



Fallberättelser om arbetslivsinriktad rehabilitering

- En fokusgruppsstudie

Pia Bülow



Hälsöhögskolan, Högskolan i Jönköping

Fallberättelser om arbetslivsinriktad rehabilitering

- En fokusgruppsstudie

Pia Bülow



HÄLSOHÖGSKOLAN
HÖGSKOLAN I JÖNKÖPING

SCHOOL OF HEALTH SCIENCES, JÖNKÖPING UNIVERSITY

RESEARCH REPORT 2013:1

JÖNKÖPING 2013

© Hälsohögskolan och Pia Bülow, 2013

Publisher: School of Health Sciences

ISSN 1653-1558

Förord

I föreliggande rapport redovisas en fokusgruppsstudie omkring lyckade och misslyckade fall av arbetslivsinriktad rehabilitering. Studien har genomförts inom ramen för avtal om uppföljning av FK-koordinatorer i Jönköpings län som träffades mellan Försäkringskassan i Jönköpings län och Hälsöhögