedt och Forssén (1999) har med utgångspunkt i eget arbete som läkare erfarit att kvinnors arbete inte uppmärksammats i tillräckligt hög grad när det gäller kvinnors hälsa, sjukdom och sjukfrånvaro. I avhandlingen ”Mellan ansvar och makt” beskriver de utifrån 20 djupintervjuer med kvinnor en mängd faktorer och förhållanden av betydelse för kvinnors samlade arbetsbörda och för deras hälsa. Det är det obetalda hem-, hushålls- och relationsarbetet som står i fokus för deras beskrivning och som här utgör en viktig bakgrundsförståelse för de sjukskrivnas situation.

Carlstedt och Forsséns intervjuer visar att mycket av det som utåt sett ser ut som arbetsfri tid i själva verket innehåller olika former av osynligt arbete. Att resultaten i detta avseende gäller för en större grupp av kvinnor än de intervjuade verifieras statistiskt i SCB:s undersökning av mäns och kvinnors tidsanvändning (SCB, 1998 s. 34-35). *Tidsanvändningen när det gäller obetalt arbete är ungefär dubbelt så stor för kvinnor som för män i åldersgruppen 20-64 år.* Liknande förhållanden gäller för övrigt internationellt, vilket påpekas i en avhandling som beskriver kvinnors möjlighet att påverka sin hälsa: ”The conditions of Swedish women are consistent with conclusions drawn from international literature where fulltime employed women all over the world are found to work more than men and mothers to work more than anyone else since they also have the main responsibility for household and children.” (Thomsson, 1996, s. 8).

Flera svenska forskare har betonat hur kombinationen av ansvar för hemmet och förvärvsarbete påverkar kvinnornas hälsa. (Annerblom, 1995; Bergman, 1997; Spri och Svenska Läkaresällskapet, 1995). Folkhälsoinstitutet, som har en särskild funktion som arbetar med kvinnor och hälsa, har i sitt arbete för folkhälsan fört en diskussion kring det obetalda hushållsarbetet och BNP (Folkhälsoinstitutet, 1995). Redan på 1930-talet diskuterades för övrigt det obetalda arbetets värde i riksdagen. Trettio år senare motionerades det om en utredning och värdering av husmödrarnas arbete. Fortfarande kvarstår dock dessa problem för nationalekonomer att hantera och för hälso- och sjukvårdsarbetare att förhålla sig till. Detta obetalda merarbete som kvinnor utför påverkar deras vardag, samlade arbetsbörda och därigenom deras hälsa.

Carlstedt och Forssén undersöker och utvidgar med hänvisning till arbetslivsforskare och genusforskare *begreppet arbete* för att bättre förstå och beskriva de verksamheter som utmärker kvinnors liv. I likhet med Carlsson (1986) försöker de utveckla flera olika arbetsbegrepp. Carlsson ser arbetet som bestämt av den sociala relation inom vilket det äger rum, och inte av vilka aktiviteter som utförs eller att arbetet ger lön. Lönearbete är enligt Carlsson en sådan relation, domestiskt arbete ett annat. ”Denna relation”, skriver Carlstedt och Forssén,

”stämmer i stort med det sätt vi uppfattat kvinnors arbete på, där arbete i relation till andra varit centralt.” I omsorgsarbetet lägger Carlstedt och Forssén också in ”relations- och gemenskapsarbete”. De diskuterar också hur andra genusforskare utvecklat liknande tankegångar. Ann Oakley (1993) anser till exempel att begreppet hushållsarbete döljer att vad kvinnor faktiskt gör är att skapa bättre välbefinnande – hälsa för andra!

Vad man även uppmärksammat är att mycket av kvinnors givande tjänster har haft en ensidig karaktär. Kari Waerness (1980) talar om skillnaden mellan att ha omsorg ”för andra” och att ha omsorg ”för varandra”. Att ge tjänster till någon som inte kan dra försorg om sig själv, till exempel barn, sjuka och gamla, är exempel på omsorgsarbete av denna ensidiga karaktär. När kvinnor har berättat om sina liv och hur de löst olika situationer som uppstått i vardagslivet har det relationsskapande arbetets vikt blivit tydligt (Davies, 1996; Friberg, 1990; Wächter & Åkerlund 1920). Denna typ av arbete upptar en mycket stor del av kvinnors tidsanvändning.

Begreppet livsform har använts för att beskriva kvinnors förhållningssätt till arbetslivet (Prokop, 1988). ”Lönearbetslivsform” karakteriseras som att arbeta för att leva och ”karriärlivsform” innebär att leva för att arbeta. ”Husmoderslivsformen” och ”backing-up-woman-livsformen”, där kvinnan i först hand stöttar mannen i hans yrkeskarriär, är ytterligare sätt att förhålla sig till arbete. Tora Friberg (1990) fann att många kvinnor rörde sig mellan ”lönearbetslivsform” och ”karriärlivsform”, vilket hon kallar mellanlivsform. Carlstedt och Forssén (1999) drar utifrån sin genomgång av aktuell forskning slutsatsen att förhållningssätt till arbete hemma och på en arbetsplats, mellan betalt och obetalt arbete, är viktigt att beakta för en fullständig förståelse av kvinnors livssammanhang.

Evy Gunnarsson (1993) menar att det också är missvisande att tala om kvinnor som arbeidskraftsreserv i förhållande till arbetsmarknaden. Förvärvsarbete sätts då före annat arbete. Det kvinnor gör, menar hon, är att fungera som buffert mellan samhällets privata sfär och den offentliga. Arbetar gör kvinnor hela tiden och den samlade arbetsbördan är starkt relaterad till hälsa.

Om man i en sjukskrivningssituation ensidigt inriktar sig på att bedöma arbetsförmåga i förhållande till yrkesarbete så försummar man att ta hänsyn till kvinnors obetalda hemarbete och omsorgsansvar. I ljuset av ovanstående resonemang blir denna ensidiga fokusering på lönearbete i sjukskrivningssituationen något som innebär att man lätt kan missbedöma kvinnors totala livssituation och arbetsbelastning.

Genus och sjukdom

När yrke, klass, etnicitet och utbildning samverkar med kön blir utslagning av kvinnor särskilt allvarlig. ”Att vara ung, lågutbildad invandrarkvinna är att maximera sin riskprofil med fyra farliga parametrar i en person” (Puranen, 1994, s. 10). Den offentliga statistiken visar också att män som grupp blir friskare medan kvinnor blir sjukare (SCB s. 21-23; Puranen 1994, s. 19). Bakom denna ökning finns en relativ förändring av typen av sjukdomar samt hur dessa fördelar sig mellan kvinnor och män.

”Sjukdomar i rörelseorganen drabbar exempelvis fler kvinnor än män – särskilt inom arbetaryrken. Också hos tjänstemän ökar belastningsskadorna snabbare för kvinnor än för män” (Puranen 1994, s.108). Olika typer av värktillstånd i muskler och leder, urinvägsbesvär, migrän, psykiska besvär och ätstörningar tillhör de typer av sjukdomar som i dag är vanligt förekommande bland kvinnor (Carlstedt, 1992). Kvinnor drabbas oftare än män av kroniska och diffusa sjukdomar. Ser man enbart till kvinnor som grupp är de vanligaste sjukdomarna

numera sjukdomar i cirkulationsorganen (högt blodtryck, hjärtsjukdomar), i rörelseorganen (ryggvärk, ledsymtom) samt belastningssjukdomar.

Bakom statistik om sjukdomstillstånd, döljer sig de processer som avgör vad som definieras som sjuk. Idéhistorikern K. Johannisson (1995) skriver: ”definitioner av hälsa och sjukdom, manligt och kvinnligt – är sociala konstruktioner – kulturellt anvisade rum – inte naturgivna sanningar. Betraktar man den kvinnliga sjukligheten med ett historiskt öga framstår den som resultatet både av en social och medicinsk verklighet”. Skilda livsförutsättningar skapar olika sätt att uppleva och använda sjukdom. Att vara sjuk är att tillåta känslor av svaghet och otillräcklighet. Det är att etablera ett språk mellan kroppen, jaget och samhället. I dag skiljer man mellan mätbar – objektiv – och upplevd – subjektiv – sjukdom. En stor del av den karakteristiska kvinnosjukdomen tycks röra sig i denna svåra men rika terräng, mellan objektivt och subjektivt, mellan kroppens synlighet och själens osynlighet. Johannisson beskriver sjukdom utifrån olika perspektiv: samhällets, vetenskapens, kvinnomedicinens samt kvinnors egna upplevelser. Det kulturellt historiska perspektivet på sjukdom ger en rikare förståelse av förändringar i förekomsten av olika sorters sjukdomar.

Mätt i hårddata och medellivslängd var 1800-talets kvinna utan tvivel sjukare än i dag. Fram till 1940-talet dominerar all historisk sjukdom av infektionssjukdomar. Sjukdomsstatistik slumpmässigt vald från 1901-1911 visar att tuberkulos och difteri var de dominerande kvinnliga diagnoserna vid denna tidpunkt tätt följd av underlivssjukdomar. För kvinnornas del noterar man också höga siffror för cancer. Man har också en tydlig kvinnlig översjuklighet i bleksot (kloros) samt nervsjukdomar som neurasteni, hysteri, danssjuka samt Basedows sjukdom. ”Att de tre diffusa diagnoserna kloros, neurasteni och hysteri visar höga siffror i den totala kvinnosjukligheten är anmärkningsvärt. Alla är diagnoser som försvinner efter 1:a världskriget” (Johannisson 1995, s.17).

Mot bakgrunden av att dessa sjukdomar försvinner vid denna tidpunkt finns det anledning att föra in begreppet kultursjukdomar och vi är tillbaka till Puranens beskrivning av relationen och samspelet mellan kvinnorna och samhällsstrukturen. Det faktum att man i dag ser en tydlig överrepresentation i diagnoser som kroniska trötthets- och värksyndrom, fibromyalgi samt el- och bildskärmsallergier gör det relevant att diskutera paralleller och systerrelationer mellan till exempel kloros och anorexi eller mellan neurasteni och kronisk trötthet.

Att sjukdom inte enbart kan förstås ur biologisk synvinkel blir särskilt tydligt när vi ser på skillnader i sjukdomsmönster mellan män och kvinnor. Många genusforskare i dag ser på sjukdom i nya tvärvetenskapliga perspektiv. Douglas (1997) tankar om symptom, lidande, kropp och tid talar om att kvinnor ”bär samhällets historia i sitt inre, i sina sjukdomar och symtom”.

Den kulturellt sociala dimensionen (Honkasalo, 1989) blir särskilt märkbar och kan utgöra en hjälp för vidare förståelse av sjukdomarna, deras orsak och behandling samt patienternas egna upplevelser av dessa. Fördjupning och analyser med hjälp av dessa perspektiv öppnar mot en djupare förståelse av det kvinnliga sjukdomspanoramats och ger också ledtrådar till vad som i huvudsak påverkar kvinnors hälsa. Vi får även på detta sätt ett perspektiv på sjukskrivningssituationen.

Genus och rehabilitering

Rehabiliteringsforskning i allmänhet är inte särskilt omfattande och när det gäller forskning med ett könsperspektiv är denna typ av forskning ännu mer sparsamt förekommande.

Ett undantag utgör Bäckströms avhandling ”Att skilja agnarna från vetet” (1997).

Bäckström har i sina empiriska studier av sjukskrivnas kontakt med försäkringskassan visat att kön har betydelse ur en mängd olika aspekter när det gäller rehabilitering.

Rehabiliteringspersonalen påstod till exempel, att de intog ett könsneutralt eller jämlikt förhållningsätt till sig själva, klienterna och omvärlden, men ”trots detta uppfattades kvinnorna ibland som mer svårrehabiliterade beroende på deras ansvar för det oavlönade omsorgsarbetet /.../ Det var också vanligare att tjänstemännen kontaktade manliga än kvinnliga klienter och besluten som gällde kvinnorna fattades i större utsträckning utan deras kännedom /.../ Rehabpersonalen menade också att det var lättare att rehabilitera män eftersom deras situation var mindre komplicerad men också för att arbetsgivarna föreföll mer välvilligt inställda till dem”. Sammanfattningsvis ansåg rehabpersonalen att ”det var lättare att rehabilitera män” (Bäckström 1997, s. 52-53).

Två andra svenska studier beträffande rehabilitering (Josefsson & Törnblom 1995; Sjöberg 1997) visar på en *ojämlik fördelning när det gäller rehabiliteringsresurser för män och kvinnor*. Långvarigt sjuka män erbjöds i detta sammanhang mer dyrbara och omfattande behandlingar än kvinnorna. Även några internationella undersökningar om rehabilitering för funktionshindrade kommer till liknande resultat (Kutza, 1981; Stace 1987).

Personalen på försäkringskassorna skall ta ställning till om sjukskrivna är förhindrade att utföra ordinarie arbete på hel- eller deltid utifrån ett medicinskt underlag som finns tillgängligt. De bestämmelser som gäller granskning och bedömning är könsneutralt utformade och ”rehabpersonalen vill behandla kvinnor och män på samma sätt men kvinnor och mäns levnadsvillkor är däremot olika och vid arbetsrehabilitering är det männens villkor som utgör modellen eller normen” (Bäckström 1997, s.12). Rehabilitering utgår från lönearbetet som norm och bortser också från vad Hamberg (1995) kallar ”äktenskapskontraktet”, vilket syftar på ansvarsfördelningen mellan män och kvinnor. Kvinnor med smärtproblematik som ingick i Hambergs studie kunde till exempel inte delta i rehabilitering eller återgå till avlönat arbete om det inte gick att kombinera med deras omsorgsansvar. Bäckströms undersökning innehåller liknande resultat där kvinnliga klienter menade att de gärna ville förvärvsarbeta men att det avlönade arbetet inte fick utföras på bekostnad av hem och familj. Liljeström (1998) betonar att den manliga strukturen i arbetslivet med åtta timmars arbetsdag samt restid till och från arbetet är svår att förena med kvinnors situation och barns behov.

Ek Kahnlund m.fl. beskriver i rapporten ”Långtidssjukskrivnas upplevelser – en kvalitativ studie” (1998) hur anställda vid Försäkringskassan uppvisar en osäkerhet i sin nya roll som rehabiliteringssamordnare. Studien är utförd inom ett treårigt projekt som avsåg att studera Västerbottens höga ohälsotal. Rapporten beskriver mötet mellan den sjukskrivne, läkare och rehabiliteringspersonal. Författarna belyser sjukskrivningsproblematiken utifrån teorier om rollförväntan och teorier om ”inlärld hjälplöshet”, båda av intresse utifrån ett könsperspektiv.

Att sätta fokus på sjukroll, förväntningar och attityder är ett sätt att betrakta sjukskrivnings-situationen där möjligheten till förändring finns i individernas bemötande, medvetenhet och handlingsberedskap. Teorier om ”inlärld hjälplöshet” ställer frågor kring patienternas medvetenhet om sina rättigheter och skyldigheter som en viktig utgångspunkt i mötet mellan den sjukskrivna/e, arbetsgivare och sjukvård.

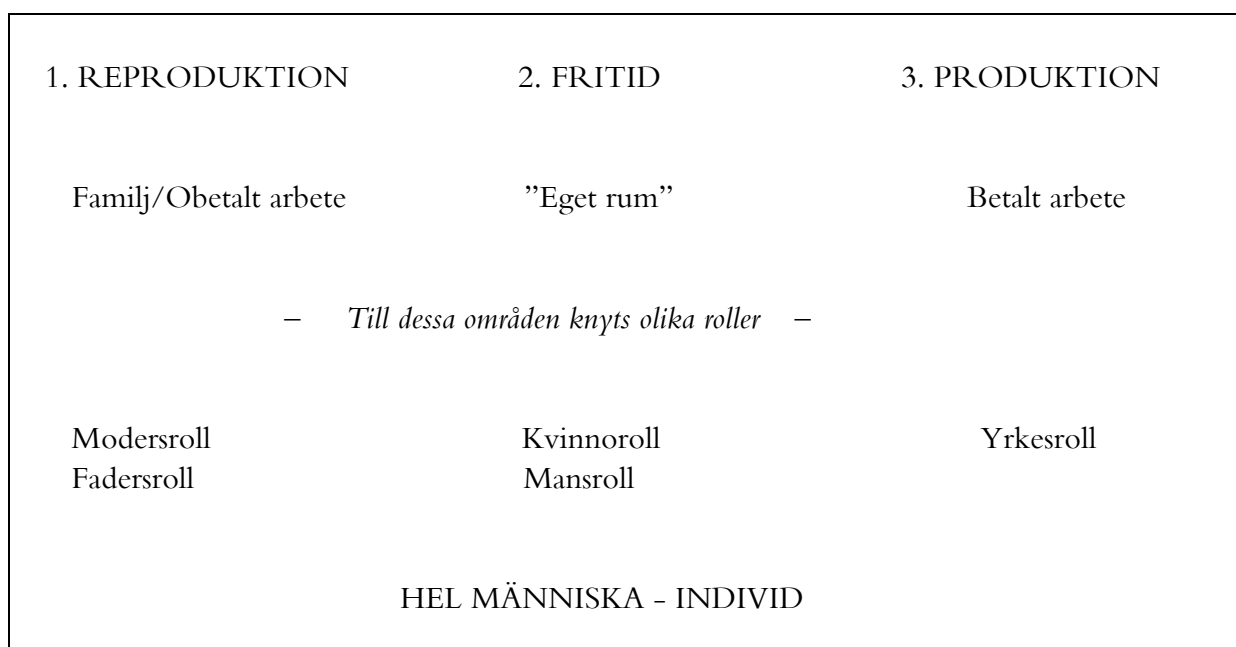
Arbetsgivarnas attityder varierar mycket kraftigt när det gäller synen på eget ansvar i rehabiliteringsprocessen. Av intervjuvärderna framgår en tendens att de långtidssjukskrivna har känt en lojalitet mot arbetsgivaren, men man kan också utläsa en bitterhet och besvikelse för att arbetsgivaren inte tagit mer initiativ till rehabilitering. Negativa erfarenheter är att arbetsgivaren inte gjort några ansträngningar för att den anställde skulle få arbetsuppgifter som passar arbets-

förmågan. ”Denna typ av arbetsgivare beskrivs ofta i intervjuerna. Den kyla och det ointresse med vilka de sjukskrivna bemötts med är slående” (Ek Kahnlund m.fl., 1998, s. 81).

”Av intervjuerna framgår också att dessa arbetsgivare varit igång med rationaliseringar och organisationsförändringar för att möta en tuffare konkurrenssituation eller nedskärningar i verksamheten. Med sina krämpor och ibland höga ålder och låga utbildning inser den anställde att han eller hon inte längre har något värde för arbetsgivaren” (ibid., s. 81). ”Det är inte ovanligt att arbetsgivaren vill bli av med den personal som inte längre motsvarar prestations- och kompetenskrav” (ibid., s. 84). Det finns också arbetsgivare som ser arbetstagarna som en resurs som man har anledning att vårda av såväl humana som företagsekonomiska skäl. De mer aktiva och flexibla arbetsgivarna återfinns i större regioner och har många anställda.

Livsstilsanalys i samhällsperspektiv

Från individens synvinkel kan man betrakta samhället som bestående av olika livsområden. De tre stora livsområden som individen kommer i kontakt med är:



Figur 1: Kvinnor, män och den hela människan i samhällsstrukturen

Livsstilsanalys är en pedagogisk metod som använts för att stödja kvinnor i rehabiliteringsprocessen (Annerblom, 1993). Den utgår från den teoretiska struktur som diskuteras nedan, och bygger på kvinnoforskning och genusforskning under 80- och 90-talet.

Hur den reproduktiva och den produktiva delen av samhället samspelar ger avtryck hos enskilda individer. Den reproduktiva delen av samhället är kvinnodominerad och den produktiva mansdominerad. För att en kvinna/man ska må bra och för att individen skall uppleva sig som en hel människa utgår denna modell från att det måste finnas balans mellan dessa olika livsområden. Livsområden är i sin tur direkt kopplade till samhällsstrukturen. Modellen bygger på en förståelse av människan som individuell, familje- och samhällsvarelse. I sammanhanget bör påpekas att det är *balansen* mellan de olika livsområdena som är viktig i modellen. Om en individ är ensamstående, saknar barn eller arbete blir förutsättningarna för livsstilsanalysen annorlunda.

Det vanliga mönstret i vårt samhälle är att både kvinnor och män har en obalans i de olika livsområdena, *men på olika områden*. Fritiden utgör ofta en mycket liten del av livsrummet för kvinnor, och för män är fortfarande den del av familjelivet som är kopplat till barn-, relations- och hushållsarbete betydligt mindre än de övriga livsområdena. Både män och kvinnor har alltså i den nuvarande samhällsstrukturen en obalans i förhållande till de olika livsområdena som återfinns både på individnivå och samhällsnivå.

På samhällsnivå arbetar männen företrädesvis i den produktiva delen av samhället och kvinnorna i den reproduktiva delen, vilket står i överensstämmelse med en genusteoretisk huvudprincip om köns isärhållande. Uppdelningen hjälper till att upprätthålla genuskontraktet dvs. normer om vad kvinnor och män bör ägna tid åt (Hirdman & Åström, 1988).

Plockar vi ner genusteorin från samhällsstrukturen till individen ser vi hur samhällsstrukturen påverkar människorna och omvänt, och vi får en modell som kan hjälpa oss att reflektera kring hur individ och samhälle hänger samman, och hur detta i sin tur påverkar livskvalitet och hälsa.

METOD

Metodiskt används en kombination av kvalitativa intervjuer och enkät. Målsättningen är att dessa ansatser ska komplettera varandra och tillsammans ge en rikare bild av fenomenet partiell sjukskrivning. I det följande kommer vi att behandla de båda delstudierna i tur och ordning. Av tidsskäl har de båda datainsamlingarna bedrivits parallellt, vilket inneburit att det inte funnits möjlighet att i den ena studien anpassa frågor utifrån erfarenheter av den andra.

Intervjustudien

Urval

Tio intervjuer om partiell sjukskrivning genomfördes i Norr och Västerbotten under våren och sommaren år 2000. De tre första intervjuerna betraktades som provintervjuer och utfördes med en förskollärare med diagnosen fibromyalgi, en sjuksköterska med ryggproblem samt en fritidpedagog med reumatiska besvär. Dessa intervjuer redovisas inte i rapporten. De sju återstående personernas intervjuer utgör den empiri som redovisas i vår studie.

Valet av intervjupersonerna i undersökningen gjordes utifrån principen om variation. Personerna varierar i ålder mellan 24 och 55 år, de har olika yrken och arbetar på olika typer av arbetsplatser. De kommer även från olika orter och är sjukskrivna av varierande orsaker. Därmed representerar de kvalitativt olika synvinklar på situationen som partiellt sjukskriven. Två personer tackade nej till att medverka i intervjustudien: en lärare med utbrändhetssymptom och en svetsare med ryggbesvär.

Några av intervjupersonerna har vi fått kontakt med genom det egna nätverket, andra har vi fått uppgifter om genom tjänstemännen på försäkringskassan som via sina register valt ut personer som motsvarat önskemålen om variation. Ytterligare några har vi fått kontakt med genom att fråga efter partiellt sjukskrivna på arbetsplatser.

Genomförande

Hälften av intervjupersonerna intervjuades på sina arbetsplatser och de övriga i sina hem. Intervjuerna varade 1–4 timmar och intervjupersonerna informerades om att de hade möjlighet att läsa igenom rapporten för korrigeringar innan publicering.

Intervjuerna tog sin utgångspunkt i enkätens mer utvärderande frågor (särskilt frågorna 18–24, se bilaga) och handlade framför allt om hur man upplevt bemötande från läkare, arbetsgivare och andra aktörer, vilka orsaker man funnit till att man blivit sjuk, hur eventuell rehabilitering har fungerat och hur man allmänt sett värderat sina erfarenheter av att ha varit partiellt sjukskriven.

Mötena med intervjupersonerna präglades i flera fall av stor öppenhet och en önskan att berätta hur de haft det under sjukskrivningsperioden. Besöken på arbetsplatserna och i hemmen gav intryck som förstärkte intervjupersonernas berättelser. Detta gällde framförallt besöken på arbetsplatserna, där intervjuaren med egna ögon till exempel kunde iaktta den stress som intervjupersonen berättade om. Att intervjuaren personligen kunde berätta att hon tidigare på uppdrag av Försäkringskassan arbetat med en fristående stödverksamhet för sjukskrivna kvinnor medverkade måhända till ett ökat förtroende mellan henne och intervjupersonen. Intervjuerna spelades in på band och skrevs ut i sin helhet.

Analytiska utgångspunkter – reflexiv tolkning

Inom samhällsvetenskaperna har en utveckling under senare år skett mot en tolkande reflekterande ansats (Alvesson & Sköldberg, 1994). Den tolkande principen sätts i fokus, vilket bland annat innebär att tolkning – till skillnad från statistiskt följande av analytiska procedurer – betonas i arbetet med att sätta data i sammanhang med forskningsfrågor och teori. Den tolkande reflekterande metodstrategi som tillämpats här skiljer sig på några punkter från traditionella kvalitativa studier. Empirin används till exempel inte för att bygga eller bekräfta teori, utan används snarare som argument i den tolkande processen. När det gäller den direkta tolkningen av empirin står tolkningen som sådan i fokus – inte data.

I analysarbetet används flera olika tolkningsnivåer. Tillvägagångssättet är influerat av hermeneutik, kritisk teori och postmodernism. Dessa olika riktningars bidrag till reflektionen framgår av följande:

– *Systematik och teknik i tillvägagångssättet.* Kvalitativ forskning bör följa någon genomtänkt logik i interaktionen med det empiriska materialet. I vår undersökning utgör Kvaless bok ”Den kvalitativa forskningsintervjun” (1997) en viktig inspirationskälla i detta avseende. Vi har fokuserat de narrativa, det vill säga de berättande, delarna av intervjuerna. Bakgrunden till detta angreppssätt finns bland annat i ett intresse för intervjupersonernas meningsstrukturer genom berättelser.

– *Klargörande av tolkningens primat.* Forskning är en i grunden tolkande aktivitet, en egenskap som delas med andra verksamheter. Dock är forskaren i motsats till – eller åtminstone i högre grad än – andra medveten om detta. Någon typ av hermeneutisk ansats används och forskaren iakttar en öppenhet för multipla tolkningar. I vår intervjuundersökning tolkas materialet utifrån olika synvinklar, nivåer eller skikt, vilket Alvesson & Sköldberg (1994) kallar *reflexiv tolkning*.

– *Medvetenhet om forskningens politiskt ideologiska karaktär.* Samhällsvetenskapen är ett socialt fenomen som ingår i en politisk och etisk kontext. Vad man forskar om och hur detta går till undgår svårligen att antingen reproducera eller utmana existerande sociala förhållanden. Här kan någon typ av kritisk teori användas för att belysa dessa förhållanden. I denna undersökning kopplas individuella upplevelser till strukturella förhållanden genom genusteori och teori om hur förhållanden på arbetsmarknaden påverkar hälsan. Med detta vill vi lyfta fram och problematisera de maktförhållanden som får konsekvenser för de sjukskrivnas upplevelser.

– *Reflektion i förhållande till representations-/auktoritetsproblemet.* Inom en postmodernistisk tanketradition betonas att texter ”lever sitt eget liv” och saknar referens i något utanför sig själva. Texter påverkar i princip endast varandra. Denna insikt undergräver forskarens anspråk på att över huvud taget återge något ”yttre” som kan betraktas som en realitet. Det blir därför viktigt att problematisera vad forskningsresultat presenterade i vetenskapliga rapporter står för. Detta i sin tur innebär att en dialog med olika intressenter om resultaten i en forskningstext blir nödvändig.

För att aktivera läsarens egen reflektion i förhållande till vår tolkningsdominans i denna studie, så avslöjas till att börja med inte intervjupersonernas kön.² Genom att inte på förhand ha kunskap om intervjupersonernas kön, är förhoppningen att läsaren kommer att reflektera över sina kunskaper och förväntningar om kön. Tolkningen blir inte självklar. I inledningen av avsnittet ”Diskussion – reflexiv tolkning” redovisas intervjupersonernas könstillhörighet.

² Uppgifter där intervjupersonen har talat om sin hustru eller man har ändrats till det könsneutrala sambo.

Analytiskt tillvägagångssätt

Med utgångspunkt i Alvesson & Sköldbergs (1994) förespråkande av reflexiv tolkning, genomförs vår analys av intervjuerna på följande sätt:

Intervjuerna har redigerats så att berättelserna förkortats och för undersökningen ovidkommande resonemang tagits bort. Syftet har varit att ge en helhetsbild av varje intervjupersons upplevelse som den kommer till uttryck i intervjun. Varje intervju presenteras för sig, följd av en kommentar på en låg abstraktionsnivå, så kallad primärtolkning (Alvesson & Sköldberg, s. 340).

I avsnittet *Diskussion – reflexiv tolkning* presenteras sedan andra typer av tolkningar. En tolkningsnivå består av reflektioner kring den partiella sjukskrivningsformen som sådan, vilket kan motiveras utifrån studiens utvärderande syfte. På andra tolkningsnivåer berörs empati (utifrån inslag i intervjuerna som handlar om känslor) samt kritiska perspektiv på hur arbetslivets villkor påverkar den sjukskrivne, hur olika intressenter agerar i sjukskrivningssituationen samt genus. I ett särskilt avsnitt genomförs även en livsstilsanalys.

Ambitionen är att det ska uppstå en spänning mellan de olika tolkningsnivåerna. När dessa tillåts reflekteras i varandra fördjupas förståelsen av fenomenet partiell sjukskrivning. Detta arbetssätt skiljer sig från analyser där det primära målet är att kategorisera och renodla. Vi vill i stället bevara det tvetydiga och komplexa i verkligheten (jfr. Kvale 1997).

Enkätstudien

Frågorna i enkäten har i ett första skede utformats i samarbete med referensgruppen utifrån en diskussion om projektets syfte. Efter revidering och test på några partiellt sjukskrivna har forskarna och referensgruppen i ett andra sammanträde fastställt enkätens utseende. Enkäten finns i sin helhet med som bilaga till denna rapport.³

Urval

Urvalsramen bestod av samtliga personer (8 741 st.) som varit partiellt sjukskrivna i minst fyra dagar i Norr- och Västerbotten under 1998 och 1999. Ur denna grupp gjordes ett slumpmässigt urval på 550 individer. Urvalet har tagits fram av Riksförsäkringsverket. 364 personer kom att besvara enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvensen på 66 %. Bortfallet måste beaktas, men vi bedömer ändå att tillförlitligheten i materialet är acceptabel. När det gäller kön, vet vi att 441 individer i urvalet var kvinnor (80 %), medan antalet kvinnor som besvarade enkäten var 302, vilket motsvarar 83 %. Det finns således en liten överrepresentation av kvinnor i materialet, men denna torde påverka tolkningen av resultaten i mycket liten utsträckning. Det förefaller rimligt att göra försiktiga generaliseringar på basis av detta material.

Av de som besvarade enkäten var 57 % inte längre sjukskrivna. Det är tänkbart att minnesbilder och värdering av erfarenheter förändras beroende på om det fortfarande är aktuellt med partiell sjukskrivning. Det är dock inte självklart vad som är bäst, att fråga medan sjukskrivningen pågår eller i retrospektiv. Det förhållande att respondenterna skiljer sig åt i detta avseende, kan ses som en fördel i en explorativ studie, då man kan förvänta sig en ökad bredd i svarsmönstret, vilket är till hjälp när det gäller att identifiera nya problemställningar.

³ Enkäten återges ordagrant som den sänds till respondenterna. Vissa smärre ändringar i layout har gjorts för ökad läsbarhet i rapporten.

Analys

Den primära målsättningen med analysen av enkäten är deskriptiv, det har handlat om att ge en första överblick över grundläggande variabler som kan vara relevanta för att bättre förstå fenomenet partiell sjukskrivning.

Efter denna deskriptiva del har vi gått vidare genom att utreda en del grundläggande samband. Fokus har då legat dels på de utvärderande resultatvariablerna, framför allt svaret på fråga 22 ("Hur har det varit att kombinera arbete med partiell sjukskrivning"), samt variablerna kön och län. I sökandet efter korrelationer har vi testat signifikans genom Chi-tvåberäkningar, utan att göra några grundantaganden om riktningar på samband. Om inte annat anges är Chi-tvåberäkningarna gjorda på hela den tabell som redovisas.

När det gäller undersökningens validitet bör nämnas att svarsfrekvensen för några frågor varit låg, och att vi i några fall tolkat detta som att respondenterna upplevt frågan som svår att besvara. Det gäller de variabler som handlar om hur mycket tid som läggs ner på diverse arbetsuppgifter i hemmet (Fråga 4) samt frågan om hur man skulle vilja ändra på sjukskrivningsgraden (Fråga 10). Det är dock svårt att se någon anledning till systematiska mönster i dessa bortfall.

Vi presenterar också i ett särskilt avsnitt svaren på en öppen fråga, om vad respondenterna skulle vilja framhålla av sådant som inte tagits upp i enkäten (Fråga 24).

INTERVJUSTUDIEN: PARTIELL SJKSKRIVNING I VARDAGENS SAMMANHANG

Sju intervjuer med kommentarer

I det följande kommer vi att få möta några partiellt sjukskrivna människor – män och kvinnor – som berättar om hur det är att vara partiellt sjukskriven. De personer som berättar om sina upplevelser arbetar i olika delar av samhället: skola, sjukvård, administration, industri och service. Alla är bosatta på större eller mindre orter i Norr- och Västerbotten. Varje berättelse avslutas med en kommentar och tolkning.

A – barnmorska, 50+

Arbetar på en vårdcentral och är sjukskriven för besvär i nacke och axlar.

Nu är jag ju ensam. Min son har ju flyttat hemifrån så jag är ju ensamstående utan barn, men då har jag ju en mamma som är lite småglömsk så mellan varven så är det ju två timmar kanske varannan dag som jag lägger ner på sånt arbete. Det är ju lite olika. Om hon ska till doktorn så blir det ju mer, kanske fem timmar. Men när man är ensamstående så lagar man ju inte mat. När Magnus är hemma så blir det ju mer. Jag tvättar ju åt mamma, handlar och går bankärenden. Städar gör jag inte. 1-2 tim per dygn. Jag prioriterar. Jag tycker man måste komma till en gräns vad som är viktigt i livet.

Jag tror att det hade gått lite bättre och *det hade gått fortare för mig att komma igen och rehabilitera mig om jag hade kunnat bli heltidssjukskriven. Det hade jag kunnat vara, det var inget problem att bli men jag hade inte råd.* Och på den tiden – för jag har ju nästan varit sjukskriven nu i tre år – så var det ju att man fick ut 75 % av lönen. Jag har ju varit heltidssjukskriven från och till på heltid och jag har ju märkt det att man tar ju igen sig på ett helt annat sätt då och det tycker jag är viktigt att ta upp. Det är likadant det här när man är ledig att man kan göra någonting, göra något roligt om man har pengar. Man kommer ju igen fortare om man kan fara bort någon gång och rekreera sig mellan varven när man är sjukskriven.

Man har ju dubbelarbetat och man är väl utsliten på ett annat sätt som ensamstående. Jag har aldrig varit sjukskriven förut bara varit förkyld och så där förrän den här långa perioden. När jag nu tänker efter så är det ju inte klokt att jag gått så här länge och dragit med det här. Min diagnos är whiplashskada och ländryggsbesvär. Jag jobbade kom hem gick ut med hunden, lagade mat och gick och lade mig. Jag vet att min son sa ”Men du bara ligger och ligger”. Men jag orkade inget annat. Det är ju hemskt egentligen. Han kunde väl ha fått göra något roligare med mig de sista åren han bodde hemma. Jag orkade inte umgås med folk. Men man ser inte det där själv. Man är som i ett ekorrhjul. Det är inte värt det.

Mitt arbete det är lika fantastiskt varje gång... det blir som aldrig rutin. När jag blev sjukskriven så jobbade jag som distriktssjuksköterska 100 % men nu jobbar jag som distrikts-sjuksköterska/barnmorska på 50 % och det är betydligt mycket bättre. Nu har vi bokade patienter. Jag vet att jag har 4-5 inbokade patienter per dag på de 4 tim jag jobbar. Som distriktssjuksköterskebarnmorska kunde jag ha 25 patienter och så fem hembesök som jag visste att jag måste på. Fruktansvärt stressigt var det med omorganisation och så satt vi i små pytterum och skulle ta emot patienter, vi hade två datorer och vi skulle skriva journalanteckningar. En

fruktansvärd arbetsmiljö. Man kan ju verkligen fråga sig – sekretessen hur det blev med den. Patienterna måste ju få sitta i lugn och ro.

Det är ju tre år sedan jag blev sjukskriven. Jag kommer så väl ihåg när jag skulle tillbaka efter jag hade varit på det där rygginstitutet. Då hade vi en ny arbetsledare som hade kommit då. Och så frågade jag då hur ska jag nu jobba och då svarade hon. Ja du får jobba precis som förut. Ja men jag ska ju bara jobba på 50 % sa jag. Ja men du får ta ansvaret för hela distriktet och så får du delegera ut det du inte hinner. Jag var gråtfärdig jag bara vände på klacken och gick. Det gick ju förstås inte. Jag kunde ju inte ta ansvar för hela distriktet. Jag frågade men ingen kunde ju, det var jättetråkigt. Det var ingen som hade tänkt på hur det skulle vara när jag kom tillbaka på 50 %.

Den här arbetsledaren är väldigt bra men hon hade inte förstått hur pressade vi var. Hon hade jobbat alldeles för kort tid. Vi hade ju kämpat i många år för att ändra på den här arbetsituationen. En hade ju fått förtidspension på heltid. Någon slutade. Ytterligare en i arbetsgruppen var 50 % sjukskriven. Många mår jättedåligt fortfarande. I alla fall gick ju inte det här.

Man har ju gjort en del försök från ledningens sida – en del tappra försök som inte har lyckats. Organisationen är så slimmad så det finns inte möjlighet för folk som är sjuka att jobba kvar. Det finns inte rum heller för vi är ju så vansinnigt trångbodda.

Det var ju det att jag inte kunde klara mig ekonomiskt, kanske också att jag tyckt att det varit kul att komma tillbaka för att träffa arbetskamrater och sånt men det har varit marginellt. Det hade absolut inte varit viktigast. Jag tyckte det var skönt att slippa en massa diskussion. Det har stått mig upp i halsen. Jag har försökt på alla möjliga vis. Jag har varit på Landstingshuset och pratat med personalavdelningen. Jag har försökt på alla möjliga vis att hitta lösningar men jag upplever inte att arbetsledningen har ställt upp från högre nivåer. Min arbetsledare förstod så småningom men hon var ju också klämd. Hon vet ju inte var hon ska få resurserna ifrån. Den ansvarige personalchefen har fungerat urdåligt inte brytt sig någonting. Vi är ju jättemånga disktriktsjuksköterskor som är i min ålder och som är sjukskrivna både på heltid och på halvtid. Personalvården har fungerat mycket dåligt – under all kritik Jag vet ju att när jag var på rygginstitutet så var det ju folk från olika arbetsplatser från SJ till exempel, där man hör att arbetsgivaren ställer upp och undrar vad de kan göra och hjälpa till med till exempel förändra arbetsmiljön. En del fick nya jobb. På Landstinget är det ingen som bryr sig. Jag har hört att det är likadant inom kommunen. Det har alltid funnits så gott om sjukvårdspersonal så de har inte behövt bry sig. Har någon slutat så har det alltid kommit in nya.

I första hand är det inte nedskärningarna som orsakat denna arbetssituation utan det har varit samma mentalitet på Landstinget hela tiden. Däremot har vi ju fått större belastning via patienterna. Folk mår överlag mycket sämre. Rent samhällsekonomiskt så håller inte det här tror jag. Det håller inte att slita ut människorna på arbetsplatserna, och slita ut de som redan är sjukskrivna och arbetslösa för det är också fruktansvärt jobbigt. Pengarna är ju egentligen från samma pott. Det håller inte. Det blir ingen bra kvalitet med stressade utarbetade människor som inte orkar annat än att gå fram och tillbaka till jobbet. Försäkringskassan har varit jättebra tycker jag. Jag har haft minst fyra olika handläggare. Två har jag träffat personligen.

Det positiva med sjukskrivningen har varit att jag kunnat stanna upp och reflektera och umgås med mina underbara vänner som jag inte haft tid med förut. Jag har börjat sjunga. Jag har börjat måla. Förut var jag övertygad om att jag aldrig skulle orkat detta. Det har inneburit en ökad livskvalitet. Vågskålen väger ju över till det positiva när det gäller den här sjukskrivningen. Fast jag hade ju sett att min arbetsgivare hade kunnat hitta något till mig. På

2,5 år har de inte hittat något, utan det har varit jag själv som fått söka fram och ringa och så vidare.

Min ordinarie tjänst kan jag inte sköta – med ett geografiskt område som jag tar ansvar för det finns ingen möjlighet på 50 %. Nu sköter jag mödravårdscentralen de är ju inte sjuka. Nu fungerar det ganska bra för en annan kollega har gått ner på 65 % så vi delar på en tjänst, men jag känner ändå pressen från mina andra kollegor att jag skall gå upp i tjänst.

Jag hade blivit snabbare frisk om jag varit heltidssjukskriven, men det var ju på grund av ekonomin som jag blev partiellt sjukskriven. Jag tycker att området berör arbetsrättsliga och fackliga frågor och de har urholkats.

Kommentar och tolkning

A är utsliten i nacke och axlar efter att en större del av sitt liv ha arbetat inom vården. A mår ganska bra idag tack vare den partiella sjukskrivningen, men det skulle kunna vara ännu bättre. Det har inte blivit något gensvar vid olika förändringsförsök på arbetsplatsen och Landstinget har inte tagit ansvar för en rehabilitering och uppföljning. Det är på grund av dålig lön som sjukskrivningen blev partiell. Det har helt enkelt varit för dyrt att vara sjukskriven på heltid. Upplevelsen av denna sjukskrivningsform är därför positiv. A trodde att hälsan skulle ha varit ännu bättre och tillfrisknandet skett snabbare med en heltidssjukskrivning. Att helhetsupplevelsen under den partiella sjukskrivningen blivit så positiv beror mycket på A själv, som inte blivit bitter trots motgångar, besvikelser och brist på stöd från arbetsgivaren. A har tagit tillvara på det som varit positivt och trots sina symptom skaffat sig en livskvalitet på fritiden.

B – packare i livsmedelsindustri, 20+

B arbetar inom livsmedelsindustrin på en mindre ort. Redan efter två år har en arbetsskada uppstått.

Det började med ryggont i korsryggen sen var jag liksom bra ganska länge. Jag gick till företagsläkaren som sjukskrev mig ganska länge, två tre veckor. Sedan gick jag till en kotknackare som skulle dra det hela rätt. Så var jag bra ganska länge men sen kom det tillbaka i axlarna mer och mer. Därefter klarade jag inte av att ens lyfta brödpåsarna. Sen sjukskrev han mig en hel månad och sedan gick jag hos en sjukgymnast. När jag skulle börja jobba så tyckte läkaren att jag skulle börja jobba halvtid och sen har det fortsatt så.

Både läkaren och företagsläkaren tyckte jag skulle jobba halvtid efter att jag hade varit sjukskriven heltid en månad. Sist jag var på läkarbesök där i maj sjukskrev han mig ända till hösten. Diagnosen är förslitningsskador som uppkommit på två och ett halvt år. Mina har uppkommit som en kombination av arbete på jobbet och hemma. Vi bodde i ett hus tidigare som vi renoverade. Arbetsställningarna på jobbet är ju inte de bästa heller.

Jag tyckte det var bra att vara partiellt sjukskriven för att bara efter att jag arbetat två timmar fick jag ont igen. Jag tycker *det är bra att vara halvtidssjukskriven. Jag skulle bli tokig att gå hemma hela dagarna.* Nu jobbar jag fyra timmar och sju och en halv minuter. På natten jobbar jag tre och en halv timma. Förut började jag kvart över två på natten, men det har knäckt mig. Jag blev ju så trött. Vi var två som delade på ett skift, men nu ska vi gå parallellt och börja och sluta samtidigt. Först var det väl problem att få göra så men de gav med sig och annars hade vi gått till facket.

Jag är bättre nu. Jag tränar tre gånger i veckan. De har inte upprättat någon rehabiliteringsplan än men de skall göra det. Just nu har jag jobbat partiellt två och en halv månad. Jag har ju sagt till om rehabiliteringsplan, det gjorde jag i slutet av maj. Men det tar väl

lite tid det brukar göra det på det där stället. Bemötandet från arbetskamraterna har varit positiv, men ingen har heller blivit drabbad av att jag varit borta så att de fått mer att göra.

Industriarbete vill jag inte fortsätta jobba med. Jag vill jobba med händerna. Nu sitter man ju bara och rättar till högarna och lyfter i dom där brödbitarna och stoppar dom i en påse. Jag vill göra vetebröd och tårtor. Jag har en bageriutbildning i botten som passar för små bagerier. Där jag kommer ifrån är det mest små bagerier. Det man är rädd för det är ju att man inte ska få jobb. Och om man skulle få jobb så har man bara det i ett halvår och så blir man arbetslös igen. Nu har jag ju en fast tjänst. Det lär väl släppa lite på arbetsmarkanden här fram över men just nu är det ju osäkert. Jag ska väl försöka hitta något annat, men jag har inte sökt något än. Jag funderar fram och tillbaka på vad jag vill göra. Jag har väl inte bestämt mig vad jag vill göra. Jag vill ju utbilda mig till något som jag vill hålla på med. Jag har ju läst på folkhögskola innan det här jobbet men jag gav upp det. Nu ska jag försöka igen att läsa upp några ämnen i höst. Jag vet inte vad jag vill jobba med.

Hushållsarbete är inte så betungande. Jag arbetar ca en till två timmar med den sortens arbete när jag kommer hem. Min sambo jobbar på samma skift och kommer från orten medan jag däremot har flyttat hit. Jag kommer att fortsätta vara halvtidssjukskriven. När maskinerna krånglar och det sprutar bröd överallt då blir det ju lite stressigt, men jag påverkas inte så mycket av stressen. Man har blivit van. Om man inte hinner ja då får det ramla på golvet. Jag ska inte stressa ihjäl mig, det finns bröd så att det räcker till. Från början fick inget ramla på golvet men nu intalar jag mig att jag inte ska stressa.

Jag packar ju brödet i påsar och packar i kartong. Först så sitter man ju där när det kommer ut från ugnen då kollar man ju och räknar och ser till att det inte fastnar. Det är ju ganska bra då sitter man ju och kollar. Sen plockar man från bandet. Man växlar varje halvtimme, men det är ändå ganska likartat arbete.

Kontakten med vänner och familj har fungerat bra. Folk har haft förståelse. Man kunde få vara ”över”, det vill säga man behövde inte ha en speciell uppgift. Man slapp vara i produktionen. Företagsläkaren ringer upp om man har ringt och han är inte svår att få tag på. Kontakten med Försäkringskassan har varit ganska neutral. Jag har haft möjlighet att tänka igenom min situation. Det har fungerat mycket bra för mig. Min sambo vill inte flytta – skrattar – och nu ska mamma flytta upp hit också. Hon är arbetslös också och ensamstående.

Kommentar och tolkning

Situationen som partiellt sjukskriven passar just nu mycket bra för B som skulle ”bli tokig av att bara gå hemma och inte få träffa folk”. Rent fysiskt är det också svårt att arbeta mer än korta stunder. Kontakten med Försäkringskassa, arbetsgivare och arbetskamrater har fungerat bra. Problemet för B ligger inte i första hand i sjukskrivningssituationen utan i hur arbetet fungerar och i de möjligheter som finns att välja ett annat arbete. B är ung och har ännu inte hittat en inriktning som passar. Arbetet är mycket monotont och det är svårt att se en framtid inom denna industri. B bor på en liten ort där det finns mycket få arbetstillfällen. Valmöjligheterna är begränsade så länge man bor kvar på orten. B:s sambo som är född i samhället kan inte tänka sig att flytta. I stället ska B:s mamma som är arbetslös och bor 80 mil bort flytta till dem. Att arbeta längre perioder är omöjligt på grund av värk. Upplevelsen av att var partiellt sjukskriven är positiv just nu, men hur blir det på längre sikt?

C – läkarsekreterare, 40+

Arbetar på ett sjukhus och är sjukskriven för psykiska problem.

Jag har arbetat på samma sjukhus i över 20 år. Det har ju förändrats så mycket sedan jag började. Då satt man ju mest och skrev maskin och hade en massa papper, men det har man ju i och för sig nu också. Men det var mycket lugnare tider då, man hade inte alls den stress som man har nu. Det var mer familjär stämning. Man hade sina läkare man skrev åt, arkiverade papper och så vidare. Vi hade ju tid då att sätta dom i mappar att sätta dom i arkiv, sortera och städa journalerna. Men sen så slogs vi ju ihop med urologen – jag jobbade ju på Gyn då. Samtidigt så blev det terminaler och datoriserat. Vi började skriva åt den klinikens läkare också. Det blev ett helt nytt jobb.

Nu har man en egen PC men trots det *har man ungefär dubbelt så mycket jobb*. Det är stressigt och man servar både läkare och sköterskor. Man skriver ut journalanteckningar på patienter efter varje läkarbesök, inläggningsjournal och utskrivning på patienter men också operationsanteckningar. Detta görs efter diktamen, eller efter handskrivna små anteckningar. Vi tar också rätt på posten, det är mycket med telefoner och vi faxar iväg. Sen har vi ju BB och förlossning och det är ju fortfarande på papper alltihopa, och då sätter vi bara diagnoser på förlossningen vad de har fått för behandling och vad de har gjort och skriver diagnos på barnet och sen ska det distribueras till alla mödravårdscentraler.

Vi servar sexton läkare och så sköterskor och ibland är det högar med telefonrecept som man skriver in. Det kan var patienter som ringer och vill ha ett recept och då ska läkaren skriva på. Det är vi som kollar att allt blir slutfört, att det blir satt diagnoser och att det blir rätt gjort. Det finns ju läkare, inte så många, men som glömmer att diktera operationer och så där. Vi skriver ju remisser och det ska ju tillfogas preparaten att det blir ordentligt gjort att det kommer upp på operation.

Så har vi var fjärde dag då vi går runt och tömmer diktat som tydligen är akuta. Detta gäller vårdavdelningen, akuten, cytostatikan och urolog-, käk- och öronavdelningen. Och så är det ju folk som begär kopior från olika kliniker och patienter som begär journalkopior, och så har jag en person nu, fast det är ju inte vanligt, men som vill att journalen skall förstöras. Då måste man ju göra det, eller någon som vill ha gamla kopior. Sedan är det en kvinna som har hand om allt med ekonomin. Det är fakturor på allt möjligt. Dessa arbetsuppgifter hade jag tidigare när jag var förste läkarsekreterare, men nu sen jag blev sjuk så vill jag inte ta på mig för mycket. Sen bokar man läkemedelsluncher. Det ska bokas bord osv.

Förut var det ju så viktigt att vi skulle ha pausgymnastik, att vi skulle sitta bra att vi skulle ha bra stolar så vi inte skulle få arbetsskador och så där. Det var på den tiden det var lite lugnare. Arbetsbelastningen var lite ojämn vissa tider var det mycket och andra tider var det nästan inget alls. Men som nu så har allting fallit. Nu är man inte mån om detta längre utan huvudsaken är att vi jobbar och att vi jobbar jättemycket. Det är mera robotaktigt. Helst ska man skriva och skriva och skriva tills man går hem. De har varit så här de sista fem åren, sedan vi slogs ihop med urologen. Vi är nu 3,75 personer jämfört med 6 personer sedan tidigare med samma arbete.

Det här jobbet betyder en trygg inkomst, arbetskamrater och människokontakt. Men man utvecklas ju inte som människa, det har ju varit andra saker som gjort det. Självförtroendet är inte lätt att stärka i det här jobbet. Jag är sådan att går jag till exempel över till min avdelning så kan jag möta patienter på vägen och hjälpa dom till rätta. När jag skulle gå över till den andra avdelningen i dag för att tömma diktat så satt det en tant som sa ”*tror du man får nåt kaffe här*” och då sa jag det ska jag fixa och så fixade jag kaffe och hällde upp åt henne. Jag är väl lite

odisciplinerad. Det är väl det som har varit nu under min sjukskrivning att jag har lite svårt alltså att koncentrera mig. Jag har svårt att sitta flera timmar i sträck och stirra på en skärm.

Det jag tycker om med mitt arbete är när jag får gjort det jag har som mål (skratt) och det är ju när jag får lite variation på dagen och när det händer olika saker. När jag kan skriva åt olika doktorer. Jag tycker om att skriva maskin. Det har säkert att göra med att jag spelat piano. Jag tycker om när det flyter och när jag inte blir avbruten. Men jag tycker att människokontakten är viktig. Här på sjukhuset har man för en del kliniker organiserat det så att man kan sitta i patientkassa också om man är sekreterare, men det var man inte intresserad av på min avdelning tyvärr. Nackdelen med mitt arbete är att det blir lätt monotont. Man är ganska trött när man kommer hem. Jag har varit partiellt sjukskriven ett och ett halvt år och innan dess ett halvt år heltidssjukskriven. Min chef tog initiativ till sjukskrivningen.

Att jobba 75 % är mycket stressigare än om du jobbar heltid därför att på något sätt vill du försöka hinna lika mycket. Jobbar du heltid så kan du lägga upp din dag lite bättre. När jag kommer klockan tio så har ju min rumskompis redan hunnit skriva undan massor och då kan det ju hända att hon börjar prata med mig. Då kommer ju också andra och vill prata, till exempel hon med posten. Ja det kan ju ta en timme, och sen kommer dom och frågar om jag ska med på lunch och så börjar det bli så där rörigt. Jag får ju inte den arbetsron då. Jag känner att det blir ju lite konstigt. Då ska jag ju egentligen börja jobba.

Jag har ju som känt genom att jag stiger upp vid sju, halv åtta att jag efter att jag börjat jobba och kommer hem så sent att jag nästan jobbar heltid. Men det har ändå varit skönt. Jag har ju en stor del av mitt liv stigit upp fem på morgonen så jag har ju lidit av en enorm sömnbrist. Samtidigt kan man ju känna det när dom säger nu är vi ju bara 3, 75... och detta gäller även de som har barn – att man har som en del i att det blivit så stressigt på jobbet. Även om det inte är elakt menat så känner man ju detta. Och så kan man ju känna att man missar en massa genom att man inte hinner höra vad de pratar om på morgonen. Jag har känt mig lite utanför. Från början höll dom väl inte reda på mina tider eller min situation så de kunde skoja och säga ”är det dags att komma nu va”, men sedan är det ingen som har brytt sig. Jag jobbar ju sen till fem när de andra gått hem. Men jag känner inte som någon har särbehandlat mig direkt – sen vad de tänker det vet jag inte.

Jag är sjukskriven för psykiska problem (ångest, depression) så det syns ju inte det jag är sjukskriven för – Folk kan tänka att det är väl inget fel på mig. Jag tog upp det med min chef men hon rådde mig att inte försöka tala med mina arbetskamrater. Hon trodde inte det skulle kunna gå att påverka dem. Jag har haft det där kravet på mig att jag skall hinna lika mycket som dom andra, även om dom säger att jag inte behöver. Jag har känt en press på mig. Nu är det ju så här att jag är inne i en sån dålig period att nu har jag varit vaken sen klockan tre för att jag inte kan sova. Jag har nå'n sorts oro, ångest eller stress som gör att jag inte kan sova eller vaknar tidigt, och det gör att jag är vaken så tidigt så jag blir ju trött och det blir en ond cirkel. Jag kanske har lite svårare att jobba, jag har lite svårare att koncentrera mig och då stannar jag kvar lite extra på jobbet och så kommer jag hem sent och så vaknar jag tidigt, och det gör att jag är vaken så tidigt så jag blir ju trött och det blir en ond cirkel. Om det var så att man var i en normal rytm så jobbar man lugnt och åker hem när man ska och sen tänker man inte på jobbet utan lämnar det bakom sig.

Det ingår ju också i min sjukdomsbild att jag kan ha lite svårt att koncentrera mig, eller så har jag svårt för det monotona arbetet. Men får jag vara i fred och kommer igång och skriver så går ju det himla bra men blir jag störd som att det hela tiden kommer folk och knackar på då är det jobbigt.

Det vore ju bra att få sitta ensam men vi fick vara glada att vi överhuvudtaget fick ett rum. Jag måste ju ändå säga att jag sitter ju bredvid en som är en riktig arbetsmyra. Hon stör mig inte utan det är de som kommer och knackar på som stör. Jag vill ju på något sätt försöka bli mera koncentrerad, ja göra något åt det.

Men så kan man ju känna – hur mycket hänsyn skall det tas till mig. Det finns ju faktiskt de som är sjukare än jag. Det finns en som har elallergi och det finns en som har en muskelsjukdom som sitter för sig själv på egna rum. Jag har ju också väldigt svårt att säga till folk att nu måste jag jobba. Jag har ju svårt att stöta mig med folk, jag har svårt att säga nej och jag tycker synd om människor, jag ska bry mig om, osv. Jag inbjuder nog gärna till att folk kommer och prata. Jag har lite där att brottas med mig själv.

Min sambo lagade mat till mig hela tiden när jag var mycket sjuk – det var en hel vår då jag inte ville gå ut. De som är mina riktiga vänner ställde upp för mig och behandlade mig som de alltid gjort. De förstod mig. Men sen finns det ju människor som inte har någon förståelse för att man är psykiskt sjuk, till exempel grannar vid sommarstugan som säger: ”jobbar du 75 % fortfarande, ska du inte börja jobba heltid?” Jag känner det som jag måste försvara mig. Så är det inte med mina vänner. Många har öppnat sig för mig och berättat att de har liknande problem.

Jag behöver ju egentligen aldrig laga mat, men däremot är jag ju en sån där som alltid måste ha städad undan på diskbänken innan jag går och lägger mig. Och jag plockar och plockar för vi bor ganska trångt, men jag städar egentligen inte på vardagar för jag känner inte att jag orkar. Men jag kan tvätta på kvällarna och på helgerna kan jag ju göra en liten insats. Jag har ju varit sån att oavsett väder så hade jag bestämt att jag skulle göra något hemma så skulle jag genomföra det.

Det var som ett tvång. Ibland kan min sambo säga till mig ”min bror/syster hinner det och det trots att de jobbar heltid och går upp klockan fyra kan de kan komma hem och dammsuga eller plantera om alla blommorna.” Men det är bara det att de har inga intressen. De läser inte, till exempel. Jag har så mycket jag vill göra. Jag vill se på nyheterna. Jag vill skriva brev eller hålla på med kort. Jag tycker liksom att det går inte att jämföra.

Men alltså sen är det så här att ibland kommer jag ju hem och får vara kurator en timme, den tid jag skulle kunna göra hushållsarbete. Och det är tungt och det är tjatigt. Ibland blir jag bara tokig av att bo i två rum. Ibland kan jag bli psykiskt trött av att bara komma hem. Ibland när jag går direkt iväg på bio eller teater och då jag känner att jag kan prata om ditt och datt och kan få vara mig själv då mår jag mycket bättre. Det har ju också med min sjukdom att göra att jag tagit på mig mycket tungt. Det finns väl kvällar när jag haft det skönt också men jag känner ju det att jag lever ju inte i nå'n harmoni utan egentligen lever jag i ett privatliv som jag inte vet riktigt vad jag ska göra med.

Vi har inte kunnat få barn och det har alltid funnit som en längtan hos mig och då kan man gå och hänga upp sig på det och det är jobbigt särskilt nu när min syster fått barn. Min sambo tycker inte man ska skaffa barn om man är arbetslös och går bara och hakar upp sig på vad det kostar och då är man ju inte intresserad. Jag har ju också andra tunga saker. För fem sex år sedan så hade jag ju min mamma och pappa och min syster här i min närhet och nu helt plötsligt är jag ensam här, och jag känner mig ensam. Terapin är ju jättebra men det är ju någonting jag måste göra som jag inte har gjort. Någonting jag måste ta itu med inuti mig själv för att bli fri från det här som oroar mig som jag mår dåligt av. Det är säkert mycket som sitter i detta när det gäller den ångest som jag har på morgnarna, att jag är ledsen för att mitt liv inte blev som jag tänkt och så där och vetskapen att jag kanske skulle kunna haft barn om jag inte

levt tillsammans med min sambo kan ju göra mig tokig. Men då så slår jag bort det och då brukar det gå ganska bra.

Kommentar och tolkning

C:s upplevelse av sin partiella sjukskrivning beror mycket på möjligheterna att anpassa de nya tiderna till arbetskamraterna. När C börjar jobba stör både arbetskamrater och chef genom att komma in och prata. Samtidigt har C själv svårt att säga ifrån och att sätta gränser för kontakter. I den diagnos som C har fått ingår också koncentrationssvårigheter som ett symptom. Kontakten med försäkringskassan har fungerat tillfredställande. Chefen som föreslagit partiell sjukskrivning verkar inte följa upp vad som händer och ”tycker inte att det är någon idé att tala med arbetskamraterna om situationen.” C känner krav att arbeta nästan lika mycket som tidigare på grund av stressen på arbetsplatsen. Att något skulle kunna göras åt tidspressen kommer aldrig upp till diskussion. Att samma arbete skall genomföras med två personer mindre än tidigare innebär nya förutsättningar och ännu mer stress. C talar dock enbart om att jobba med sig själv för att förbättra sin situation. Hemma har C sänkt kraven på hushållsarbetet, men känner en tung börda på sina axlar i att ställa upp på sambons behov en av ”kurator.” Kontakten med försäkringskassan har fungerat bra.

Vad är egentligen C:s problem i sjukskrivningssituationen? Är det valet mellan partiell sjukskrivning och heltidssjukskrivning som är viktigt? Skulle situationen se annorlunda ut om C kunde säga ifrån? Är det chefen som inte tar tillräckligt ansvar och följer upp hur det går med rehabiliteringen? Och vad gör Försäkringskassan i sammanhanget? Är problemen i privatlivet så tunga att de färgar av sig på jobbet, eller gör det monotona arbetet att C inte får ordning på situationen? Och skulle situationen se annorlunda ut om C hade ett eget arbetsrum?

C har det som partiellt sjukskriven ganska jobbigt: blir ”störd” både på arbetet och hemma. Att vara partiellt sjukskriven har både för- och nackdelar. På grund av sjukdomen är det positivt att arbeta 75 %, livet blir lite lugnare på det sättet. I längden upplever dock C krav från omgivningen som verkar ha svårt att förstå att sjukskrivningen kan fortsätta under flera månader.

D – telefonist, 50+

Arbetar i en liten stad och är sjukskriven för olika förslitningsskador och symptom. Nu har jag jobbat i 21 år och de första tio åren satt vi med handmikrofon. Förutom den här svaga nacken som jag har så fick jag ju sitta lite snett. Förbättringar som kommit i arbetsmiljön kom för sent för mig. Vi hade ett standardbord till alla, till exempel headset har ju funnits länge det fanns ju när jag jobbade på televerket, men det var väl inte så populärt hos alla, det förstörde ju frisyren för en del. Sen var det ju så att man får ju vara väldigt många år på det här stället innan man får någon tjänst och då är man ju ”bara vikarie” och inte ställer man då några krav inte. Det är mycket sånt som spelar in.

Jag har värk i brösttryggen, det är en kotförskjutning. Det är som en ständig muskelinflammation, och jag har också en skolios. Det är ju förslitning. Det som är problematiskt är ju att jag inte kan bära. Om jag bär kan jag förbereda mig på ett par dagars sängläge. Det är viktigt för mig med rörelse för att sitta still det går ju inte, det tror jag inte är bra för någon.

Det som har varit värst i min situation som sjukskriven har ju varit arbetsledningen. Där har man ju fått pikar som ”Det finns ju sjukdomar som heter L-A-T.” Tidigare för 3-4 år sedan så fanns det en annan kvinna på mitt jobb som hade liknande problem som jag. Hon hade arbetsprövat på flera olika ställen så vi visste väl inte om hon skulle vara kvar hos oss. Och då satt jag där med liknande problem när vår arbetsledare kom in och sa: ”nu är hon

sjukskriven igen, det är klart nog skulle vi också kunna gå till doktorn och klaga och få sjukskrivning.” Hon tyckte ju inte det var något fel på henne. Och jag kände mig ju direkt pikad då eftersom jag sitter där och också är deltidssjukskriven. Om en anställd har ett sjukintyg som visar att hon är sjuk då ska inte en arbetsledare gå ut bland de andra anställda och ha en åsikt.

Vi har en väldigt dålig stämning på jobbet. När man kommer dit så känner man att ”är chefen här i dag”. Man känner när hon är där. Hon är ju mycket på andra ställen på grund av omorganisation. Hon har väldigt goda kvaliteter också, hon är väldigt duktig rent tekniskt, men snäsig. Men jag anser att man ska inte ta på sig ett arbetsledaransvar om man inte har utbildning för det. Eller man får skaffa sig det om man kommer i den positionen. Vår arbetsledare är inte frisk. Hon har högt blodtryck och hon har en massa olika krämpor och allergier och allting, men då måste man ju göra något åt det. Det är ju inte meningen att en hel personalgrupp ska behöva lida för det då måste hon ju söka hjälp för sina krämpor. Det har varit ett uppträde här mellan henne och mig och efter det så sjukskrev hon sig. Då var det ju flera höga chefer inblandade också. Jag är väl i grunden väldigt konfliktradd. Jag har väl aldrig velat ställa till bråk men nu kom jag direkt in i det.

Försäkringskassan hade då sagt ifrån att jag inte skulle jobba mer än fyra timmar i växeln per dag. Jag skulle ha annan sysselsättning, så jag arbetsprövade med några andra arbetsuppgifter. Men då är det ju det här revirtänkandet och att det blev ett annat kostnadsställe. Då satt jag mina fyra timmar i växeln och sen var jag två timmar ute i centralhallen och då fick man ju också hela tiden höra att nu ska dom upp med börsen. Jag var ju borta i två timmar och det skulle dom ju ta ut från sin kassa. Man kostar ju och belastar dom de här timmarna. Det gick ju inte att hitta någon ekonomisk lösning på det där så de tvingade ju tillbaka mig till växeln sex timmar om dagen. De skulle väl försöka hitta någonting annat. Det var då aktuellt att sätta in korttelefoner men snabbt insåg ledningen att det går ju inte att ha korttelefoner för det är väldigt dyrt att ringa till dom så då beslöts det att vi skulle köpa in sådana där myntautomater och då skulle jag få sköta om och tömma dom. Och det här började vi med, och det var ju nytt. Det tog ju ett tag att komma in i en viss tur. Efter vilket system skulle man tömma och var behovet var att tömma den oftare. Det skulle ju läsas av en mätare och det skulle räknas och redovisas.

Egentligen var ju tanken att jag också skulle ha ett annat arbete två timmar om dagen för det där tog ju aldrig två timmar om dagen. Plötsligt fick jag en kallelse från föreståndaren och extraföreståndaren att jag skulle komma dit på ett sammanträde angående mitt extraarbete och då började dom säga att jag var borta så länge. Det tog så lång tid det där. Och det var ju bara ren lögn, jag hade ju aldrig varit borta mer än 30–40 minuter för att tömma. Jag var ju bara och tömde. Och sen var det ju i ett uppbyggnadsskede. Och de började beskylla mig. Jag skulle ju få gå och hämta pengar men sen skulle jag lämna ifrån mig dom. Ja sa aldrig i livet. Jag hämtar inga pengar om jag inte får redovisa, får räkna att det stämmer. Ingen ska komma sen och säga att här fattas det eller nåt sånt där. Jag kände liksom som om det var droppen. Dom hade ju gått och surat. Jag sa att ni får sköta det där själv, ska jag tömma så ska jag redovisa också och det blev ett himla liv.

Det är det värsta jag kan få på mig, det är om någon misstänker något om det rent ekonomiska. Där är jag fruktansvärt noggrann. Men de sa det ju inget direkt. Jag ringde i alla fall till högste chefen och sa att jag har hört att man anser att jag är för länge borta när jag ska tömma automaterna. Ja då skulle vi i alla fall ha en träff kring det. Hon skulle komma upp dagen efter och så skulle vi träffas hon och jag och några chefer. Nu ligger ju det här en bit

tillbaka i tiden. Det var en fredag och hur det nu var i alla fall så blev det ju en livlig diskussion och den här högste chefen hon förstod liksom ingenting vad det bråkades om egentligen, så jag tog upp det när hon var där. Och hur tror du det känns för mig sa jag till min chef när du går in i arbetsrummet och ondgör dig över att det finns sjukdomar som innebär att folk är lata. Jag tyckte det var så bra eftersom högste chefen var där. Ja men det var inte dig jag menade sa min chef. Jag kände då att det blev ju upprivet och det blev väl tårar och jag var arg. Jag tänkte nej hit ska man ju inte gå tillbaka men så kände jag ju samtidigt, att jag har ju inte gjort något.

Dagen efter så började jag klockan sju på morgonen och då kom inte min chef och sen framåt dagen så fick jag höra att hon ju var så förkyld. Men hon hade ju blivit sjukskriven då. Det var ju så mycket lögn i det där. Hon hade ju blivit sjukskriven i en vecka. Det är ju så genomskinligt alltihopa, för det första är det ju ingen läkare som sjukskriver en vecka för förkylning. Men jag tror ju att hon fick sig en tankeställare i alla fall. Så lite tog det väl.

Det fanns en annan kvinna som var anställd som hade halvtidspension som var reumatiker och de ville att vi skulle dela en tjänst och att vi skulle jobba varannan vecka. Men man får ju inte göra så när man är sjukskriven, utan bara när man har sjukpensionering så då frågade jag min läkare på Previa hur det skulle fungera. Jag sover ju så dåligt. Jag provar nu att arbeta hela dagar och jag är ju helt slut men det blir inte fem dagar i sträck utan det blir en onsdag, torsdag, fredag och sen en helg och måndag, tisdag. Nu har jag haft det så här några månader. Han på Previa tyckte ju att jag skulle prova. Det kan ibland vara positivt speciellt när man har de här sömnproblemen som jag har. Så jag tror att det kanske är bra, men vi får väl se. Vi ska väl utvärdera. Det verkar positivt men man vet ju inte efter ett tag.

Nu ska vi ju få nya lokaler också. Vi ville ha kablar från taket, men det skulle bli en fördyrning på 9 000 kr så det ville de inte ställa upp med. Allting som vi föreslår och alla förbättringar det blir ingenting. Vi ville sitta så vi kunde se varandra. Först skulle de göra som vi ville men sedan ändrade de sig. Vi hade kunnat hårda det hela och begära facklig förhandling. Vi skall sitta på ett annat ställe än där verksamheten bedrivs. Det blir opraktiskt. Allting som vi begär blir bara kalla handen. De frågar aldrig oss. Det har inte hänt någonting. Man ska ju vara så rysligt tacksam att man har ett jobb så när man inte trivs får man dåligt samvete.

När det gäller mina barn är de ju vuxna nu men jag har ju fått ett annat problem genom att min sambo blivit sjuk och har en godkänd behandlingsskada. Det var en nerv som blev sönderskuren under en bukoperation och det gör att man går ner mycket i vikt. Det har blivit en väldigt tjock pärm med detta ärende. Man ska stå upp mot myndigheterna. Det blev inte sjukpension, men nu ligger ärendet hos kammarrätten. Att uppskatta tiden man lägger ner på hushållsarbete är svårt men som förälder är det ju alltid så att man tankemässigt är engagerad, man håller reda på tider, datum osv. Nu är ju våra barn stora men genom att min sambo varit sjuk så har det ju varit mycket med det. Vänner och grannar har varit mycket hjälpsamma.

Telefonistjobbet är fruktansvärt stressigt. Folk känner inte till heller vilken belastning vi har. Och så ska man var vänlig också när man har 27 stycken på kö. Det är dålig information mellan de anställda och växeln. Vi kan få veta efter en vecka att någon har varit på semester. Vi bör ju ha uppgifter som vi kan vidarebefordra. Vi har ungefär 550 anrop per person. Det är för mycket arbete och för lite stimulering. Jag hade gjort schema som jag gjort tidigare till oss personal men då kommer chefen och säger att jag inte skall göra det.

Nu orkar jag lite mer med hem och familj. Hade jag varit ung hade jag velat bli snickare. Jag hjälper grabben med sommarstugan. *Problemet med min återgång på 25 % var att det inte fanns någon sysselsättning för mig i samma kostnadsläge.* Att jobba fyra timmar per dag då är hela dagen

borta liksom, men jag hade inte orkat annat. Nu jobbar jag varannan vecka och delar med en annan som jag talade om”.

Det måste vara mycket lättare för kvinnor att var deltidssjukskrivna genom att man tar på sig hemarbete då hinner man med det också. Å andra sidan återverkar det ju negativt på pensionen som skall räknas på hela livsinkomsten.

Nog är det besvärligt mellan varven. Det känns som en metkrok som har hakat fast bak i nacken en sån där hulling som river – men det syns ju inte utanpå samtidigt känns det som man har en hel myrstack i musklerna. Jag äter så lite smärtstillande som möjligt för jag har en sån inställning. Jag är 54 år. Man ska ju orka leva utanför arbetet man måste ju ha ett privatliv. Man kan ju inte ge hela sitt liv till arbetet.

Om du tittar på vad som varit positivt och negativt från -94 till i år, då hade det varit förödande om man inte fått någon sjukskrivning. Men man har nog inte heller lyssnat på sin egen kropp. Man har vaknat och inte känt att man orkat men då har man tänkt att det går ut över de andra. På grund av att jag har både whiplash och förslitning så kan man inte göra så mycket åt det. Det har ju kommit så långt efter. Jag sjukskrev mig ju inte från början och det kom ju långt efteråt den smärtan jag har nu. Det är svullet och inflammerat. Jag har koncentrationssvårigheter och synrubbingar. Jag måste acceptera mina begränsningar. Jag vill ju gärna lyfta upp mitt barnbarn men då måste jag hejda mig. Det är ju tur att det finns möjligheter. Man får ju lite panik när man inte orkar. En del kan absolut inte vara hemma. Jag däremot får nästan dåligt samvete för jag trivs hemma.

Kommentar och tolkning

Den partiella sjukskrivningen fungerade inte bra för D. Det var svårt för arbetsgivaren att hitta en sysselsättning i samma löneläge och dessutom upplevde D sig mycket illa behandlad av sin chef.

D beskriver att de har en mycket dålig stämning på jobbet och att man inte tar hänsyn till de anställdas behov och önskemål. D anser sig inte heller i tillräckligt hög grad ha lyssnat på sin kropp. Den partiella sjukskrivningsperioden innehåller kränkningar från arbetsledning och ett ifrågasättande av hur D skött sina nya arbetsuppgifter. Kontakten med Försäkringskassan har varit neutral. Det stora problemet var uppenbarligen att hitta en lämplig sysselsättning till D på arbetsplatsen. D:s upplevelse påverkas av en dålig psykosocial miljö och en ännu sämre fungerande arbetsorganisation.

E – postkassör, 50+

Är sjukskriven på grund av en trafikolycka.

Jag tycker det fungerar bra att vara partiellt sjukskriven genom att jag jobbar 6 timmar per dag. Kan hålla mig underrättad om vad som händer, det är nyheter nästan varje dag och det skulle vara svårt att hänga med om man är borta mycket. Är sjukskriven 25 % efter en bilolycka då jag ådrog mig en whiplashskada. Brukar gå till jobbet i god tid så jag hinner prata med mina kollegor som har fikarast, arbetstempot ökar hela tiden och det finns sällan tid att annars prata med varandra.

Jag har testat att jobba heltid, 75 % och 50 %. Har funnit att 75 % klarar jag med stark vilja och ibland tjurighet. Vill vara igång så mycket det bara går. Det blir hemmet som blir lidande och tyvärr är min sambo än värre skadad så vi måste ha mycket hjälp, tur att det finns släkt och vänner som hjälper. Försöker att promenera varje dag det är rena medicinen för min kropp. Man får lära sig att prioritera och försöka att se det positiva, brukar tänka att jag lika gärna kunnat vara död, tre totalkvaddade bilar och alla överlevde.

Vissa dagar är det ju problem men då är det vila som gäller när jag kommer hem för att jag orkar inte göra något helt enkelt. Min sambo är ännu värre skadad än jag så jag får göra det mesta hemma. Jag måste hjälpa till i situationer som innebär att man behöva bära. Nu gör jag mer än vad jag har gjort tidigare för tillståndet har blivit sämre. Det enda jag inte gör på jobbet jämfört med tidigare är att jag inte håller på med tunga paket. Det klarar jag inte. Men det har vi löst så bra att vi har självbetjäning numera, så att kunderna själva bär och kånkar på sina paket. Halva min tid jobbar jag numera med administrativa saker. Jag vet inte om jag skulle orka sitta i kassan hela den tid som jag är här. Jag känner om jag sitter i kassan att jag har mycket, mycket mera värk, för det är mycket mera vridningar från datorn till skrivaren till exempel. Hela tiden går huvudet som på en uv och det är ju inte bra speciellt för mig.

När det gäller mina arbetskamrater så är det mest bland brevbärarna som man märker fler sjukskrivningar. Sen är det många som klagar att man har ont och ont, men man kämpar på och försöker orka jobba. Jag tror vi är ett kämpande släkte vi postkassörer. Vi är inte hemma i första stund. Det dröjde länge innan jag märkte att det här går inte. Jag tror inte vi känner efter så mycket. Sen tror jag det har med ekonomin att göra. Många ensamstående kanske inte har råd att vara sjuka helt enkelt och då kämpar man ju ännu mera. Det är ju Försäkringskassan som kräver en rehabiliteringsplan men eftersom dom visste att det inte gick att göra något åt mig så har dom inte krävt någon sådan. Dom har ju haft hand om mig och de vet precis varför jag är sjuk.

Det bemötande som jag har fått under tiden jag har varit sjukskriven har varit fantastiskt. Jag har haft en bra läkare och en bra handläggare på Försäkringskassan och bra arbetsgivare. En fin kombination. Försäkringskassa och läkare har samarbetat. Det är ju känsligt och det är ju jobbigt i en sådan här situation när man är dålig så det är ju tur att det har fungerat så bra. Jag har jobbat på samma jobb i 30 år och det innebär ju att vi känner varandra mycket väl och vi ser på varandra om vi inte mår bra. Vi har ju ett roligt jobb som ju tyvärr är på väg att försvinna där man träffar mycket människor och ingen dag är den andra lik. Jag tror vi är ett särskilt folk som jobbar här, vi är väldigt service-minded. Sedan slipper vi ju numera lyfta paket och så har vi höj och sänkbara diskar. Det är väldigt viktigt i arbetet så på det sättet har vi en bra arbetsmiljö.

När det gäller stressen på min arbetsplats så tycker jag att det var värre förr. När vi inte hade kösystem då såg man aldrig slutet på köerna. Däremot har det väl blivit stressigare på ett annat sätt, vi har ju mycket mera att vara uppmärksamma på till exempel förfalskningar. Man måste vara mycket mer uppmärksam på vilken kund man har framför sig. Man måste vara mycket mera skärpt. Det är en annan sorts stress i dag. Kunderna kanske är stressigare, dom kräver mera men själva arbetet – kassauppgörelsen – går ju mycket lättare i dag. Vi har ju så mycket hjälpmedel så efterarbetet går ju mycket enklare. Men det är som jag upplever det. Någon annan kanske ser det på ett annat sätt. Jag gillar ju nya hjälpmedel och ny teknik. Jag har ju alltid välkomnat det. Jag har fått många bra förslag från läkare och sjukgymnast som jag har provat, till exempel akupunktur, sjukgymnastik, stretchningar plus att man får ett träningsprogram som man får vid sidan om. Och jag har provat simma. Jag har ju måst pröva själv vad jag klarar av. Man måste ju se vad man klarar själv. Jag har varit mycket aktiv själv. Jag har verkligen provat olika saker och det har varit bra kommunikation.

Med Försäkringskassan har jag inte haft så mycket kontakt, men det som varit har varit bra. Det var en person i samma ålder som förstod vad man pratade om, det var så enkelt – det var inget märkvärdigt. Jag har haft en kvinnlig läkare som också visade stor förståelse för både jobbet och privat.

Kommentar och tolkning

Varför fungerade allting i rehabiliteringsprocessen så bra för E? En bra chef, handläggare och läkare, vilka dessutom kommunicerade med varandra, är några faktorer som medverkat till detta. Man kan fråga sig vad en ”bra” chef, handläggare och läkare egentligen är. E:s definition på detta var: att känna sin chef, att läkaren var en duktig specialist och att handläggaren var någon som ”förstod vad E tog upp och pratade om.” E har varit mycket aktiv själv och intalat sig att ta vara på det positiva i situationen. E:s upplevelse av sin partiella sjukskrivning är mycket influerad av den egna positiva inställningen som tillsammans med andra goda faktorer samverkar till en bra helhetsupplevelse.

F – egen företagare, 40+

Bor på en liten ort och är sjukskriven på grund av en ryggskada.

Jag sitter som en liten kugge mellan läkaren och Försäkringskassan. Läkaren ville att jag skulle gå på en lång rehabiliteringsplan men det ville ju inte Försäkringskassan. Jag är en sådan person som arbetat jättemycket och jag har nästan aldrig varit sjukskriven och då gör ju det att jag nästan inte kan sitta still. Det känns som jag hamnat i ett vakuum och dessutom skall jag acceptera att jag har fått det här problemet. Jag ramlade ju ner från ett busstak och slog sönder tolfte bröstkotan och sen fick jag ju nån’ting i nacken femte, sjätte kotan. Dom vet inte exakt vad det är men ungefär som en whiplashskada. Olyckan hände på jobbet.

Vad som har hänt därefter är ju att jag har domningar i höger ben och höger arm och det kan komma när som helst. Gripeffekten fungerar inte riktigt. Vi har fått byta ut en massa porslin. Då ska jag vänja mig vid att använda vänster arm mer. Det är ju en omställning mentalt också. Jag måste ha viljan. Ibland har jag ju så mycket värk, yrsel och illamående. Jag har gjort förnyade röntgenundersökningar av nacke och huvud. Mina symtom har jag hela tiden mer eller mindre. Just nu har jag nästan ingen känsel alls i höger arm och höger ben. Min läkare som är specialist är fantastiskt bra. Han har gett mig all information som han har. Ju längre tiden går desto svårare är det att jag skall bli återställd, men med vissa bitar kan det vara tvärtom.

Den behandling jag får är sjukgymnastik som fungerar bra, akupunktur, som det blev värre av, och så värktabletter. Promenera är också bra. Jag hade hoppats få åka på behandlingshem som Försäkringskassan har, men de ändrade det.

När det gäller vårt företag så har jag förändrat mina arbetsuppgifter till en kompromiss i företaget där jag har tagit på mig mer administrativa uppgifter och ansvarsuppgifter – men jag kan inte ta på mig mer rent tidsmässigt. Men då är fråga om vad som händer. Går jag ner på halvtid igen så är ju det också en ekonomisk sak. Det är jättestora frågor för mig. Jag kan inte jobba på det viset som tidigare, inte med kroppen. Jag tar ju nu upp en plats som inte ger några pengar egentligen. Nu har vi ju en ersättare för mig.

Först var jag heltidssjukskriven sedan blev jag partiellt sjukskriven. Nu har jag jobbat heltid två månader. Som partiellt sjukskriven jobbade jag med marknadsbiten i företaget och det administrativa. Kundkontakt, datorhantering, planering. Vi tillverkar filter. Vi är ett mindre företag och bland oss anställda är det två stycken som arbetar med tillverkning. Det är en uppfinning som jag har gjort och som jag är ensam i hela världen om, en sorts ”sandwichkonstruktion” med betydligt större reningseffekt än som finns på marknaden i dag. Det har tagit mig ca sju år att ta fram. Jag är delägare i vårt företag. Jag kan inte vara med i produktionsbiten och följa upp som jag tidigare gjort. Jag leder och fördelar mer av arbetet istället. Det är mer stressigt nu. Jag måste ju lära om.

Jag skulle vilja hålla på mer med produktutveckling. Jag känner som jag inte ger tillräckligt och då är man mer som en parasit. Vi är ett aktiebolag med en styrelse och vi är ju vinstdrivande. Jag känner press från styrelsen. Om vi sitter och diskuterar får jag den känslan att jag bara sitter och uppbär en lön. Jag är en bricka i ett spel. Jag måste vara mycket aktiv för att få reda på något över huvud taget. Om det ska skapas en annan typ av tjänst, då är ju det något som ligger utanför och man blir en belastning. Kan företaget växa är det enklare.

Mitt problem i min situation är att min läkare och försäkringskassan inte pratar med varandra. Det skulle behövas. Det går inte att gå efter paragrafer man måste föra en dialog så de kan resonera sig fram kring det fall jag är – för jag är ett fall. Jag är fortfarande aktiv och betalar skatt och då kräver jag att de ska föra en dialog med företaget. Jag vet inte varför de inte har denna dialog. Det bästa vore ju att vi kunde sätta oss ner alla tre parter och resonera. Vi har upprättat en rehabplan vad jag kan tänkas klara av. Jag tror att det vore ett bra komplement att läkaren tittade på planen. Jag har föreslagit ett möte men det var inte aktuellt.

Mitt första intryck av Försäkringskassan var att jag blev sjukskriven i januari och i maj frågade de om jag skulle ut och jobba och då gick jag fortfarande med stödkrage runt kroppen. Jag kände mig mycket kränkt. Det kändes som att de inte satt sig in i mitt ärende och jag tog upp det men fick bara bortförklaringar till svar. Jag sa till Försäkringskassans tjänsteman att du kan ju inte mena att jag ska gå på ett jobb med en stödkrage runt kroppen. När hela mitt tillstånd är så osäkert så känns det så enormt kränkande att få den uppmaningen att börja jobba. Man måste informera sig mycket bättre så att man inte kränker de som är sjukskrivna.

Vi anställde en kille som skulle ta över mina uppgifter och då skulle jag introducera honom. Vid ett tillfälle åkte jag bil med honom. Han körde och jag låg bredvid. Då hade Försäkringskassan fått veta detta och då ringde hon och sa att jag jobbade. Men snälla sa jag hur kan du säga att jag jobbar, ta reda på vad det här är. Sådana här påhopp har det varit hela tiden. Det beror också på att det är en skada som inte syns. Jag går i en grupp som har whiplashskador och de har samma problem. Man kan göra en hastig rörelse och gå emot något och då kommer smärtan helt nyckfullt kanske flera dagar efteråt. Rehabiliteringsplanen fungerar inte riktigt som vi tänkt oss. Jag orkar inte det jag trodde jag skulle kunna. Man är alltid optimist och tror att man skall klara mer än vad man klarar. Styrelsen har inte riktig förståelse för detta.

Genom att jag är en föregångare inom detta område som jag arbetar med så har jag fått erbjudande att forska. Vissa forskare har ringt från Stockholm och vill att jag ska ta sabbatsår och forska men då får ju styrelsen press på sig när det gäller personalsammansättningen. För mig däremot skulle det ju innebära drömmen. Då kan jag ju få jobba i det tempo som jag vill och på det sättet fått en ännu bättre rehabiliteringstid, men det vägrar dom. De förlorar mig även om det delvis kan komma företaget till godo men de ser det nog inte så. Ett affärsorienterat företag tänker bara ekonomiskt. Alla är bara brickor i spelet.

Det känns fel med denna inställning i affärslivet. Att sänka kostnaderna i dag är väldigt ofta att ta bort människor och därför är du en bricka i spelet – det är lättare än att rationalisera. Jag tror att den här utvecklingen med inriktning bara på ekonomi kommer att trissas upp ännu mer och det kommer att bli väldigt negativt för människorna. Reaktionen på den här utveckling är olika för olika personer. En del lägger sig bara ner medan andra känner att de måste göra något kreativt även i den här situationen. Men det är klart ibland går man ju in i väggen, men man måste, det är bara och se till att man kommer sig förbi den där väggen. Man måste vara lite tokig och jävligt tjurig för att kunna skapa. Det jag inte kan i dag är ju service- och reparationsarbeten. Gråzonen är att jag får uppgifter som jag inte har tid för.

Jag skall försöka ta upp det här igen med min forskning. På Karolinska i Stockholm som jobbar inom det här ämnet vill de att jag skall fortsätta med detta. Detta är en ljusglimt och ett hopp! Men försvinner jag från företaget då försvinner ju all teknisk expertis under en period. Den tekniska supporten innebär ju att man kan redogöra för hur det fungerar och där har jag blivit lite av guru inom området. Om ingen kan ta den biten då får jag ändå dubbel belastning. Jag vill ju inte riskera min hälsa så att jag skall bli sämre utan jag vill ju ha ett liv som kan bli någorlunda drägligt.

När det gäller hus hem och familj så har jag barn som är 18 år och en som är 11 år som får ta en stor bit. Första tiden när jag var som ett kolli då var det ju väldigt jobbigt för familjen. Man skickas ju hem väldigt snabbt från sjukhuset och sen fick ju min sambo hjälpa mig. Det har fungerat jättebra. Bemötande från andra människor. Vänner, bekanta och grannar har varit jättebra. Man har fått mer tid att var med hela familjen men jag arbetar inte med hemmet.

Kommentar och tolkning

F arbetar på ett mindre företag där alla är delägare. Konkurrensen med andra företag gör att den ekonomiska pressen är stark. Arbetssituationen i det lilla företaget är stressig och för F känns det som att ta upp en plats men inte tillföra något ekonomiskt. Styrelsen utövar en press som gör att F upplever sig som en parasit. En obehaglig upplevelse för F under sjukskrivningsperioden är känslan av att ha blivit kränkt av handläggaren på Försäkringskassan. Man har inte tillräckligt noga satt sig in i F:s ärende. Förslaget om partiell sjukskrivning kom alldeles för tidigt och man har också påstått att F arbetat under sjukskrivningsperioden. Den partiella sjukskrivningen har inte fungerat på ett bra sätt för F, vilket är mycket olyckligt eftersom F:s situation varit särskilt påfrestande på grund av svåra skador efter olyckan.

De ovissa konsekvenserna av skadorna i kombination med vad F upplever som företagets ensidiga ekonomiska vinstintresse och handläggarens okänsliga hantering av ärendet har gett upphov till en mycket negativ upplevelse av den partiella sjukskrivningssituationen. Upplevelsen av att ha blivit ifrågasatt och kränkt under sjukskrivningen har varit särskilt påfrestande för F.

G – trågere, 20+

Arbetar på en mindre ort och är sjukskriven för diskbrock på grund av fel lyft i arbetet. Jag arbetar på ett bageri. Jag ser till att degarna har rätt konsistens, att det är rätt innehåll och sen att vi bakar ut det och gräddar det. Jag har ju hand om första delen av bakningen. Vi kör fyra olika linjer och vi är två personer på varje linje. Vi har råvarufyllning och jästblandning lite vid sidan om. Vi växlar mellan olika uppgifter.

Jag har haft problem med nacken tidigare. Det började egentligen för sju år sedan. Jag har jobbat här i 10 år. Vi har kylrum här och troligtvis var det det som gjorde att jag fick problem i nacken med späningsvärk. Sen har jag haft problem från och till. Sen i höstas lyfte jag fel i oktober och jag fick ett diskbräck i halsryggen. Då var jag sjukskriven fram till april.

Det viktiga för mig är att få ett så drägligt liv som möjligt. Det har varit problem med att sova. Vänster arm har domnat bort. Det känns som en nerv som kommit i kläm. Genom att det sitter så högt upp så har det varit fråga om självläkning. Jag har gått hos sjukgymnast. Jag har varit sjukskriven 6 mån på heltid och sedan partiellt till maj. Därefter har jag börjat arbeta på heltid men det är tack vare mina arbetskamrater som det har fungerat så bra. Läkaren föreslog att jag skulle jobba heltid för han menade att de inte kunde hjälpa mig förrän de visste om jag kunde jobba heltid. Det jag har kritik mot våran företagsläkare det är ju att han inte har undersökt mig, vi har bara haft telefonkontakt. Men nu ska han sluta. Jag försökte få träffa

honom så gott som hela min sjuktid, men det gick inte. Det sägs att han har 700 patienter ensam så då kanske man kan förstå. Jag märkte ganska snabbt att det var för tungt att jobba heltid så jag ringde då, men han menade att jag skulle jobba längre (jag hade jobbat 2 veckor då). Efter det tog jag ingen mer kontakt jag kände att nu får det vara. Jag har även ”bråkat” med försäkringsbolag om att detta är en arbetsskada – men sedan orkar man inte mer.

Mina arbetskamrater har varit helt underbara. Efter att ha varit sängliggande ett halvt år var det väldigt bra att komma tillbaka på halvtid. De fyra första månaderna kunde jag varken sitta eller ligga. Jag fick halvligga för att komma i en ställning där det inte tryckte. *Det var de värsta månaderna i mitt liv kan jag ju säga.* Jag själv och facket tog initiativet till den partiella sjukskrivningen.

Jag kände mig mest i vägen på jobbet när jag kom tillbaka för det var ju mycket man inte kunde göra, men dom var ju så positiva de flesta men visst fanns det sådana som gnällde som trodde man simulerade – men det är ju sånt man får ta. De flesta visste nog hur jag hade det eftersom jag var och hälsade på så mycket. *Det bästa med halvtidssjukskrivningen var ju den sociala kontakten eftersom jag lever ensam.* Det var även skönt att röra på sig. Vad jag kunde göra som partiellt sjukskriven var ju övervakning och städning. Det jag inte kunde göra var ju lyften. Man arbetar allmänt sett på att det skall bli mindre lyft. Vi ska få flytande jäst till exempel. Nu får vi 600 kg på en pall som ska ner i 600 liter vatten en gång per skift. Vi får det i 25-30-kilos kartonger. Det är en påse inuti som vi ska hålla i nu. Städning av linjen ingår i våra arbetsuppgifter. Det blir mycket mjöl på golvet, det blir degspill då det jäser över. Det jobbet har vi rullande på oss själva.

Vi övervakar gräddning, returdeg och dosering av degar enligt datorn. De hade satt in en vikarie så jag var extra. Jobbet är monotont och lite tråkigt genom att arbetet är på löpande band, men jag har trivts bra. Arbetskamraterna är mycket positiva i olika åldrar med olika bakgrund – en bra mix. Genom att det är en liten ort så känner alla alla. Genom att jag jobbar i trägen så har jag mer ansvar, vilket är viktigt för trivseln.

Själv vill jag inte flytta härifrån, men jag har ju fått dom tankarna nu när jag gått hemma att det kanske är dags att söka sig härifrån för kroppen har tagit stryk av detta. Man har ju lyft fel. Jag fick själv bestämma vilka skift jag skulle jobba – arbetsledarna var snälla. Det kändes bra.

Kontakten med Försäkringskassan har varit okej men kort och mer formell. Någon rehabiliteringsplan upprättades inte för vår nya chef visste inte om att det skulle göras och jag visste själv inte om det. Men det uppdagades så nu skall det göras.

Attityden mot mig som sjukskriven har varit positiv, men det finns ju undantag. En del tycker att man är en simulant. Telefonen har ju aldrig varit så tyst som när jag gick hemma och jag är ju ensamstående så det märktes ju verkligen. Det som var positivt var ju att man fick möjlighet att tänka efter- tänka över sin livssituation. Just att man skulle gå vidare, kanske skulle studera något. Jag har ju varit här längst – nästan tio år – man har ju blivit som en institution och många kompisar har ju flyttat. Jag har pratat med arbetsgivaren om detta och han menar ju tillsammans med facket att jag skall ju inte hoppa av till någon utbildning än utan vänta och se om jag får detta klassat som en arbetsskada. Då står ju företaget för en utbildning. Denna positiva inställning beror säkert på att vi befinner oss på en liten ort. Det är deras egen överlevnad som gör att de uppträder så positivt.

Jag har också jobbat fackligt många år och det har alltid fungerat bra på detta företag. På många ställen är det ju inte så – så vi är nog bortskämda här. Det har alltid varit en kvinno-dominerad arbetsplats – men det har ändrat sig.

Jag har hus men min far har hjälpt mig med skottning och gräsklippning så jag har klarat mig ganska bra. Jag har inget omsorgsansvar. Jag har en mycket förstående far och mor. Mor har själv varit sjukskriven så hon vet hur det är så hon har hjälpt mig med tvätt osv. Vi har fått arbetsuppgifter som vi inte tidigare haft för att lageransvariga har tidigare fyllt på deg, men nu har de fått mer att göra och istället för att anställa en ytterligare så har vi fått överta detta. Likaså var vi tidigare tio trågar nu är vi bara åtta. Vi har mer jobb på mindre antal människor. I detta avseende är detta företag inte bättre än andra. Vi har agerat i facket och fått igenom ett specifikt tillägg. Jag har inte varit inblandad i det – men man kan fråga sig vad det ger. Det kanske blir dyrare för företaget i slutändan om folk blir sjuka av stressen.

Företagarna tänker ju mer på att tjäna pengar än vi gör. Förändringarna i arbetslivet som jag ser det är svårt att beskriva. Det var ju mer jobb förr men vi var ju också mer folk. Vi handräknade ju kakor till exempel. Nu sker ju detta maskinellt. På ett sätt har det blivit bättre men samtidigt drar de ju in folk. De försöker ju hela tiden trimma så man ska kunna klara mer och mer per driftstimme. Vi har nästan fördubblat antalet kakor i minuten om jag jämför med när jag började jobba. Det är en stor ökning. Det är mycket konkurrens söderifrån men det går bra för den här fabriken. Kilopriset har ju gått ner och så har de börjat med export. Frågan är om de skall bygga en ny fabrik. Försäljarna är väldigt duktiga. Det här företaget går med mycket god vinst. Varför det här företaget går så bra beror på bra produkter.

Jag oroar mig för att vi på golvet får mindre och mindre att säga till om. Besparingar och indragningar kommer att göra att den goda stämningen försvinner. Det är skillnad mellan ledningen och vi som jobbar här inne. Vi är ju här hela dygnet. De är ju bara här på dagtid. Men jämförelsevis har vi det bra här. På det här företaget tycker dom det är bra att vi arbetar här länge, de värderar detta. Vi har jämställdhetsombud och både manliga och kvinnliga chefer och det motverkar en del av stressen.

Partiell sjukskrivning har fungerat mycket bra just ur social synvinkel. Men det ska vara lagom mycket deltidssjukskrivning.

Min dröm sen jag var liten är konstnärlig. Jag spelar keyboard och gitarr och var med i ett band tidigare. Jag ritar och målar och tecknar men det är ju svårt att försörja sig på. Jag skriver ju mycket också. Jag har kunnat avväga det skapande mot det monotona.

Kommentar och tolkning

G har fått en arbetsskada i nacke och axlar som är vanlig vid monotont arbete. Företagsläkaren föreslog utan att ha gjort en undersökning att G skulle arbeta heltid. Detta upplevde G mycket negativt men lyckades med hjälp av facket driva igenom en partiell sjukskrivning. G har varit fackligt aktiv i många år, vilket varit till hjälp i sjukskrivningssituationen. Hemma har G fått stöd av sina föräldrar som har hjälpt till med tyngre sysslor i huset. Som ensamstående är de sociala kontakterna mycket viktiga. G:s egna kreativa resurser har också varit en särskild tillgång under sjukskrivningsperioden. Att G själv med hjälp av facket lyckades driva igenom partiell sjukskrivning har också varit viktigt i sammanhanget.

Den positiva upplevelsen av att vara partiellt sjukskriven verkar till stor del bero på G:s egna resurser och uppskattning av att genom denna sjukskrivningsform kunna ha kontakt med andra människor. G:s egen positiva inställning i kombination med stöd från omgivningen har medverkat till en i flera avseenden positiv helhetsupplevelse.

Diskussion – reflexiv tolkning

Innan vi nu övergår till nästa steg i tolkningen av intervjumaterialet skall avslöjas att de första fem intervjuerna var genomförda med kvinnor och de två återstående med män.

I detta avsnitt diskuteras några viktiga aspekter: *den partiella sjukskrivningsformen som sådan, empatins roll i sammanhanget, betydelsen av de nya villkoren i arbetslivet samt olika intressenters roll i sjukskrivningssituationen. Avslutningsvis görs reflekterande återkopplingar till genusteori samt livsstilsanalys.*

Det bör sägas inledningsvis att ett syfte med analysen är att lyfta fram intervjupersonernas egna erfarenheter. De utsagor om verkligheten de ger uttryck för ska förstås som subjektiva. När de uttalar sig om exempelvis bemötande från arbetsgivaren, arbetskamrater eller en läkare, skulle bilden kunna bli annorlunda om vi intervjuat dessa. Vi menar att det är detta slags individperspektiv som måste vara utgångspunkt för diskussionen om hur partiell sjukskrivning fungerar. I hermeneutisk anda letar vi samtidigt efter andra tolkningsmöjligheter utifrån vår teoretiska förförståelse.

Innan vi påbörjar vår avslutande reflektion om intervjuerna sammanfattas några viktiga empiriska ”fynd”:

– Bakom det enkla svaret ”jag tycker partiell sjukskrivning fungerar bra/dåligt” döljer sig många olika skäl.

– Typen av arbete är betydelsefullt för hur väl partiell sjukskrivning fungerar.

– De känslomässiga upplevelserna för de partiellt sjukskrivna får en särskild intensitet genom kontakten med de många olika intressenterna i sjukskrivningssituationen, t.ex. på arbetsplatsen.

– Samtliga intervjupersoner nämner ökad stress genom förändringar i arbetslivet som en negativ faktor för hälsotillståndet.

– Flera av de partiellt sjukskrivna beskriver en avsaknad av fritid under de mest aktiva åren i livscykeln.

– Det är svårt att isolera den partiella sjukskrivningsvariabeln, eftersom den samlade upplevelsen av hela livssituationen för individen är det överordnade.

– Återgången till arbete måste åtföljas av bättre rehabiliteringsplaner, meningsfulla alternativa arbetsuppgifter, bättre information till arbetskamrater och inte minst uppföljning av de åtgärder som vidtagits.

Den partiella sjukskrivningsformen – en utvärderande reflektion

Utifrån den försäkrades perspektiv är det naturligt att ställa frågan om den partiella sjukskrivningen fungerat bra eller inte och vilka orsaker som ligger bakom dessa upplevelser.

A – distriktsbarnmorskan – tyckte att hennes partiella sjukskrivning fungerade bra, vilket framför allt hade ekonomiska orsaker. Hon tyckte alltså att det var bra med partiell sjukskrivning för att hon på det sättet inte förlorade så mycket av sin arbetsinkomst som hon skulle ha gjort som heltidssjukskriven. Av hälsoskäl däremot trodde hon att det varit bättre för henne att vara heltidssjukskriven. Hon skulle då till exempel inte ha kunnat unna sig något extra i form av rekreation, resor eller dylikt, vilket i sin tur också skulle ha påverkat hennes situation som sjukskriven.

Kan man säga att svaret ”Jag tycker det är bra för mig att vara partiellt sjukskriven” är tillräckligt om man vill veta hur A upplever sin partiella sjukskrivning? Nej – under intervjun

visar det sig att det kanske hade funnits bättre alternativ om A hade haft högre lön. Hur vanskligt det är att utgå från ett enkelt svar på frågan hur man upplever formen av sjukskrivning visar samspelet av övriga faktorer i A:s sjukskrivningssituation. Det är inte sannolikt utifrån vad vi fick veta under intervjun att det är formen av sjukskrivning i sig som har varit avgörande för hur A mår i dag. I stället finns det skäl som talar för att det är personliga resurser hos A själv som spelat en avgörande roll i detta sammanhang. A har tagit upp gamla intressen och berättar att hon börjat sjunga och måla. ”Detta har inneburit en ökad livskvalitet”, menar hon.

B – packaren – var också en person som ansåg att den partiella sjukskrivningen passade henne bra. I hennes fall kan man kanske vara mera säker på att den partiella sjukskrivningsformen verkligen är vad som passar henne i den rådande situationen. Hon säger att ”hon skulle bli tokig av att gå hemma hela dagarna.” Hon orkar endast arbeta i mycket begränsad omfattning utan att få ont.

Även i B:s fall kan vi dock konstatera att det inte i första hand är hälsoskäl som gör att hon föredrar partiell sjukskrivning – det är av sociala skäl som hon vill fortsätta att arbeta. Naturligtvis kan man hävda att sociala skäl och hälsoskäl är så intimt sammanvävda att det inte går att skilja ut det ena från det andra. Det kan dock finnas en poäng i att just detta sammanhang se att det rör sig om två olika motiv till att föredra partiell sjukskrivning.

Ur arbetsgivarens synvinkel kan det se ut som en fördel att B kommer tillbaka till arbetet så snart som möjligt. Men är ens detta helt säkert? Om B går tillbaka till jobbet innan hennes skada är riktigt läkt finns risken att skadan förvärras och att hon inte kan arbeta över huvud taget. Hur ställer man risker mot vinster när det handlar om sjukdom, hälsa och läkeprocesser?

Vi är tillbaka i den svårbedömda terräng där man kan ställa frågan: Hur länge är det rimligt att människor i vår ekonomi är sjukskrivna? Och kan sjukskrivningens längd påverkas av att man laborerar med en stegvis återgång till arbetslivet som den partiella sjukskrivningen innebär? Hur ställer man risker mot vinster när det handlar om sjukdom hälsa och läkeprocesser? Man kan till exempel ställa frågan hur mycket värdet i partiell sjukskrivning ligger i att man får kontakt med människor under sin rehabilitering. Hur viktigt är det att få återgå till sin arbetsplats för att fortsätta att ”göra nytta”?

Man kan fundera över hur läkarna ser på dessa frågeställningar. Läkaren är suverän i sin bedömning av friskt och sjukt. Men när det handlar om partiell sjukskrivning kan patienten sägas vare vara både sjuk och frisk. I denna gråzon blir ansvarsfrågor kring hälsan av stort intresse.

D kommenterar ”Man har nog inte lyssnat på sin egen kropp. Man har vaknat och inte känt att man orkat men då har man tänkt att det gått ut över andra.” Hälsan sätts inte alltid i främsta rummet, det gör i stället lojaliteten mot arbetskamraterna och arbetsgivare, något som ironiskt nog går ut över dessa – på längre sikt. Mycket av diskussionen kring sjukskrivning i olika sammanhang förefaller handla om vilket tidsperspektiv man har.

Skulle den sociala delen i rehabiliteringen kunna ersättas med någon typ av kontaktgrupper på arbetsplatsen? Nu tycks det vara så att man försöker ”pressa fram” arbetsuppgifter som inte finns

till den person som är sjukskriven. Betrakta till exempel D:s problem med att finna arbetsuppgifter i rätt kostnadsläge. Hela den uppslitande konflikten på hennes arbetsplats var i huvudsak orakad av svårigheter att finna arbetsuppgifter anpassade till vad hon som partiellt sjukskriven skulle kunna genomföra.

Även i G:s fall kan man ställa frågan om en kontaktgrupp på arbetsplatsen skulle kunna fylla samma funktion som den partiella sjukskrivningen. G säger att ”Det bästa med

halvtidssjukskrivningen var ju den sociala kontakten eftersom jag lever ensam”. G upplever att han inte gör någon större nytta: ”Jag kände mig mest i vägen på jobbet när jag kom tillbaka för det var ju mycket man inte kunde göra”.

E är den intervjuperson som förefaller ha mest nytta av den partiella sjukskrivningen. Hon har väl avgränsade arbetsuppgifter på ett postkontor där hennes partiella deltagande inte i någon högre grad påverkar arbetskamraternas arbete. I hennes fall är det mycket tydligt att hon inte orkar arbeta heltid. Den partiella sjukskrivningen fyller inte enbart ett socialt behov utan hon kan arbeta och göra nytta – partiellt.

C – läkarsekreteraren – och F – egenföretagaren – är de som har haft mest problem med den partiella sjukskrivningsformen. När C kommer till arbetet så har hennes arbetskamrater redan jobbat i två timmar och är i behov av en liten paus – att få prata lite – och efter ytterligare en timma är det dags för lunch. C dras in i ett socialt fält och känner att hon inte får något gjort. Problemet i denna situation är att C har svårt att säga ifrån. Samma sak kan uppstå när hon jobbar heltid, men risken är mindre att det då uppfattas som ett problem, eftersom man på heltidstjänster har en viss tidsmässig ”töjman” som ofta inbegriper sociala kontakter. De som arbetar partiellt kan på det sättet få större press på sig.

F hade problem med sin partiella sjukskrivning, men kan man säga att problemet hade med den partiella sjukskrivningsformen att göra? Ja – på det sättet att handläggaren föreslog partiell sjukskrivning långt innan F var mogen för detta. Partiell sjukskrivning kan var en lämplig åtgärd men i rätt sammanhang och vid rätt tidpunkt.

Vissa typer av arbete lämpar sig allmänt sätt bättre för att kombinera med partiell sjukskrivning. Detta förefaller vara arbeten med väl avgränsade arbetsuppgifter och där beroendet av omgivningen inte är så uttalat. Arbeten som bygger på mycket samarbete med andra personalkategorier kräver mycket planering för att en person med partiell sjukskrivning skall kunna fortsätta göra nytta. Det samma gäller arbeten med olika typer av människokontakt, till exempel barn- och föräldrakontakt på daghem, fritidshem och skola.

Vad som var en del av förförståelsen var att personer med synliga sjukdomssymtom har lättare att få förståelse från omgivningen under sin sjukskrivning (Ek Kahnlund m.fl. 1998, s. 65), något som vi också ser exempel på i intervjuerna. C:s psykologiska problem kunde inte direkt iaktas, vilket gav upphov till en osäkerhet gentemot arbetskamraterna. Även D och F upplevde hur osynliga sjukdomssymtom ledde till negativa attityder från omgivningen. När det gällde den partiella sjukskrivningen kunde detta yttra sig som ett ifrågasättande av hur länge de egentligen borde vara sjukskrivna: ”är du fortfarande sjukskriven”.

Den partiella sjukskrivningssituationen påverkas av var man bor. Finns inga valmöjligheter när det gäller arbete på orten så förstärks den sjukskrivnas beroendesituation i flera olika avseenden. Här möter vi stora skillnader mellan glesbygd och tätort. Bostadsortens betydelse visade sig i denna undersökning i både B:s och G:s berättelser.

Man kan utifrån ett annat perspektiv och utifrån en värdering av arbete, samhälle och Socialförsäkring hävda att det finns ett värde i att ha kontakt med arbetslivet trots att man är sjuk. Värdet skulle ligga i att alltid och i alla sammanhang se till det friska hos människan. Även fast du är sjuk finns någon del hos dig som är frisk. Man ser på det sättet till det positiva och utvecklingsbara i stället för att enbart fokusera kring problem. Detta synsätt ligger helt i linje med arbetslinjen inom Socialförsäkringssystemet. Den ansluter också till diskussionen kring hälsobegreppet och synen på friskt och sjukt hos människan. Beslut om sjukskrivningar fattas delvis med utgångspunkt i överväganden om denna typ av frågor.

Denna diskussion liknar debatten och synen på funktionshindrade, där inriktningen på det friska hos människan haft en viktig attitydförändrande funktion när det gäller synen på handikappade över huvud taget. Frågan är dock om inriktningen på det friska hos den sjukskrivna haft samma positiva effekt. Man skulle i långt större utsträckning än vad som nu är fallet utifrån ett hälsoperspektiv kunna tala om *vikten av läkeprocesser*. Kontakten med ett alltmer stressat arbetsliv på 2000-talet kanske i ljuset av en sådan inriktning skulle komma att se helt annorlunda ut.

Hur länge är det då rimligt att vara sjukskriven? Svaret måste naturligtvis bli – hur svårbedömt det än är – ”tillräckligt” länge för att bli frisk. Annars kommer kostnaden för individen att i ett längre perspektiv drabba samhällsekonomin på något annat sätt. Den sjukskrivna/e kan bli än värre sjuk eller skadad av en för tidig tillbakagång till arbetet. ”Rent samhällsekonomiskt så håller inte det här” säger A och fortsätter: ”Pengarna är ju egentligen från samma pott”.

Empati

Inlevelse är en viktig utgångspunkt vid försök att förstå de partiellt sjukskrivnas situation och upplevelser. Att bli sjuk och tvingas bli svag och beroende av andras hjälp är en svår situation för de flesta av oss. Man blir ofta särskilt observant på hur man blir behandlad. E, som haft en partiell sjukskrivningsperiod som fungerat bra, uttrycker sig så här: ”Det är ju känsligt med en så'n här situation så det är ju tur att det har fungerat bra.” Det är känsligt för att man inte kan hävda sig på samma sätt som man är van att göra. Man kan heller inte upprätthålla sin vanliga integritet eftersom man är beroende av hjälp av andra. När A kommer tillbaka till arbetet för att jobba halvtid säger hennes arbetsledare att hon skall arbeta precis som förut, men delegera bort de arbetsuppgifter som hon inte hinner med. A berättar att hon inte kom sig för att diskutera vidare med arbetsledaren: ”Jag var gråtfärdig – jag bara vände på klacken och gick.” Känsligheten och utsattheten kan medföra att man inte omedelbart tar tag i sin situation och hävdar sin rätt.

Det har varit mycket viktigt för de sjukskrivna att de blivit respektfullt behandlade, att de inte blivit ifrågasatta. Om ett ifrågasättande har skett så ger denna situation upphov till stor vanda för att inte säga trauman för de som blivit utsatta. Lyssna särskilt till hur F uttrycker sig i en situation där flera samverkande faktorer bidrog till att skapa ett särskilt utsatt läge: ”Man är bara en bricka i ett spel.” F befinner sig i en situation där han väntar på att få veta hur allvarliga hans skador egentligen är. Trots flera försök har han inte lyckas få sin handläggare att lyssna på de förslag han för fram när det gäller samarbete mellan arbetsgivare, försäkringskassa och läkare. Han tar initiativ – men han får inget gensvar. Under intervjun märker man hur starkt känslomässigt berörd han är av denna situation.

Samma sak gäller D och hennes arbetskamrater. De har under många år försökt att förbättra sin arbetsituation och arbetsmiljö: ”Allting som vi begär blir bara kalla handen. De frågar aldrig oss. Det har inte hänt någonting”. Ibland har ledningen förespeglat en förändring, men ändrat sig. ”Vi ville sitta så att vi skulle se varandra. Först skulle de göra som vi ville, men sedan ändrade de sig.”

Även A har denna utmattande erfarenhet bakom sig: ”Vi hade ju kämpat många år för att ändra på den här arbetsituationen.” ”Många mår jättedåligt fortfarande.” ”Jag har försökt på alla möjliga vis. Jag har varit på Landstingshuset och pratat med personalavdelningen. Jag har försökt på alla möjliga vis att hitta lösningar, men jag upplever inte att arbetsledningen har ställt upp från högre nivåer.”

Att inte få gehör för sina synpunkter i sjukskrivningssituationen – att arbetsgivare eller myndigheter inte lyssnar – innebär upprepade känslor av besvikelse.

Nya villkor i arbetslivet

De glimtar från arbetslivet som vi fått genom våra intervjupersoner kan sättas i relation till. Maslach och Leiters (1999) studier av utbrändhet. Samtliga intervjupersoner talar om ett hårdare och stressigare arbetsliv som påverkar människor negativt. I flera fall har intervjupersonerna uppgivit att de anser att stressen bidragit till att de blivit sjuka. De intervjupersoner som arbetar inom sjukvården beskriver sitt arbete som ”fruktansvärt stressigt” eller att ”nu har man ungefär dubbelt så mycket jobb”. C säger: ”Förut var det ju så viktigt att vi skulle ha pausgymnastik, att vi skulle sitta bra, att vi skulle ha bra stolar så vi inte skulle få arbetsskador och så där. Det var på den tiden när det var lite lugnare /.../ Men nu så har allting fallit. Nu är man inte mån om detta längre utan huvudsaken är att vi jobbar och jobbar jättemycket. Det är mer robotaktigt.” Ett problem kan vara att arbetsledaren inte känner till vilken belastning arbetet faktiskt innebär. D – telefonisten – vill framhäva detta när hon säger: ”Vi har 550 anrop per person. Och så skall man var vänlig när man har 27 stycken på kö /.../ Det är för mycket arbete och för lite stimulering.”

Det förefaller helt nödvändigt att beakta arbetslivets förvandling till ett mycket stressat varande när man fattar beslut som rör människors hälsa, något som är högst relevant när man betraktar den partiella sjukskrivningsformen. En besvärlig situation uppstår till exempel för de partiellt sjukskrivna som kommer tillbaka för att arbeta när arbetsbelastningen just på grund av deras frånvaro ökat för de friska arbetskamraterna. Arbetsgivaren sätter inte alltid in en ersättare. Resultatet kan då bli en påtaglig försämring i arbetsvillkoren för kollegorna: ”man kan ju känna det när dom säger /.../ nu är vi bara 3,75 /.../ och detta gäller även de som har barn – att man som har en del i att det blivit stressigt på jobbet.”

Olika intressenter i sjukskrivningssituationen

Arbetsgivarens förhållningssätt till den sjukskrivna/e är naturligtvis en viktig faktor för hur den partiella sjukskrivningen förlöper. Ek Kahnlund m.fl. (1988) beskriver hur arbetsgivare inte tar ansvar i dessa situationer.

I vår studie finns flera exempel på attityder från arbetsgivare som direkt försvårat rehabilitering och tillfrisknande. A:s chef på vårdcentralen överlämnade helt åt A att själv förändra och fördela sina tidigare arbetsuppgifter på annan personal, vilket inte alls fungerade. Chefer på högre nivåer inom Landstinget kunde inte heller ge stöd. C:s och F:s chef tog i början av rehabiliteringen ett visst ansvar men gjorde inga uppföljningar, vilket medverkade till att konflikter som uppstod på arbetsplatserna utvecklades till reella hinder i rehabiliteringsprocessen. På G:s och B:s arbetsplatser kände ledningen inte till att en rehabiliteringsplan skulle upprättas och hela processen fördröjdes på detta sätt. D upplevde sig mycket kränkt av arbetsledningen i samband med rehabiliteringen, något som troligen är ett undantag.

När det gäller kontakten med Försäkringskassan under sjukskrivningsperioden beskriver personerna i vår intervjustudie handläggarna i positiv neutral ton och kontakten som oproblematiske. Undantaget utgörs av F där handläggarens kontrollerande okänsliga agerande inte bara försvårade rehabiliteringen utan av F upplevdes som kränkande.

Mötet med sjukvården kännetecknas för den sjukskrivna/e enligt Ek Kahnlund m.fl. (1998, s. 67) av asymmetri. I en enkätfråga beskriver 36 % (N=1059) läkarna som oengagerade,

medan 29 % tycker att de har för stor makt över patienten. Vår intervjustudie ger inte några exempel på detta. Några intervjupersoner uttrycker i stället en tacksamhet över att de har fått möta duktiga och stödjande specialistläkare. G är dock missnöjd med företagsläkaren som inte genomförde en undersökning innan beslutet om typ av sjukskrivning.

Kraven från och relationen till övriga familjemedlemmar betyder särskilt mycket under en sjukskrivningsperiod och kan få en avgörande betydelse för både möjligheten till rehabilitering och förmågan att tillgodogöra sig densamma (jfr. avsnittet "Genus och rehabilitering"). För några av intervjupersonerna innebar familjen problem i förhållande till den egna sjukskrivningen. Detta gällde i första hand D och E, vars sambor var svårt sjuka och skadade. Även C hade problem i förhållande till sin arbetslöse och deprimerade sambo.

Livskvaliteten är för den partiellt sjukskrivna en helhetsupplevelse där sjukdomskänsla, olika rehabiliteringsåtgärder, arbete och relationer samspelar med en unik individ. Från den försäkrades synvinkel är upplevelsen av livskvaliteten (Ventegodt, 1998) central i sjukskrivningssituationen. I intervjuerna blir det också tydligt hur viktig den *samlade erfarenheten av olika åtgärder och/eller erfarenheter* är för varje person under sjukskrivningsperioden. Detta betyder att enskilda faktorer som den partiella sjukskrivningsformen som sådan, brist på stöd från arbetsledningen eller ett positivt bemötande från Försäkringskassan inte ensamma avgör upplevelsen av hur det är att vara sjukskriven. Flera olika faktorer som antingen förstärker eller minskar effekten av varandra är avgörande för individens upplevelse. Partiell sjukskrivning kan från individen synpunkt inte alltid vara ett självklart alternativ.

Ett liknande intryck uppstod vid utvärderingen av de stödsamtal som genomfördes med sjukskrivna kvinnor vid Försäkringskassan i Trelleborg (Annerblom, 1993). "Mest betydelsefull för stödet till dessa kvinnor föreföll vara den samlade effekten av kontakterna med Försäkringskassans assistenter, läkare och rehabiliteringspersonal" (ibid., 35). Min reflektion är att olika åtgärder förefaller fungera ungefär som enskilda ämnen i skolans värld. Varje ämne för sig kan vara viktigt, genomtänkt och genomplanerat, men dessa ämnen tillsammans under en dag kan riktade till en särskild elev upplevas som splittrande och stressande. Summan av de olika ämnena utgör för eleven upplevelsen av skoldagen som helhet. Upplevelsen av skoldagen som helhet har bara eleven och inte lärarna i de enskilda ämnena. Parallellen med rehabiliteringsåtgärder och slutsatsen när det gäller dessa blir i detta fall att en samordning mellan olika instanser samt en aktiv dialog med personen i fråga måste ställas i centrum om hjälpen och stödet skall träffa rätt" (ibid., s. 14).

Genus

Att partiell sjukskrivning föredras på grund av dålig ekonomi hos individen är viktig information som några av de kvinnliga intervjupersonerna delgivit oss. Man har helt enkelt inte råd att vara heltidssjukskriven och förslår därför själv partiell sjukskrivning. De markanta löneskillnader som finns mellan kvinnor och män (SCB, 1997) i kombination med överrepresentationen av kvinnor bland partiellt sjukskrivna, innebär att frågan om ekonomiska aspekter på partiell sjukskrivning är av mycket stor vikt. Det handlar om ett kollektivt genusproblem där det är oklart vem som har huvudansvaret för lösningen.

Bostadsortens betydelse för möjligheten att erhålla arbete blir också en fråga att reflektera över i genusperspektiv eftersom arbetsmarknaden trots inriktningen på jämställdhet i Sverige är starkt könssegregerad. De kvinnor som lever i familjer där mannen betraktas som huvudförsörjare hamnar i en situation där eget arbete för kvinnorna riskerar att prioriteras bort, om det innebär att familjen måste flytta.

Några kvinnor bland intervjupersonerna är mycket snabba att rannsaka sig själva när det gäller att se orsaker till sina sjukdomar. De förefaller ha lätt att *privatisera* och *personliggöra* sin sjukskrivningssituation. En intervjuperson som känner stark stress på sin arbetsplats funderar mycket på att förändra sin egen attityd för att på så sätt få till stånd en förändring. Man skulle dock kunna tänka sig andra sätt att arbeta för förändring, till exempel att genom facket försöka att få in mer personal på arbetsplatsen. Detta slags alternativ tas sällan upp till diskussion.

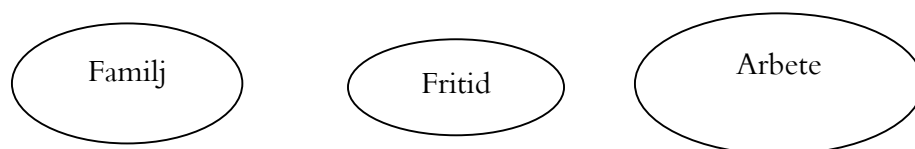
Flera av intervjupersonerna arbetar i kvinnodominerade branscher med mycket *monotona arbetsuppgifter* som ofta ger upphov till arbetsskador, samtidigt som flera också har *ringa möjligheter till inflytande* på arbetsplatsen.

Livsstilsanalys

Vi skall nu ännu en gång återvända till våra intervjupersoner för att med hjälp av livsstilsanalys lyfta fram några tänkbara orsaker till att de hamnat i den situation de nu befinner sig i och samtidigt peka på några viktiga åtgärder som man kan använda sig av i arbetet för tillfrisknande och rehabilitering.

Det är under de produktiva och reproduktivt aktiva åren som vi lägger grunden till vår hälsa. Under dessa år vänjer vi både kroppen och själen vid ett balanserat eller obalanserat vara. En del människor märker tidigare än andra resultatet av eventuell obalans i form av ohälsa. I livsstilsanalysen arbetar man aktivt för att ändra balansen i de olika livsområdena familj, fritid och arbete (jfr. Figur 1).

I en livsstilsanalys börjar man med att kartlägga nuläget med hjälp av cirklar som ritas kring de olika livsområdena och försöker därefter genom konkreta åtgärder förändra balansen mellan dessa. På detta sätt arbetar man stegvis med konkreta åtgärder och uppföljningar. A – distriktsköterskan – levde i många år med en obalans i förhållandet mellan fritid, arbete och familj. Problemet var att hon nästan inte hade någon fritid alls, vilket beskrivs när hon talar om det ekorrhjul som hon har fastnat i.



Figur 2: Vardagens livsområden

Samma obalans mellan livsområdena finner vi hos B – packaren, C – läkarsekreteraren och D – telefonisten. Här skulle vi kunna rita ungefär lika stora cirklar utifrån situationen under deras mest aktiva år, med en viss variation när det gäller förhållandet mellan storleken på arbetsfären och familjefären. Fritidsfären är dock hos samtliga kvinnor i det närmaste obefintlig, man har saknat egen tid och egen plats. Genusforskare och medicinska kvinnoforskare har uppmärksammat hur detta har ett samband med hälsa. Vi har ännu inte sett motsvarande studier som systematiskt kartlägger männens obalans i detta avseende med anknytning till hälsa.

För kvinnor och därmed för många partiellt sjukskrivna är rehabiliteringsåtgärder som tar hänsyn till och arbetar för att förändra obalanser i livssituationen viktiga åtgärder både när det gäller rehabilitering och naturligtvis i ännu högre grad för förebyggande hälsovård (Annerblom, 1993; 1995).

Det bör i sammanhanget framhållas att A – distriktssköterskan och D – telefonisten under sin period som sjukskrivna själva vidtagit åtgärder för att förändra balansen mellan livsområdena genom att utveckla skapande intressen som fungerade som "Egna Rum".

Utifrån ett helhetsperspektiv på samhället där de olika livsområdena – produktion, reproduktion och fritid – ses som ömsesidigt likvärdiga och beroende av varandra så framstår det som en nödvändighet att människor från den produktiva och reproduktiva delen av samhället börjar reflektera över vad detta ömsesidiga beroende egentligen innebär och vilka konsekvenser det bör ha för samhällsbyggandet i sin helhet. I dagens samhälle har den reproduktiva delen av samhället ofta framställts som *tärande*, vilket i ett genusperspektiv framstår som ett maktanspråk och fokuserar genussystemets andra huvudprincip: mannens företräde framför kvinnan. Att driva en produktion i huvudsak utifrån ekonomiska vinstintressen, utan att beakta relationen till och beroendet av den reproduktiva delen av samhället leder in på ett spår där ett av de utmärkande dragen utgörs av en lavinartad ökning av sjukskrivningsfallen. Den 12 september år 2000 skriver Norrbottenskuriren att man på två år konstaterat en 97-procentig ökning av sjukskrivningarna i Norrbotten.

ENKÄTSTUDIEN: PARTIELL SJUKSKRIVNING I ÖVERSIKT

Hur ser den partiellt sjukskrivne ut?

Som en utgångspunkt för den analys som följer kommer detta avsnitt att ge en översiktlig beskrivning av vad som karakteriserar de som varit partiellt sjukskrivna i vårt material. Senare i kapitlet görs korrelationsanalyser med avseende på utvärderingsvariabler, kön och län.

Ålder, kön, familj, sjukskrivningens längd

Svarsgruppen ligger åldersmässigt mellan 21 och 66 år. Medelåldern på de som svarat är 47 år. Tabell 1 visar åldersspridningen i materialet.

Tabell 1: Ålder

Ålder	Antal	Procent
-25	12	3,3
26-35	57	15,8
36-45	71	19,7
46-55	128	35,6
56-	92	25,6
Total	360	100,0

I projektets intervjustudie betonas könsaspekter på partiell sjukskrivning. Detta kan motiveras med att 80 % är kvinnor i det slumpmässiga urval som gjorts. Den uppseendeväckande stora skillnaden mellan kön reser frågor om hur faktorer som familjesituation, barnomsorg, mäns och kvinnors olika ställning på arbetsmarknaden kan påverka huruvida man blir partiellt sjukskriven.

Respondenternas familjesituation beskrivs i tabell 2.

Tabell 2: Familjesituation

Familjesituation	Antal	Procent
Ensamstående utan barn	50	13,9
Ensamstående med vårdnad om barn	22	6,1
Sambo/gift utan barn	109	30,4
Sambo/gift med vårdnad om barn	178	49,6
Total	359	100,0

Familjesituationen kan tänkas spela in på det upplevda behovet av sjukskrivningen, liksom motivation att återgå till arbete. Vårdnadsansvar för barn innebär också en betydande arbetsinsats i hemmet, vilket kan tänkas ha betydelse för hur påfrestande förvärvsarbete upplevs.

I urvalet ingår endast de som varit partiellt sjukskrivna i minst fyra dagar. Av tabell 3 framgår att partiell sjukskrivning i regel utsträcks över en ganska lång tidsperiod (genomsnitt 338 dagar, median 5 månader, varierar mellan 4 dagar och 9 år). Endast 10 % är partiellt

sjukskrivna i mindre än tio dagar. Det förefaller troligt att svarsfrekvensen är högre bland dem som varit sjukskrivna längre tid, vilka kan förväntas tycka att det är viktigare att fylla i enkäten. Detta skulle innebära att vi här något överskattar den genomsnittliga längden för sjukskrivning. Slutsatsen blir dock att partiell sjukskrivning används i situationer där sjukskrivningen kan förväntas vara långvarig och att ett långsiktigt perspektiv därför i allmänhet bör iaktas vid partiell sjukskrivning, där planering och rehabilitering är viktigt.

Tabell 3: Hur länge har du varit partiellt sjukskriven?

Tid	Antal	Procent
<1 månad	34	10,1
1-<2 mån	60	17,8
2-<4 mån	57	16,9
4-<6 mån	20	5,9
6 mån-<1 år	58	17,2
1-<2 år	65	19,3
2 år-	43	12,8
Total	337	100,0

Arbete

Tabell 4: Huvudsaklig sysselsättning vid den partiella sjukskrivningens början.

	Antal	Procent
Anställd	324	89,3
Föräldraledig	3	0,8
Arbetslös	9	2,5
Arbetsmarknadspolitisk åtgärd	6	1,7
Studerande	1	0,3
Egen Företagare	18	5,0
Annat	2	0,6
Total	363	100,0

Den överväldigande majoriteten av de partiellt sjukskrivna har en vanlig anställning, vilket troligen hänger samman med att sjukskrivningsinstrumentet är mest anpassat till den gruppen. Det bör noteras att gruppen arbetslösa är kraftigt underrepresenterad bland partiellt sjukskrivna – bland alla sjukskrivna i landet en given dag var 22,5 % arbetslösa (RFV, 1999).

Att yrke påverkar människors hälsa känner vi till sedan länge. Som en bakgrundsinformation visar Tabell 5 yrkesfördelningen och Tabell 6 en uppdelning på typ av arbetsgivare i vårt material:

Tabell 5: Yrke när du blev sjukskriven.

	Antal	Procent
Studerande	1	0,3
Arbetslös	9	2,5
Ej facklärd arbetare, varuproducerande	13	3,6
Ej facklärd arbetare, tjänsteproducerande	86	23,8
Facklärd arbetare, varuproducerande	22	6,1
Facklärd arbetare, tjänsteproducerande	37	10,2
Lägre tjänstemän	50	13,9
Tjänstemän på mellannivå	93	25,8
Högre tjänstemän	35	9,7
Ledande befattningar	5	1,4
Företagare, ospecificerat antal anställda	6	1,7
Lantbrukare	4	1,1
Total	361	100,0

Tabell 6: Arbetsgivare vid sjukskrivningens början.

	Antal	Procent
Privat anställd	83	24,9
Kommunalt anställd	158	47,3
Landstingsanställd	40	12,0
Anställd inom övrig offentlig förvaltning	53	15,9
Total	334	100,0

När man är partiellt sjukskriven är det givetvis relevant att veta vad som är den normala arbetstiden. Knappt 24 % av de partiellt sjukskrivna arbetade deltid innan sin sjukskrivning, vilket framgår av tabell 7.

Tabell 7: Sysselsättningsgrad innan sjukskrivningen.

	Antal	Procent
100 %	269	74,3
99-76 %	31	8,6
75-51 %	44	12,2
50-26 %	7	1,9
25-1 %	4	1,1
0 %	7	1,9
Total	362	100,0

Detta kan sättas i relation till sysselsättningsgraden för de som inte längre är sjukskrivna, vilket redovisas i tabell 8. Av de som inte längre är sjukskrivna är 51 % nu sysselsatta på heltid och 34 % på deltid.

Tabell 8: Vilken är din nuvarande sysselsättningsgrad?

	Antal	Procent
100 %	97	50,8
99-76 %	21	11,0
75-51 %	26	13,6
50-26 %	14	7,3
25-1 %	3	1,6
0 %	30	15,7
Total	191	100,0

Hälsofaktorer

En viktig bakgrund för all förståelse av upplevelser av partiell sjukskrivning är den medicinska orsaken till sjukskrivningen. Tabell 9 redovisar vilka diagnoser som informanterna uppgivit:

Tabell 9: Vilken diagnos hade du när du blev sjukskriven?

Diagnos	Antal	% Svar	% Individer
Besvär i nacke/axlar	122	19,4	33,6
Ländryggsbesvär	103	16,4	28,4
Reumatism/ledsjukdom	37	5,9	10,2
Övriga sjukdomar i rörelseorganen	40	6,4	11,0
Komplikationer i samband med förlossning	30	4,8	8,3
Astma och övriga sjukdomar i andningsorg.	11	1,7	3,0
Hudsjukdom	7	1,1	1,9
Tumörsjukdomar	8	1,3	2,2
Skador genom yttre våld (olycksfall) mm.	20	3,2	5,5
Hjärt- och kärlsjukdom	30	4,8	8,3
Missbruk/alkohol- och/eller drogberoende	1	0,2	0,3
Stress/utbrändhet	82	13,0	22,6
Psykisk sjukdom (utom missbruk/beroende)	15	2,4	4,1
Annan sjukdom	123	19,6	33,9
Total	629	100,0	173,3

De vanligaste enskilda diagnostyperna är besvär i nacke/axlar, ländryggsbesvär samt stress/utbrändhet. I hela befolkningen är alla dessa vanligare bland kvinnor. Av det totala antalet svar avser 64,9 % besvär av somatisk natur, 15,6 % diagnoser av mer psykosocial natur (missbruk, stress, psykisk sjukdom), medan 19,6 % uppgivit annan orsak än de som funnits som alternativ i enkäten.

Vi har också frågat om vilka faktorer som respondenterna menar har bidragit till den aktuella sjukdomen. Dessa svar redovisas i tabell 10:

Tabell 10: Tror du att någon/några av dessa faktorer bidragit till att du blivit sjuk?

Orsak	Antal svar	% Svar	% Individer
Arbetsplatsolycka	23	3,7	7,3
Brister i den fysiska miljön	69	11,0	21,9
Oro för nedskärningar	23	3,7	7,3
Förändrad organisation på arbetsplatsen	63	10,0	20,0
För hög arbetsbelastning	194	30,9	61,6
För lite stimulerande arbetsuppgifter	14	2,2	4,4
Problem med relationer i arbetet	18	2,9	5,7
Problem i privatlivet	19	3,0	6,0
För hög arbetsbelastning i hemmet	33	5,3	10,5
Ensamhet/isolering	7	1,1	2,2
Dålig ekonomi	18	2,9	5,7
Arbetslöshet	2	,3	,6
Anhörigs sjukdom/död	33	5,3	10,5
Skilsmässa/separation	11	1,8	3,5
Annat	101	16,1	32,1
Total	628	100,0	199,4

Av tabellen kan man utläsa att 64 % av orsaksfaktorerna är relaterade till arbetssituationen, medan 20 % handlar om privatlivet och 16 % ej klassificerade faktorer. Av de arbetsplatsrelaterade faktorerna berör 23 % den fysiska arbetsmiljön, 29 % den psykosociala arbetsmiljön medan 48 % handlar om ”för hög arbetsbelastning”, vilket kan innehålla både fysiska och psykosociala aspekter.

Det vanligaste är att den försäkrade får partiell sjukskrivning på halvtid. Tabell 11 visar fördelningen mellan olika omfattning på partiell sjukskrivning.

Tabell 11: I vilken omfattning har du varit partiellt sjukskriven?

	Antal	Procent
25 %	58	17,1
50 %	254	74,9
75 %	27	8,0
Total	339	100,0

Upplevelser av handläggningen

Beslut om partiell sjukskrivning föregås alltid av att någon tagit ett initiativ till detta. Tabell 12 visar hur initiativtagandet har fördelat sig mellan några nyckelaktörer.

Tabell 12: Vem tog initiativ till partiell sjukskrivning?

	Antal	% Svar	% Individer
Den försäkrade själv	200	43,3	56,0
Läkare	230	49,8	64,4
Arbetsgivaren	9	1,9	2,5
Försäkringskassan	10	2,2	2,8
Annan person	13	2,8	3,6
Total	462	100,0	129,4

Här framgår att initiativet till att sjukskrivningen blir partiell nästan uteslutande kommer från antingen den försäkrade själv eller en läkare. I tabell 29 redovisas könsskillnader i initiativtagandet.

Som framgår av tabell 3 är de personer som får partiell sjukskrivning ofta sjukskrivna under långa tidsperioder, varför frågan om rehabilitering blir viktig. Vi har ställt två frågor som berör detta, vilka redovisas i tabellerna 13 och 14.

Tabell 13: Gjordes det en planering för din återgång till arbetet?

	Antal	Procent
Ja	151	43,8
Nej	194	56,2
Total	345	100,0

Svaren på denna fråga korrelerar inte oväntat med hur lång tid man varit partiellt sjukskriven: ju längre tid man varit sjukskriven, desto större chans att det gjorts en sådan planering (Chi-två signifikant på 99 %-nivån), vilket åskådliggörs i tabell 14

Tabell 14: Planering för återgång i arbete fördelat på tid som partiellt sjukskriven.

		Tid			Total
		< 1 mån	1- <6 mån	6 mån-	
Gjordes det en planering för din återgång till arbetet?	Ja	10 29,4 %	46 35,9 %	83 51,6 %	139 43,0 %
	Nej	24 70,6 %	82 64,1 %	78 48,4 %	184 57,0 %
Total		34 100,0 %	128 100,0 %	161 100,0 %	323 100,0 %

Vad som är anmärkningsvärt här, är att så många som 48 % av de som varit sjukskrivna längre än sex månader uppger att det inte gjorts någon planering.

Tabell 15: Hur har rehabiliteringen fungerat?

	Antal	Procent
Mycket tillfredsställande	29	19,3
Tillfredsställande	64	42,7
Varken eller	34	22,7
Otillfredsställande	12	8,0
Mycket otillfredsställande	11	7,3
Total	150	100,0

Utfallet här kan ses som tämligen gott, endast 15,3 % är missnöjda med rehabiliteringen. Givetvis är det ändå av stor vikt att fördjupa sig i orsakerna till det missnöje som finns. En intressant anmärkning är att trots att tidigare forskning (Josefsson & Törnblom, 1995; Sjöberg, 1997; Kutza, 1981; Stace, 1987) har rapporterat att det läggs mer resurser på rehabilitering för

män, finns det i vårt material inte någon skillnad mellan könen i hur man tycker att rehabiliteringen fungerat. Detta reser frågor om hur rehabiliteringsresurser fördelats bland partiellt sjukskrivna i Norr- och Västerbotten, liksom hur relationen mellan nedlagda resurser och tillfredsställelse med rehabilitering ser ut.

En betydelsefull komponent för hur man upplever sin situation som partiellt sjukskriven är vilket stöd och vilka reaktioner man får från sin omgivning. Tabell 16 visar hur informanterna ser på bemötande från olika aktörer:

Tabell 16: Bemötande från olika aktörer.

	Mycket bra		Bra		Varken eller		Ganska dåligt		Mycket dåligt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
FK:s personal	140	41,2 %	102	30,0 %	75	22,1 %	11	3,2 %	12	3,5 %
Chef	113	36,1 %	95	30,4 %	63	20,1 %	20	6,4 %	22	7,0 %
Arbetskamrater	138	43,3 %	105	32,9 %	53	16,6 %	14	4,4 %	9	2,8 %
Läkare	204	58,6 %	96	27,6 %	35	10,1 %	10	2,9 %	3	0,9 %
Vårdpersonal, övrig	127	43,2 %	96	32,7 %	66	22,4 %	3	1,0 %	2	0,7 %
Vänner	182	53,2 %	115	33,6 %	38	11,1 %	3	0,9 %	4	1,2 %
Familj	242	69,5 %	88	25,3 %	11	3,2 %	5	1,4 %	2	0,6 %
Grannar	132	40,6 %	96	29,5 %	88	27,1 %	4	1,2 %	5	1,5 %

Svaren på frågorna om bemötande kan överlag tolkas ganska positivt. Få anser sig dåligt bemötta, vilket gäller samtliga aktörer. Det sämsta utfallet gäller gruppen chefer, men där är bara 13 % missnöjda med bemötandet. Av de aktörer som den försäkrade möter i professionella sammanhang, är man mest belåten med bemötandet från läkare, där 59 % tycker att läkarens bemötande varit mycket bra, medan endast 4 % varit direkt missnöjda med sin läkare.

Efter sjukskrivningen

Ser man på dem som inte längre är sjukskrivna alls, varierar orsakerna till detta, men som framgår av tabell 17 återgår 69 % till förvärvsarbete.

Tabell 17: Av vilken orsak avslutades sjukskrivningen?

	Antal	Procent
Frisk, arbete	132	68,8
Frisk, arbetslös	2	1,0
Frisk, studier	6	3,1
Frisk, övrigt	19	9,9
Sjukpenning drogs in	4	2,1
Sjukbidrag/förtidspension	29	15,1
Total	192	100,0

I normalfallet återgår den partiellt sjukskrivne till arbete när sjukskrivningen avslutas. Dock bör man uppmärksamma att 15 % avslutar sin partiella sjukskrivning i och med att de får sjukbidrag/förtidspension.

Tabell 18 visar fördelningen mellan partiell sjukskrivning och heltidssjukskrivning bland dem som fortfarande är sjukskrivna.

Tabell 18: Är du fortfarande sjukskriven?

	Antal	Procent
Ja, helt	52	33,6
Ja, partiellt	103	66,4
Total	155	100,0

Här bör noteras att så mycket som en tredjedel går från partiell sjukskrivning till heltidssjukskrivning, något som åter aktualiserar frågan om rehabilitering. Andelen partiellt sjukskrivna som övergår till heltidssjukskrivning torde dessutom underskattas i tabellen, eftersom en del av de som vid frågetillfället var partiellt sjukskrivna kan förväntas bli heltidssjukskrivna vid ett senare tillfälle.

När det gäller respondenternas syn på framtiden är resultatet anmärkningsvärt: 69 % av dem som fortfarande är sjukskrivna tror inte att de kan återgå till tidigare sysselsättning, vilket framgår av Tabell 19.

Tabell 19: Tror du att du i framtiden skulle kunna återgå till din tidigare sysselsättning i samma omfattning?

	Antal	Procent
Ja, mycket sannolikt	22	12,7
Ja, ganska sannolikt	31	17,9
Nej, ganska osannolikt	41	23,7
Nej, mycket osannolikt	79	45,7
Total	173	100,0

Inte oväntat finner vi här ett samband med sjukskrivningens längd: de som varit sjukskrivna i mer än ett halvår tenderar att vara mer pessimistiska inför utsikterna att återgå till arbete i samma omfattning som tidigare.

Efter denna inledande del av analysen, som syftat till att ge en allmän beskrivning av några grundläggande drag hos de partiellt sjukskrivna, följer nu fyra avsnitt där vi studerar några mer utvärderande variabler samt mer aktivt söker samband.

Utvärderande svar

Den kanske viktigaste frågan handlar om en allmän värdering av hur de tillfrågade upplevt det att kombinera sjukskrivning med arbete. Svaren på denna fråga fördelar sig enligt tabell 20.

Tabell 20: Hur har det varit att kombinera arbete och partiell sjukskrivning?

	Antal	Procent
Mycket tillfredsställande	69	20,0
Tillfredsställande	170	49,3
Varken eller	45	13,0
Otillfredsställande	35	10,1
Mycket otillfredsställande	26	7,5
Total	345	100,0

Den övergripande tendensen kan här tolkas positivt: 18 % av de tillfrågade är missnöjda, medan 69 % är nöjda. Trots det relativt goda utfallet är det givetvis viktigt att ytterligare fördjupa sig i den grupp som känner sig otillfredsställd med den partiella sjukskrivningen.

Vid en noggrannare analys har de flesta variabler från enkäten testats mot denna utvärderingsvariabel. Vi hittar då fem variabler där det blir meningsfullt att diskutera ett möjligt samband: om man har barn, typ av yrke, sysselsättningsgrad innan sjukskrivning, hur man värderar möjligheten att återgå till samma sysselsättning som förut, samt hur man tycker att rehabiliteringen fungerat.

Tabell 21: Allmän värdering av partiell sjukskrivning fördelat på om man har barn.

		Barn		Total
		Inga barn	Har barn	
Hur har det varit att kombinera arbete med partiell sjukskrivning?	Tillfredsställande	111 69,8 %	128 69,6 %	239 69,7 %
	Varken eller	14 8,8 %	30 16,3 %	44 12,8 %
	Otillfredsställande	34 21,4 %	26 14,1 %	60 17,5 %
Total		159 100,0 %	184 100,0 %	343 100,0 %

Här finns en svag tendens att barnföräldrar i högre grad svarat varken eller i stället för att ha varit direkt otillfredsställda med partiell sjukskrivning (Chi-två är signifikant på 95 %-nivå). Tolkningen av detta är inte uppenbar, möjligen innebär den partiella sjukskrivningen att det blir lättare för föräldrar att hantera kombinationen av föräldraskap och arbete. Vad som förbryllar i detta sammanhang är dock att det inte finns något samband mellan utvärderingsvariabeln och hur mycket tid man lägger ner på omsorg av barn (presenteras ej i tabellform).

Tabell 22: Allmän värdering av partiell sjukskrivning fördelat på typ av yrke.

		Typ av yrke			Total
		Arbetare	Tjänstemän	Övriga	
Hur har det varit att kombinera arbete med partiell sjukskrivning?	Tillfredsställande	103 70,5 %	123 68,3 %	12 66,7 %	238 69,2 %
	Varken eller	26 17,8 %	17 9,4 %	2 11,1 %	45 13,1 %
	Otillfredsställande	17 11,6 %	40 22,2 %	4 22,2 %	61 17,7 %
Total		146 100,0 %	180 100,0 %	18 100,0 %	344 100,0 %

Tendensen här är att arbetare oftare är liknöjda snarare än direkt otillfredsställda jämfört med både tjänstemän och övriga (Chi-två är signifikant på 95 %-nivå). Att ta reda på orsaken till detta kräver ytterligare analys.

Nästa variabel där det finns antydning om samband är vilken sysselsättningsgrad man haft innan sjukskrivningen:

Tabell 23: Allmän värdering av partiell sjukskrivning fördelat på sysselsättning innan sjukskrivningen.

		Sysselsättning innan sjukskrivningen		Total
		Anställd	Annat	
Utvärdering	Tillfredsställande	217 70,2 %	22 62,9 %	239 69,5 %
	Varken eller	39 12,6 %	6 17,1 %	45 13,1 %
	Otillfredsställande	53 17,2 %	7 20,0 %	60 17,4 %
Total		309 100,0 %	35 100,0 %	344 100,0 %

Här tycks de som haft en anställning vid sjukskrivningen vara mer tillfredsställda än övriga, det vill säga egna företagare, studerande och arbetslösa (Chi-två är signifikant på 95 %-nivå). Detta kanske kan förstås som ett uttryck för att anställning blivit något av norm för sjukförsäkringen. Det är också i första hand när det gäller anställda som mer konstruktiva rehabiliteringsåtgärder aktualiseras, där har arbetsgivaren ett tydligt ansvar.

Det finns ett tydligt samband mellan utvärderingsvariabeln och hur man bedömer möjligheterna att i framtiden återgå till tidigare sysselsättning (Chi-två är signifikant på 98 %-nivå).

Detta samband ter sig tämligen trivialt: personer som tror att de kan återgå till sin tidigare sysselsättning tenderar att vara mer tillfredsställda med partiell sjukskrivning.

Slutligen hittar vi ett tydligt samband mellan den försäkrades utvärdering av partiell sjukskrivning och hur man upplever att rehabiliteringen fungerat (tabell 24).

Tabell 24: Allmän värdering av partiell sjukskrivning fördelat på värdering av eventuell rehabilitering.

	Hur har rehabiliteringen fungerat?			Total	
	Tillfredsställande	Varken eller	Otillfredsställande		
Utvärdering	Tillfredsställande	77 84,6 %	16 51,6 %	10 43,5 %	103 71,0 %
	Varken eller	9 9,9 %	7 22,6 %	1 4,3 %	17 11,7 %
	Otillfredsställande	5 5,5 %	8 25,8 %	12 52,2 %	25 17,2 %
Total		91 100,0 %	31 100,0 %	23 100,0 %	145 100,0 %

Här står det klart att de som är nöjda med rehabiliteringen också varit nöjda med den partiella sjukskrivningen (Chi-två är signifikant på 99 %-nivå). Resultatet är föga överraskande, eftersom det är rimligt att förvänta sig att rehabilitering är viktigt för hur man upplever sin partiella sjukskrivning.

Sammanfattningsvis kan sägas att upplevelsen av partiell sjukskrivning på en generell nivå varierar väldigt litet mellan olika grupper och omständigheter. Detta antyder att partiell sjukskrivning fungerar ganska väl som en generell åtgärd. Trots denna slutsats vill vi understryka vikten av att eftersträva en hög grad av individuell anpassning.

Jämförelse mellan Norr- och Västerbotten

Som tidigare uppmärksammats finns en skillnad i omfattningen av partiell sjukskrivning när man jämför de två nordligaste länen. En viktig fråga för projektet har därför varit att beskriva eventuella skillnader mellan länen i hur partiell sjukskrivning används, och hur försäkrade i de båda länen upplever sin partiella sjukskrivning. Resultatet har blivit att det är svårt att se några stora skillnader mellan länen.

Tabell 25 visar hur informanterna svarat på frågan om hur det varit att kombinera arbete med partiell sjukskrivning uppdelat på län.

Tabell 25: Allmän värdering av partiell sjukskrivning fördelat på län.

		Län		Total
		Norrbottnen	Västerbotten	
Hur har det varit att kombinera arbete och partiell sjukskrivning?	Mycket tillfredsställande	31 23,3 %	32 18,2 %	63 20,4 %
	Tillfredsställande	58 43,6 %	95 54,0 %	153 49,5 %
	Varken eller	22 16,5 %	19 10,8 %	41 13,3 %
	Otillfredsställande	12 9,0 %	18 10,2 %	30 9,7 %
	Mycket otillfredsställande	10 7,5 %	12 6,8 %	22 7,1 %
Total		133 100,0 %	176 100,0 %	309 100,0 %

Här finns en antydning om att man i Västerbotten är mer tillfredsställda med partiell sjukskrivning samtidigt som man i Västerbotten undviker de ”extrema” svarsalternativen. Dessa tendenser är dock inte signifikanta.

I analysen har flertalet variabler korrelerats mot län, i endast tre avseenden kunde skillnader skönjas. En sådan skillnad mellan länen är i vilken grad man sjukskriver partiellt:

Tabell 26: Sjukskrivningsgrad fördelat på län.

		Län		Total
		Norrbottnen	Västerbotten	
I vilken omfattning har du varit partiellt sjukskriven?	25 %	14 10,7 %	38 22,1 %	52 17,2 %
	50 %	106 80,9 %	120 69,8 %	226 74,6 %
	75 %	11 8,4 %	14 8,1 %	25 8,3 %
Total		131 100,0 %	172 100,0 %	303 100,0 %

Den skillnad som finns är att man i Norrbotten använder 50 % sjukskrivning i stället för 25 % i större utsträckning än i Västerbotten (Chi-två signifikant på 95 %-nivå). Beträffande trefjärdedelssjukskrivning kan ingen skillnad utläsas.

När det gäller förändring av sysselsättningsgrad före och efter avslutad sjukskrivning finns det en tendens som är intressant, även om den inte riktigt är signifikant (Chi-två signifikant vid 89 %):

Tabell 27: Förändring i sysselsättningsgrad fördelat på län.

		Län		Total
		Norr- botten	Väster- botten	
Förändring i sysselsättningsgrad före och efter sjukskrivningen	Ökad	2 2,6 %	10 9,9 %	12 6,8 %
	Samma	52 68,4 %	58 57,4 %	110 62,1 %
	Minskad	22 28,9 %	33 32,7 %	55 31,1 %
Total		76 100,0 %	101 100,0 %	177 100,0 %

Tendensen är att man i Norrbotten i större utsträckning behåller samma sysselsättningsgrad som tidigare efter det att sjukskrivningen avslutats. I Västerbotten sker oftare en förändring, jämförelsevis oftare i riktning mot ökad sysselsättningsgrad. En möjlig tolkning är att förändringar på arbetsmarknaden och i sysselsättningsgrad är större i Västerbotten i stort, och att alltså detta inte är något specifikt fenomen för gruppen partiellt sjukskrivna.

När det gäller Försäkringskassans roll finns en skillnad i hur de försäkrade uppfattar bemötande från handläggare i de två länen:

Tabell 28: Försäkringskassans förståelse fördelat på län.

		Län		Total
		Norrbotten	Västerbotten	
Hur anser du att du blivit bemött vad gäller förståelsen för din sjukskrivning från försäkringskassans handläggare?	Mycket bra	64 49,2 %	62 35,6 %	126 41,4 %
	Bra	33 25,4 %	55 31,6 %	88 28,9 %
	Varken eller/ Dåligt	33 25,4 %	57 32,8 %	90 29,6 %
	Total	130 100,0 %	174 100,0 %	304 100,0 %

Av tabellen framgår att partiellt sjukskrivna i Norrbotten är mer nöjda med bemötandet än i Västerbotten (Chi-två signifikant på 90 %-nivån).

Kvinnor och män

Redan i det material vi fått från Riksförsäkringsverket får vi ett av de mest intressanta resultaten i undersökningen: 80 % av alla partiellt sjukskrivna i Norr- och Västerbotten är kvinnor. Detta resultat måste betraktas som tillförlitligt, då det rör sig om en slutsats baserad på ett stort urval: 550 individer ur en population på 8741 personer. Kvinnor har generellt en högre sjukfrånvaro

än män, 1996 hade kvinnor 14,3 sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad och år, jämfört med 9,5 dagar för män. Tidigare studier har också visat att kvinnor något oftare är långtidssjukskrivna än män, vidare beviljades under hela 90-talet fler kvinnor än män sjukbidrag eller förtidspension. Kvinnor är vidare kraftigt överrepresenterade bland förtidspensionärer och sjukbidragstagare med partiella förmåner (Reinholdt och Hörte 1998). Dessa förhållanden ger tillsammans ett sammanhang i vilket den mycket kraftiga överrepresentationen av kvinnor bland de partiellt sjukskrivna blir mer begriplig. Man kan eventuellt tänka sig att vi här har att göra med en regional avvikelse, att Norr- och Västerbotten har en särskilt hög överrepresentation av kvinnor med partiell sjukskrivning.

När det gäller förtidspension finns en diskussion om orsakerna till att kvinnor oftare bedöms ha en restarbetsförmåga. Detta har relaterats till två saker: för det första epidemiologiskt, att kvinnor oftare drabbas av sjukdomar i rörelseorganen, med diffusa symtom som är svårare att bedöma och objektivt bevisa att de finns. För det andra har det föreslagits att handläggare på Försäkringskassan och socialförsäkringsnämnder helt enkelt bedömer kvinnor och män olika. Man har i detta sammanhang frågat sig om beslutsfattarna tar hänsyn till kulturella föreställningar om hushållsgöromål och ansvar för familjen, men även om överrepresentationen av deltidsarbete bland kvinnor bidrar till att man oftare bedömer att kvinnor har en restarbetsförmåga (Marklund & Bergendorff 1998; Reinholdt & Hörte 1998).

Givet att en överväldigande majoritet av de partiellt sjukskrivna är kvinnor, blir frågan om könsskillnader central för studien. Eftersom urvalet enbart består av partiellt sjukskrivna är möjligheterna till en analys av orsaker till denna markanta könsskillnad begränsade. Vi har heller inte haft möjlighet att se på mönster som har att göra med att samma person kan vara partiellt sjukskriven vid flera kortare tillfällen. I materialet återfinns de skillnader som man kan förvänta sig när det gäller bakgrundsvariabler: kvinnor är i högre utsträckning anställda och mindre utsträckning egenföretagare, en större andel kvinnor är offentligt anställda, kvinnor lägger ner mer tid på hushållsarbete och omsorg av egna barn. Vi har dock inte kunnat göra systematiska jämförelser med andra statistiska material, varför dessa uppgifter inte i sig kan användas för att förklara orsaken till överrepresentationen av kvinnor bland partiellt sjukskrivna. I detta avsnitt diskuteras de samband som vi funnit inom materialet av partiellt sjukskrivna.

Könsvariabeln ger utslag på två frågor som handlar om försäkringskassans roll i sjukskrivningen, vilket framgår av tabellerna 29 och 30:

Tabell 29: Försäkringskassan som initiativtagare fördelat på den försäkrades kön.

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Tog försäkringskassan initiativ till att din sjukskrivning blev partiell?	Nej	54 93,1 %	292 98,0 %	346 97,2 %
	Ja	4 6,9 %	6 2,0 %	10 2,8 %
Total		58 100,0 %	298 100,0 %	356 100,0 %

Det är ovanligt att Försäkringskassan tar initiativ till partiell sjukskrivning, men när så sker är det en högre andel män som blir föremål för Försäkringskassans initiativ (Chi-två signifikant på 95 %-nivå). Detta kan möjligen sättas i relation till det faktum att män i mindre utsträckning blir partiellt sjukskrivna, och att Försäkringskassan därför går in och agerar i fall där partiell sjukskrivning förefaller lämplig. Ingen av de övriga variablerna när det gäller vem som tar initiativ uppvisar signifikant samband med kön.

Det andra sambandet mellan kön och Försäkringskassans inblandning gäller hur man uppfattar bemötandet från handläggare och annan personal:

Tabell 30: Försäkringskassans förståelse fördelat på den försäkrades kön.

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Hur anser du att du blivit bemött vad gäller förståelsen för din sjukskrivning från försäkringskassans handläggare?	Mycket bra	16 29,6 %	124 43,5 %	140 41,3 %
	Bra	17 31,5 %	84 29,5 %	101 29,8 %
	Varken eller	15 27,8 %	60 21,1 %	75 22,1 %
	Ganska dåligt	1 1,9 %	10 3,5 %	11 3,2 %
	Mycket dåligt	5 9,3 %	7 2,5 %	12 3,5 %
Total	54 100,0 %	285 100,0 %	339 100,0 %	

Kvinnor är överrepresenterade i den grupp som är mest nöjd med bemötandet, medan männen är överrepresenterade bland dem som svarat mycket dåligt. Chi-två är signifikant på 90 %-nivån, vilket indikerar att slutsatsen är osäker. Bland de övriga frågorna som handlar om bemötande är den icke-signifikanta tendensen att kvinnor oftare är mycket nöjda. Vi finner dock att när det gäller bemötande från den egna familjen, är kvinnor överrepresenterade bland dem som inte svarat på något av bra-alternativen. Återigen är dock andelen kvinnor högre bland de mest nöjda (Chi-två signifikant på 95 %-nivån).

Tabell 31: Familjens förståelse fördelat på den försäkrades kön.

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Hur anser du att du blivit bemött vad gäller förståelsen för din sjukskrivning från din familj?	Mycket bra	33 62,3 %	209 71,1 %	242 69,7 %
	Bra	20 37,7 %	67 22,8 %	87 25,1 %
	Varken eller/Dåligt	- -	18 6,1 %	18 5,2 %
Total		53 100,0 %	294 100,0 %	347 100,0 %

Tendensen här är alltså att även om förståelsen från familjen överlag upplevs som bra, upplever en mindre grupp kvinnor att det finns ett problem här, ett resultat som kan sättas i relation till vad några kvinnor i intervjustudien berättade om problem i relation till sambon.

Ett förhållande som hänger ihop med att kvinnor i större utsträckning är partiellt sjukskrivna är den skillnad som finns i svaren på frågan om man fortfarande är sjukskriven.

Tabell 32: Fortfarande sjukskrivna fördelat på den försäkrades kön.

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Är du fortfarande sjukskriven?	Ja, helt	14 23,3 %	38 12,7 %	52 14,4 %
	Ja, partiellt	11 18,3 %	92 30,7 %	103 28,6 %
	Nej	35 58,3 %	170 56,7 %	205 56,9 %
Total		60 100,0 %	300 100,0 %	360 100,0 %

Lika många kvinnor som män har avslutat sin sjukskrivning vid frågetillfället, vilket stämmer överens med att det inte finns någon könsskillnad i hur länge man varit partiellt sjukskriven. Däremot finns det en skillnad i om den kvarstående sjukskrivningen är partiell eller på heltid: män har i högre grad fått sin partiella sjukskrivning ändrad till heltidssjukskrivning (Chi-två signifikant på 95 %-nivån). Män har alltså större chans att få den partiella sjukskrivningen omvandlad till heltidssjukskrivning. Detta kan vara en delförklaring till att män har färre partiella sjukskrivningsdagar, men inte att de till antal är underrepresenterade.

Det visar sig också att bland dem som avslutat sin sjukskrivning, så har män i högre utsträckning än kvinnor samma sysselsättningsgrad som tidigare (Tabell 33, Chi-två är signifikant på 95 %-nivån). Denna skillnad är mycket tydlig. Kvinnor har i högre utsträckning

ökat sysselsättningsgrad, men också minskat den, vilket är det vanligaste när det sker en förändring.

Tabell 33: Förändring i sysselsättningsgrad fördelat på den försäkrades kön.

		Kön		Total
		Man	Kvinna	
Förändring i sysselsättningsgrad före och efter sjukskrivningen	Ökad	1 3,3 %	11 6,9 %	12 6,3 %
	Samma	25 83,3 %	93 58,1 %	118 62,1 %
	Minskad	4 13,3 %	56 35,0 %	60 31,6 %
Total		30 100,0 %	160 100,0 %	190 100,0 %

Detta samband kan te sig anmärkningsvärt, då kvinnor generellt oftare arbetar deltid. I vårt material av partiellt sjukskrivna finns det dock ingen signifikant skillnad i sysselsättningsgrad mellan könen. Däremot finns en signifikant skillnad (Chi-två signifikant på 95 %-nivån) som indikerar att kvinnors sysselsättningsgrad är mindre än männens efter sjukskrivningen. Möjligen beror detta på att partiell sjukskrivning i högre grad används i fall där den försäkrade arbetar heltid, varför heltidsarbetande kvinnor kan bli överrepresenterade i gruppen partiellt sjukskrivna.

Utfallet av sjukskrivning blir alltså att kvinnor oftare förändrar sin sysselsättningsgrad efter sjukskrivningen, och då i huvudsak genom att den minskar. Män och kvinnor tycks alltså ha en något annorlunda bana efter att partiell sjukskrivning har avslutats: medan män i 83 % av fallen återgår till samma sysselsättningsgrad, kommer denna att förändras för 42 % av kvinnorna. Partiell sjukskrivning tycks alltså ofta föra kvinnor vidare till en lägre sysselsättningsgrad. Ser man till respondenternas egen skattning av utsikterna att efter sjukskrivningens slut återgå till samma sysselsättningsgrad som tidigare, finner man en tendens att kvinnor något oftare tror att sysselsättningsgraden kommer att minska. Denna tendens är dock inte signifikant.

Förväntade samband som vi inte funnit stöd för

En generellt underskattad resurs i många undersökningar är så kallade nollresultat, alltså där man inte hittar några samband mellan variabler i undersökningen. Ofta kan sådana nollsamband dock vara de kanske mest intressanta, eftersom de kan sticka håll på föreställningar om samband som funnits innan undersökningen, föreställningar som också kan te sig välgrundade i teoretiska resonemang.

Det visar sig till exempel inget samband mellan tillfredsställelse med partiell sjukskrivning och kön, något som vi förväntat oss med hänvisning till det könsteoretiska resonemanget om hälsa tidigare i rapporten. Det heller ingen skillnad mellan Norr- och Västerbotten, trots att omfattningen av partiell sjukskrivning varierar mellan länen.

Teoretiskt skulle man kunna tänka sig att individens hemsituation är betydelsefull för upplevelsen av att vara partiellt sjukskriven. Det förefaller till exempel möjligt att läkare i beslut om sjukskrivning skulle kunna ta hänsyn till att kvinnor har en större arbetsbelastning i hemmet

(jfr. Reinholdt & Hörte 1998, s. 53-54). Förutom det lilla samband som kan finnas mellan föräldraskap och hur tillfredsställd man är med partiell sjukskrivning, finner vi inga sådana samband (till exempel när det gäller civilstånd, hur mycket tid man lägger ner på hushållsarbete, barnpassning etc.). Självfallet är det möjligt att en vidare analys av partialsamband skulle kunna påvisa mer komplexa korrelationer med dessa variabler. Ett problem i analysen är här det höga interna bortfallet för frågorna om arbete i hemmet.

Givet att Norrbotten har landets lägsta frekvens av partiell sjukskrivning, samtidigt som andelen offentliganställda kvinnor är mycket hög, kan man ställa en hypotes om att typen av arbetsgivare (offentlig-privat) skulle kunna ha betydelse för upplevelsen av partiell sjukskrivning. När det gäller värderingen av partiell sjukskrivning finns dock ingen skillnad mellan offentliganställda och privat anställda.

En annan faktor som man kan förvänta sig påverkar hur nöjd den försäkrade är med sin partiella sjukskrivning är hur stor del av sin arbetstid som man är sjukskriven. Inte heller här kan något samband skönjas. Här försvåras dock analysen av att tre fjärdedelar i materialet är sjukskrivna på halvtid.

Det kanske mest förvånande icke-sambandet handlar om planering för återgång till arbete. Det förefaller rimligt att individen skulle bli mer tillfredsställd med att vara partiellt sjukskriven om planeringen för återgång till arbetet fungerar väl. Det finns en svag sådan tendens i materialet, som dock inte är i närheten av att vara signifikant. Den något paradoxala slutsatsen blir då att planering för återgång till arbetet inte är särskilt viktigt för hur den försäkrade upplever sin partiella sjukskrivningsperiod.

Öppna svar

Den sista frågan i enkäten är öppet formulerad och respondenten kan själv utforma sitt svar: "Är det någonting i din situation som partiellt sjukskriven som inte tagits upp i enkäten som du skulle vilja framhålla?"

Svaren på denna fråga ger en del mer substantiell information om förhållanden som varit viktiga för dem som svarat. Dessa svar redovisas nedan fördelade på svaranden som varit positiva och negativa i sina svar. Vi kommenterar några tendenser i dessa svar, samtidigt som vi gärna betonar att det är viktigt att se mångfalden och det individuella i varje svar, vilket också är anledningen till att samtliga svar här återges.

Positivt

"Det är oerhört viktigt med ett positivt bemötande av alla instanser. Att man får tid på sig att komma igen, att man får känna sig värdefull fast man inte arbetar heltid."

"Var sjukskriven helt 2 månader, därefter partiellt sjukskriven 2 månader (50 %). Lämplig övergång."

"Att man inte tappar kontakten med arbetslivet är mycket positivt."

"Stor frihet på jobbet, får planera mitt arbete själv i stor utsträckning. Mycket bra att kunna arbeta deltid och få träffa folk."

"Eftersom jag hade en ordentlig influensa var det jättebra att få arb. 50 % dessa 2 v. Som part.tj.led. gällde, särskilt när jag arb. 100 % och har ett stressigt jobb med vik.anst., o dyl."

"Jag känner mig 10 år yngre och har själv ansökt om nedkortad arb.tid utifrån att jag vill fortsätta må bra."

"Det är bra att man kan få bli partiellt sjukskriven "akut" som jag blev det."

"Hur bra det fungerar med min arbetsgivare, jobba flexibelt som deltidssjukskriven. Har jag mått sämre en dag har jag kunnat komma lite senare, jobba mina timmar och gå hem."

"Mindre trötthet, större arbetsglädje = en mycket bättre livssituation."

"Jag hade en person som gick dubbelt med mig en tid när jag återkom till arbetet."

"Vila och återhämtning."

"Möjlighet att själv kunna styra förläggningen av min arbetstid till de perioder när jag mått bättre och alltså skulle ha orkat med arbetet bättre."

"För mig personligen är rehabträning för kroppen en viktig del för att kunna jobba t.ex. deltid för att fortsätta att vara aktiv i både jobb o privat. Annars blir man ju utsliten och därefter helt sjukskriven."

"Försäkringskassans personal har varit förstående och har låtit mig ha stort inflytande på min egen rehabilitering vilket för min del varit mycket bra."

"Bättre att orka jobba lite än inget alls!"

"Partiell sjukskrivning gjorde det möjligt för mig att känna efter hur dåligt/bra jag mådde. Fick möjlighet till tid för terapi och vila. Tyvärr behövde jag sjukskrivas på heltid, men jag jobbar för fullt med mig själv och att jag ska bli frisk. Partiell sjukskrivning är något positivt!"

"Jag gick hos sjukgymnast och blev bättre."

Bland de positiva svaren kan man se att flera värdesätter den möjlighet till flexibilitet i arbetet som möjliggörs. Huruvida en partiell sjukskrivning går att organisera på ett sätt som ger den sjukskrivne stor frihet har förmodligen mycket att göra med vilken typ av arbete det handlar om: det torde vara lättare för en högre tjänsteman att anpassa sina arbetstider efter sina hälsobehov än för ett vårdbiträde, vars schema baseras på krav om vilken grundbemanning som en vårdavdelning ska ha. Här blir också arbetsgivarens förmåga och vilja att organisera en fungerande arbetssituation för den partiellt sjukskrivne mycket betydelsefull.

Även möjligheten till fortsatta kontakter med arbetsplatsen är något som upplevs som positivt av några, liksom att man fått tillfälle till vila och rehabilitering.

Negativt

"Jag får ingen kontinuitet i mitt arbete, hattigt jobb."

"Jag skulle vilja arbeta heltid om jag kunde. Halvtidsarb. upplevs som mycket otillfredsställande arbetsmässigt sett. Kommer aldrig in i arbetet ordentligt under dagen. Mycket information missar man. Den ekonomiska delen är också mycket otillfredsställande."

"Jag skulle ha varit längre tid sjukskriven om jag inte hade känt mig tvingad att gå tillbaka pga. arbetssituationen. Det fanns ingen vikarie för mig."

"Jag tycker att det är så otroligt dåligt att man inte följer upp patienter mer så att man ska kunna bli bättre. Hitta andra lösningar så att man inte känner sig så himla värdelös, vilket man gör om man inte kan arbeta heltid."

"Ingen bryr sig om någon rehab."

"F-kassans problem med att räkna ut rätt sjuklön."

"Det har tagit för lång tid med försäkringskassan att fixa en kurs som ska hjälpa mig att få vara kvar i firman."

"Hur många som återgår till jobbet trots fortfarande "sjuka" pga. stor inkomstförlust. Läkarbesök, mediciner, behandlingar. Allt kostar."

"Stressen snarare ökade eftersom sjukskrivningen framskred, eftersom ingen övertog mina arbetsuppgifter."

"100 procents sjukskrivning hade varit mycket bättre för min rygg."

"Hur brutalt okunniga vissa anställda inom f-kassan är."

"Psyiskt mycket tungt. För mig blev allting värre på grund av halvtidsjobb."

"Ekonomiskt jobbigt efter 365 dagars sjukskrivning, ingen ersättning därefter, arbetsskadeanmälan, allting tar så lång tid."

"Känner sig halv, tar tid att förstå att man inte klarar sig lika mycket som tidigare."

"Försäkringskassan i Norrbottens län är dålig på att ekonomiskt bidra med medel till rehab. Arbetsgivaren och den enskilde får stå för detta. Försäkringskassan bidrar med rehabersättning motsvarande sjukpenningen."

"Jag jobbade ändå nästan 100 %. Ruskigt mycket på jobbet."

"Kontakten med försäkringskassan har varit dålig. Det verkar vara meningen att man själv ska ta itu med allt, vilket är väldigt svårt när man har värk och inte mår så bra."

"Att det är så lång väntan på behandling av olika slag."

"Jag gick till jobbet fast jag var helt slut. Läkaren tycker inte lågt HB var orsak för att ge sjukskrivning. Jag har en längre tid haft lågt HB (5 år)."

"Ett arbete ska inte ta så mycket ork så att man blir sjuk eller ej orkar med hemmet och familjen."

"Att försäkringskassan utbildar sina kontorister till läkare. För dom tror att dom är läkare. Detta är en farlig situation."

"Pressande att gå ner i arbetstid då ingen ersättare sätts in för min förlorade arbetstid. Det känns som om jag måste göra 100 % för att inte svika mina arbetskamrater."

"Jag har varit ambitiös och älskat mitt jobb (arbetat i 8 år) men det är inte värt att offra sitt eget liv för ett jobb. Det är svårt att kombinera småbarnsföräldraliv och lärarjobb."

"Man känner sig isolerad från social samvaro."

"Att min chef aldrig haft ngt samtal om mina upprepade sjukskrivningar, utan nöjt sig med att jag har ledvärk! Var det för att det var enklast så?!"

"Svårt att vila och återhämta sig om man har ständig värk, svårt att arbeta deltid när det förväntas att man skall arbeta till 100 %. Det finns inga rehab.arb.platser."

"Vid löneförhandlingar på arbetet får vi som är mycket partiellt sjukskrivna alltid minst i löneloft. Vi är två sjuksköterskor på min avd. som har den situationen."

"Mer uppbackning av arbetsgivare och arbetskamrater. Dom borde ringa mig då och då för att höra hur jag mår."

"Känner sig halv, tar tid att förstå att man inte klarar lika mycket som tidigare."

"Du förlorar ekonomiskt, löneloftet uteblir som påverkar din kommande pension. Jag har halverat min nettoink. Med c:a 6000:-/mån."

"Med 100 % arbete medför detta att fritid och ledighet periodvis inte kan utnyttjas."

"Svårigheten att återgå till sitt jobb efter en lång sjukskrivning. En skada som inte syns, bara känns för den som har den, är inte så acceptabel i andras ögon, speciellt kvinnor. Ingen empati."

"Svårt att inte pressa in för mycket jobb i deltiden då man vet att det finns mera jobb att göra, och kollegors förväntningar. Både uttalade och outtalade."

"Har fortfarande rester kvar av utbrändhet, lägre stresskänslighet m.m."

"Jag är enormt besviken på omgivningens oförstående och även enorma avundsjuka??? på varför jag får vara sjukskriven. De tror att man valt själv och är lycklig att man fått en sjukdom så man slipper arbeta."

Ur de svar som varit mer negativa framträder fyra teman:

- 1) Dålig ekonomi till följd av sjukskrivningen. Detta problem är allvarligt, eftersom en så stor del av de partiellt sjukskrivna är sjukskrivna lång tid. En följd av detta kan bli att somliga återgår till arbete trots att de utifrån ett hälsoperspektiv kanske skulle må bäst av en fortsatt sjukskrivning.
- 2) Missnöje med insatser för rehabilitering. Denna tendens understryker det som tidigare sagts om att varje fall av partiell sjukskrivning måste ses som potentiellt långvarigt.
- 3) Stress i arbetet på grund av press att fullgöra sina ordinarie arbetsuppgifter trots att man har en nedsättning i arbetstid. Detta handlar till största delen om arbetsorganisation, att arbetsgivaren förmår planera så att den partiellt sjukskrivna tilldelas en realistisk arbetsbörda
- 4) Missnöje med Försäkringskassan. I något fall administrativt krångel, i övrigt handlar det om hur frågan om rehabilitering hanteras eller missnöje med bemötandet.

SLUTDISKUSSION

Till sist skulle vi vilja samla ihop de slutsatser som vi betraktar som viktigast i de båda delstudierna, samt diskutera hur resultat från de båda delstudierna förhåller sig till varandra. Ibland kan slutsatser på en statistisk nivå förstås med hjälp av iakttagelser från intervjustudien. Men i vissa frågor tycks de olika delstudierna ge olika intryck av hur de försäkrade har upplevt sin situation som partiellt sjukskriven.

Det bör också understrykas att syftet här varit att göra en mer ingående studie av ett urval av enbart partiellt sjukskrivna. Detta innebär att möjligheterna att göra jämförelser med alternativen – att vara sjukskriven på heltid eller att inte vara sjukskriven alls – varit mycket begränsade.

Fyra av fem är kvinnor

Det faktum att 80 % av partiellt sjukskrivna är kvinnor innebär att det varit naturligt att låta rapporten präglas av ett genusperspektiv. Vårt uppdrag och syfte har varit att göra en analys av enbart gruppen partiellt sjukskrivna, vilket innebär att vi har små möjligheter att analysera orsaken till varför andelen kvinnor är så hög. Däremot kan analysen ge indirekta antydningar om orsaker. Men framför allt är det viktigt i sig att beskriva könsskillnader i materialet, givet den starka övervikten av kvinnor. Den låga andelen män i vårt material försvårar analysen något, på så sätt att det blir svårare att hitta signifikanta samband och att göra mer detaljerade analyser. Detta kan vara en orsak till att vi överlag funnit tämligen små skillnader mellan könen när det gäller utvärderingsvariablerna.

Den kanske viktigaste skillnaden mellan kön i enkäten är att bland dem som fortfarande är sjukskrivna, så är män oftare sjukskrivna på heltid, medan kvinnor fortsätter vara partiellt sjukskrivna. Detta kan vara en delförklaring till att män har färre partiella sjukskrivningsdagar. Efter avslutad sjukskrivning, visar det sig att 83 % av männen återgår till samma sysselsättningsgrad som tidigare, jämfört med 58 % av kvinnorna. Kvinnor är överrepresenterade både bland dem som ökar sin sysselsättningsgrad och de som minskar den, dock är det fem gånger så vanligt att kvinnor minskar sysselsättningsgrad än att de ökar den.

Långa sjukskrivningsperioder – litet rehabilitering

I vårt material, där vi uteslutit de som varit sjukskrivna mindre än fyra dagar, har hälften varit sjukskrivna i mer än fem månader. En konsekvens av detta är att det är viktigt att se varje fall av partiell sjukskrivning som potentiellt långvarigt, där det är viktigt att redan på ett tidigt stadium tänka i termer av att planera återgång till arbetet och rehabilitering. Just när det gäller rehabilitering är våra resultat inte entydiga. Av de som i enkäten uppgivit att det över huvud taget gjorts en planering för återgång till arbete i samma omfattning som innan sjukskrivningen, är endast 15 % missnöjda med rehabiliteringen, vilket ter sig som ett gott resultat. Å andra sidan uppger hela 48 % av de som varit sjukskrivna i mer än sex månader att det inte gjorts någon planering för sådan återgång till arbetet. Detta trots att en rehabiliteringsplan alltid ska upprättas vid längre sjukskrivning. Intrycket blir att det finns brister i planering för rehabilitering, något som också i intervjuerna framstår som ett av de allvarligaste problemen för de partiellt sjukskrivna. Intrycket att det finns brister i rehabiliteringsarbetet förstärks också av att hela 69 % uppgivit att de inte tror att de i framtiden kan återgå till sin tidigare sysselsättning. Detta resultat i sig måste ses som ett av de mer anmärkningsvärda i undersökningen.

Rehabilitering är ett begrepp vars innebörd inte alltid är tydlig. Det förefaller därför sannolikt att informanterna kan ha lagt mycket olika betydelser i det när de besvarat enkätfrågan, ett intryck som förstärks av hur respondenterna i intervjuerna har resonerat om rehabilitering. Därför kan det inte uteslutas att faktisk planering för återgång till arbetet och faktiska rehabiliteringsinsatser underrapporterats i enkäten, på grund av att respondenterna gör en egen tolkning av vad sådan planering och rehabilitering innebär. Slutsatsen blir att det är svårt att få till stånd rehabiliteringsinsatser, men när de väl sätts in är de försäkrade tämligen nöjda med det som görs.

Små skillnader mellan Norr- och Västerbotten

En av anledningarna till att denna studie kom att genomföras, var den skillnad i omfattning av partiell sjukskrivning som finns mellan Norr- och Västerbotten, där Norrbotten har landets lägsta andel partiellt sjukskrivna samtidigt som Västerbotten ligger över riksgenomsnittet. Liksom är fallet med könsvariabeln är våra möjligheter att förklara skillnaden begränsade, till det hade behövts en enkätstudie över ett bredare material. Uppgiften här måste framför allt vara att belysa eventuella skillnader i hur de som redan är partiellt sjukskrivna upplever sin situation.

Det mest påtagliga resultatet av enkätundersökningen var att det varit mycket svårt att urskilja några skillnader mellan länen. De skillnader som urskiljts är att det är vanligare att man använder nivån 50 % för partiell sjukskrivning i Norrbotten, medan man oftare använder 25 % i Västerbotten. En skillnad finns också i att försäkrade i Norrbotten tycks vara något mer tillfreds med bemötandet från Försäkringskassans handläggare.

Arbetsrelaterade orsaker till sjukskrivning

I enkäten är 65 % av de diagnoser som anges av somatisk natur. I intervjuerna kommer dock samtalen ofta att handla om psykosociala aspekter som orsak till sjukskrivning. Vi har sett berättelser som handlar om stor arbetsbörda, om stress och bristande förståelse från arbetsgivare. När vi frågat om vilka orsaker som de sjukskrivna själva tror finns till sjukskrivningen, kan 29 % av arbetsrelaterade faktorer relateras direkt till den psykosociala arbetsmiljön, medan 23 % berör den fysiska arbetsmiljön. Återstående 48 % handlar om för hög arbetsbelastning, ett svar som är svårt att entydigt hänföra till antingen fysiska eller psykosociala aspekter.

De flesta är relativt nöjda – men problem finns

I de kvantitativa beskrivningar som kan göras med utgångspunkt i enkäten, blir det övergripande intrycket att de försäkrade är ganska nöjda med att vara partiellt sjukskrivna. Vi tolkar också svårigheterna att finna signifikanta samband mellan bakgrundsvariabler och de utvärderande variablerna som en indikation på att Försäkringskassorna behandlar de försäkrade på ett likartat och rättssäkert sätt.

Svaren på en öppen enkätfråga ger oss tillsammans med intervjuerna en bättre bild av vad de försäkrade varit missnöjda med. Förhållandena på arbetsplatsen fungerar inte alltid så bra, arbetsgivarens förståelse för den sjukskrivnes situation kan brista. Flera har också lyft fram att de känner att de måste göra samma jobb som tidigare, men nu på mindre tid, vilket leder till en väldigt pressad situation. Det faktum att privatekonomin ansträngs – speciellt under långa sjukskrivningstider – kan också vara ett stort problem. Många partiellt sjukskrivna tillhör låglönegrupper och är därför särskilt känsliga för låga ersättningsnivåer i sjukförsäkringen.

En intressant iakttagelse är att det varit svårt att hitta samband mellan variabler som vi vet påverkar omfattningen av partiell sjukskrivning – kön och län – och hur respondenterna värdesatt partiell sjukskrivning. Detta antyder att det inte finns några nämnvärda samband mellan vilka grupper som blir partiellt sjukskrivna och vilka grupper som värdesätter partiell sjukskrivning. Detta i sin tur ger anledning att ifrågasätta hur bedömningarna görs vid beslut om partiell sjukskrivning. Är det ”rätt” personer som blir partiellt sjukskrivna?

Är det då bra med partiell sjukskrivning? Svårigheten här är att veta utifrån vilka utgångspunkter respondenterna har svarat, till exempel vilka alternativ de sett som rimliga att jämföra med. En försiktig slutsats är att partiell sjukskrivning har fungerat bra för en majoritet av de tillfrågade. Vi vill dock framhålla att man enbart utifrån detta inte kan dra slutsatser om huruvida man bör sträva efter en ökning eller minskning av andelen partiellt sjukskrivna av det totala antalet sjukskrivna. För att uttala sig om detta behöver man göra vidare jämförelser med heltidssjukskrivna och icke sjukskrivna.

Partiell sjukskrivning är en liten sak i individens liv

Projektets syfte har varit att belysa hur partiell sjukskrivning fungerar för den försäkrade. För att ta ställning till detta måste man vara medveten om att det är mycket svårt att isolera hur just det faktum att någon är *partiellt* sjukskriven inverkar på hennes vardagsliv och livskvalitet. Detta har till viss del att göra med att det rent metodiskt är svårt att isolera denna faktor från allt annat som är viktigt för individens livskvalitet, men kanske framför allt på grund av att frågan om partiell sjukskrivning sällan blir central för individen. Detta visar sig också i våra resultat, inte minst i de fallbeskrivningar som görs, där det blir påfallande hur en mångfald andra förhållanden visar sig vara viktiga för individen. Det faktum att vi får många noll samband i den statistiska analysen, pekar också på att det är andra faktorer än just partiell sjukskrivning som är viktiga för individens välbefinnande och livskvalitet.

Framtida forskning

En slutsats av studien är att skillnaden mellan de båda länen inte varit särskilt stor. Detta innebär att fortsatta studier med huvudsyfte att belysa länsvisa skillnader av försäkrades upplevelser av partiell sjukskrivning inte bör prioriteras. Däremot kvarstår frågan om varför partiell sjukskrivning är vanligare i Västerbotten.

Att utvärdera partiell sjukskrivning är svårt på så sätt att det är en relativt liten del av alla sjukskrivningar som är partiella, samt att partiell sjukskrivning hela tiden måste jämföras med åtminstone två huvudalternativ: heltids arbete respektive heltids sjukskrivning. För att ta fasta på detta är det viktigt att framtida forskning på ett mer systematiskt sätt kan jämföra partiellt sjukskrivna med andra sjukskrivna och befolkningen i stort. Detta kan göras antingen genom nya empiriska studier där man vidgar urvalsramen till att omfatta även heltidssjukskrivna och kanske även personer som inte alls är sjukskrivna. Det är också möjligt att genomföra mer systematiska jämförelser med redan kända uppgifter och data från tidigare forskning. Denna typ av ansats skulle vara användbar för att besvara exempelvis frågan om varför en så stor andel kvinnor är partiellt sjukskrivna.

Ser man till innehållsliga teman i fortsatt forskning blir frågan om kvinnors överrepresentation – som har varit i fokus här – intressant för ytterligare belysning. Eftersom initiativet till att sjukskrivningen blir partiell i huvudsak kommer från antingen läkaren eller den försäkrade själv, finns det behov av undersökningar om hur försäkrade själva och läkare

kommer fram till att partiell sjukskrivning är lämpligt. Vidare känns det angeläget med fördjupningar i partiell sjukskrivning som instrument för att hantera långvariga hälsoproblem. Här blir det relevant att särskilt studera rehabiliteringsinsatser, men också att sätta partiell sjukskrivning i relation till förtidspension, sjukbidrag och arbetslöshet.

Vi vill slutligen gärna betona att trots att utvärderingen generellt kan tolkas ganska positivt, så är det mycket viktigt att gå vidare i de problem som ändå finns, att fördjupa sig i den minoritet som inte känt sig tillfreds med sin situation, samt att ge ytterligare belysning åt de frågor som förefallit särskilt problematiska, som dåliga erfarenheter av bemötande från arbetsgivare, problem med rehabilitering eller den relativt omfattande pessimism inför framtiden som visar sig i resultaten.

REFERENSER

- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- André, A. (1991). *Helprojektet – ett hälsoprojekt i samverkan mellan primärvården och Försäkringskassan i Alingsås: Ängabovården – hälso-sjuk-friskvård*. Alingsås: Försäkringskassan.
- Annerblom, M-L. (1990). "Kvinnotradition i fokus." *Pedagogisk-psykologiska problem*, Nr. 506. Malmö: Lärarhögskolan.
- Annerblom, M-L. (1993). *Stöd till sjukskrivna – Livsstilsanalys – pedagogisk rådgivning. Ett försöksarbete vid Försäkringskassan i Trelleborg 1993*. Trelleborg: Försäkringskassan.
- Annerblom, M-L. (1995). *Arbete i utveckling – på kvinnors vis. Livskvalitet för lokalvårdare Friskvård inför 2000-talet*. Utvärdering av kurs för lokalvårdare i Kävlinge kommun. Kävlinge: Kävlinge Kommun.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Arbetslivsfonden (1994). *Höga klackar och låg status. Osminkat om förändring av kvinnors arbetsvillkor*.
- Berglund, L. (2000). *Partiell sjukskrivning ur ett kundperspektiv*. Arbetsmanus till D-uppsats i Sociologi. Luleå tekniska universitet, Institutionen för Arbetsvetenskap.
- Bergman, B. (1997). *Women among men. Gender-related stress and health hazards affecting women working in a male-dominated industry*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet.
- Bäckström, I. (1997). *Att skilja agnarna från vetet: om arbetsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män*. Doktorsavhandling, Umeå universitet.
- Carlsson, J Ch. (1986). *Begreppet arbete. Definitioner, ideologier och sociala former*. Lund: Arkiv avhandlingsserie 24, 1986.
- Carlstedt, G. & Forssén A. (1999). *Mellan ansvar och makt*. Doktorsavhandling, Luleå tekniska universitet nr. 1999:03.
- Carlstedt, G. (1992). *Kvinnors hälsa en fråga om makt*. Stockholm: Tiden, Folksam.
- Davies, K. (1989). *Women, time and the weaving of the strands of everyday life*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Douglas, M. (1986). *Renhet och fara: en analys av begreppen orenande och tabu*. Nora: Nya Doxa.
- Ehrenberg, J. (1998). *Globaliseringsmyten*. Stockholm: Nordstedts förlag.
- Ek Kahnlund, K., Peterson, K., Jonsson, G., Edlund, C., Dahlgren, L. (1998). *Långtidssjukskrivnas upplevelser – en kvalitativ studie*. Försäkringskassan i Västerbottens län, Rapportserie 1998:2.
- Folkhälsoinstitutet.1995: 58. *Kvinnors hälsa i ett livscykelperspektiv. Stress och kvinnors symtom. Om de processer som leder till sjukdom hos kvinnor*. Folkhälsoinstitutet, Stockholm.
- Frankenhaeuser, M. (1995). *Kvinnligt, manligt, stressigt*. Höganäs: Bra Böcker/Wiken.
- Friberg, T. (1990). *Kvinnors vardag: om kvinnors arbete och liv: anpassningsstrategier i tid och rum*. Doktorsavhandling, Lunds universitet.
- Furåker, B. (Red.). *Arbetets villkor*. (1991) Lund: Studentlitteratur.

- Gunnarsson, E. (1994). *Att våga väga jämt. Om kvalifikationer och kvinnliga förhållningssätt i ett tekniskt industriarbete*. Doktorsavhandling, Tekniska Högskolan, Luleå.
- Henrekson, M. (1992). *Bruk och missbruk av sjukförsäkringen*. (2 uppl.). Stockholm: Studieförbundet Näringsliv och samhälle.
- Hirdman, Y. & Åström, G. (1988). *Genussystemet. Teoretiska funderingar kring kvinnors sociala underordning*. Uppsala: Maktutredningen.
- Honkasalo, M-L. (1989) "Kvinnors symtom – lidandet och njutningens språk." *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 10, 12-21.
- Höög, J. (1985). *Arbetsstillfredsställelse och frånvaro*. Umeå universitet, Sociologiska institutionen. Research Reports, nr 83.
- Johannisson, K. (1995). *Den mörka kontinenten. Kvinnan, Medicinen och Fin-De-Siecle*. Stockholm: Nordstedt.
- Josefsson, M. & Törnblom, I. (1995). *Två rehabiliteringsprojekt granskade ur könsperspektiv*. Göteborg: Arbetslivstjänster.
- Kilbom, Å., Messing, K. & Bildt Thorbjörnsson, C. (red.) (1999). *Yrkesarbetande kvinnors hälsa*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Kutza, E.-A. (1981). "Benefits for the disabled: How beneficial for women." *Journal of Sociology and Social Welfare* 8, 298-319.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Levi, L. (2000). *Stress och hälsa*. Stockholm: Skandia.
- Magnusson, L. (2000). *Den industriella revolutionen – och den svenska arbetsmarknaden*. Stockholm: Prisma.
- Marklund, S. (Red.). (1995). *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Marklund, S., Bergendorff, S. (1998). *Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp. En socialförsäkring för kvinnor och män – en kartläggning ur ett genderperspektiv*. Riksförsäkringsverket redovisar 1998:1.
- Maslach, C. & Leiter, M-P. (1999). *Sanningen om utbrändhet. Hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det*. Stockholm: Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1997).
- Oakley, A. (1993). *Essays on women, medicine and health*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Prokop, U. (1981). *Kvinnors livssammanhang: Begränsade strategier och omätliga önskningar*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Puranen, B. (1994). *Att vara kvinna är ingen sjukdom*. Stockholm: Nordstedt.
- Reinholdt, S. & Hörte, S-Å. (1998). *Ett könsperspektiv på ohälsa och yrke*. Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap, Luleå tekniska universitet.
- RFV 1999. *4:e septemberundersökningen av pågående sjukskrivningar – en jämförelse mellan 1998 och 1999*. Riksförsäkringsverket, Dnr 9161/99-430.
- SCB (1995). *På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, Programmet för jämställdhetsstatistik.
- Sjöberg, M. (1997). *I första hand kvinna*. (Välfärdsprojekt – skriftserie). Stockholm: Socialdepartementet.

- Sjöström, S. & Annerblom, M-L. (1999). *Partiell sjukskrivning ur ett kundperspektiv*. Projektplan, Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap, Luleå tekniska universitet.
- Spri och Svenska Läkaresällskapet (1995). *Kvinno-O-Hälsa*. Läkardagarna i Örebro.
- Stace, S. (1987). "Vocational rehabilitation for women with disabilities." *International Labour Review*. Vol. 126.
- Thomsson, H. (1996). *Women's opportunities for well-being. Studies of women's work, leisure and health-related behaviour patterns*. Doktorsavhandling, Stockholms universitet.
- Waerness, K. (1980). "Omsorgen som lönearbete – en begreppsdiskussion." *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1980;1 (3): 6-17.
- Waerness, K. (1984). "Omsorgsarbetets betydning for helse og sykdom." I Carlstedt G., Forssen, A. (Red.) *Medicinsk kvinnoforskning. Rapport från det II Nordiska seminariet i medicinsk kvinnoforskning*. Luleå: Socialmedicinska forskningsenheten.
- Ventegodt, S. (1998). *Livskvalitet: att erövra livets mening*. Stockholm: Forum.
- Westberg-Wohlgemut, H. (1996). *Kvinnor och män märks: Könsmärkning av arbete – en dold läroprocess*. Doktorsavhandling, Stockholms universitet.
- Wächter, A. & Åkerlund, C. (1990). *Dans på slak lina*. Stockholm: Utbildningsförlaget.

BILAGA: ENKÄTEN

Om ej annat anges, kryssa för ett alternativ. Frågorna avser när du var partiellt (deltids) sjukskriven. Om du inte längre är partiellt sjukskriven, svara då hur du upplevde din senaste partiella sjukskrivning. Om du tycker att det blir svårt att välja svarsalternativ som passar just din situation kan du skriva en förtydligande kommentar bredvid aktuell fråga.

- 1. Kön**
- Man
 - Kvinna

2. Födelseår.....

3. Familjesituation

- ensamstående utan barn
- ensamstående med vårdnad om barn
- sambo/gift utan barn
- sambo/gift med vårdnad om barn

4. Hur mycket tid lägger du ner på arbete i hemmet per dygn?

	mindre än 1 tim.	1-2 tim.	2-3 tim.	3-4 tim.	mer än 5 tim.
hushåll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reparationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omsorg av barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omsorg av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andra anhöriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Huvudsaklig sysselsättning vid den partiella sjukskrivningens början:

- anställd
- tjänstledig
- föräldraledig
- arbetslös
- arbetsmarknadspolitisk åtgärd (*ex. APR*)
- studerande
- egen företagare
- annat.....

6. Yrke när du blev sjukskriven: *(Beskriv så utförligt som möjligt, skriv t. ex undersköterska, ej vårdpersonal)*

.....
(Om du studerar/har studerat eller inte har något arbete kryssa då för ett av nedanstående alternativ)

studerar/har studerat *(skriv vilken utbildning du går/har gått)*

.....
 var arbetslös när jag blev sjukskriven

7. Arbetsgivare vid sjukskrivningens början: *(Besvaras endast av dig som förvärvsarbetade då)*

privat anställd

kommunalt anställd

landstingsanställd

anställd inom övrig offentlig förvaltning

8. Sysselsättningsgrad innan sjukskrivningen?

100 %

99-76 %

75-51 %

50-26%

25-1 %

0 %

9. I vilken omfattning har du varit partiellt sjukskriven? *(Om du arbetar/arbetat deltid ange omfattningen i % av den tid som du faktiskt varit sjukskriven när du inte arbetat)*

25 %

50 %

75 %

10. Skulle du vilja ändra på omfattningen av din sjukskrivning. Hur mycket vore bäst?

(Om du arbetar/arbetat deltid ange omfattningen i % av den tid som du faktiskt varit sjukskriven när du inte arbetat)

0%

25%

50%

75%

100%

11. Hur länge har du varit partiellt sjukskriven?

Från (år-mån-dag)..... Till (år-mån-dag).....

12. Vem tog initiativ till att din sjukskrivning blev partiell?

- du själv
- läkaren
- arbetsgivaren
- försäkringskassan
- annan person. Ange vem.....

13. Är du fortfarande sjukskriven?

- Ja, helt
- Ja, partiellt
- Nej

Om du svarat något av ja-alternativen på fråga 13, hoppa över till fråga 16

14. Av vilken orsak avslutades den sjukskrivningen? (Besvaras endast av dig som inte längre är sjukskriven)

- Friskskrivning, arbetar
- Friskskrivning, arbetslös
- Friskskrivning, studier
- Friskskrivning, övrigt
- Sjukpenningen drogs in ange orsak.....
- Ålderspension
- Sjukbidrag/förtidspension Helt Delvis

15. Vilken är din nuvarande sysselsättningsgrad? (Besvaras endast av dig som inte längre är partiellt sjukskriven)

- 100 %
- 99-76 %
- 75-51 %
- 50-26 %
- 25-1 %
- 0 %

16. Tror du att du i framtiden skulle kunna återgå till din tidigare sysselsättning i samma omfattning? *(Besvaras endast av dig som fortfarande är sjukskriven)*

- Ja, mycket sannolikt
- Ja, ganska sannolikt
- Nej, ganska osannolikt
- Nej, mycket osannolikt

17. Vilken diagnos hade du när du blev partiellt sjukskriven.

(Flera alternativ kan kryssas för)

- besvär i nacke/axlar
- ländryggsbesvär
- reumatism/ledsjukdom
- övriga sjukdomar i rörelseorganen
- komplikationer i samband med förlossning/graviditet
- astma och övriga sjukdomar i andningsorganen
- hudsjukdom
- hjärt- och kärlsjukdom
- stress/utbrändhet
- skador genom yttre våld (olycksfall), förgiftningar mm
- missbruk/ alkohol- och/eller drogberoende
- psykisk sjukdom (utom missbruk/beroende)
- tumörsjukdomar
- annan sjukdom, ange vilken.....

18. Hur anser du att du blivit bemött vad gäller förståelsen för din sjukskrivning från din omgivning *(Kryssa endast för det/de alternativ som passar in på din situation)*

	mycket bra	bra	varken eller	ganska dåligt	mycket dåligt
Försäkringskassans handläggare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chef/lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arbets-/studiekamrater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annan vårdpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Tror du att någon/några av dessa faktorer bidragit till att du blivit sjuk?

(Flera alternativ kan kryssas för)

- oro för nedskärningar
- förändrad organisation på arbetsplatsen
- för hög arbetsbelastning
- för lite stimulerande arbetsuppgifter
- problem med relationer
- arbetsplatsolycka
- brister i den fysiska miljön ex. buller, ventilation, ensidig belastning etc.
- problem med relationer i privatlivet
- för hög belastning när det gäller sysslor i hemmet, t.ex. städning, barnpassning, renovering etc.
- ensamhet/isolering
- dålig ekonomi
- arbetslöshet
- anhörigs sjukdom/död
- skilsmässa/separation
- annat.....

20. Gjordes det en planering för din återgång till arbete?

- Ja. Ange vem/vilka som gjorde den.....

.....

- Nej. Ange orsak om du vet

varför.....

.....

21. Hur har rehabiliteringen fungerat? (Besvaras endast av dig som svarat ja på fråga 20).

- mycket tillfredsställande
- tillfredsställande
- varken/eller
- otillfredsställande
- mycket otillfredsställande

22. Hur har det varit att kombinera arbete och partiell sjukskrivning?

- mycket tillfredsställande
- tillfredsställande
- varken/eller
- otillfredsställande
- mycket otillfredsställande

23. Vad har du upplevt som positivt med din partiella sjukskrivning?

- vila/återhämtning
- mer egen tid för hem och familj
- tid att tänka över min livssituation/arbetsituation
- annat.....

24. Är det någonting i din situation som partiellt sjukskriven som inte tagits upp i enkäten som du skulle vilja framhålla?

.....

.....

.....

.....

Tack för din medverkan!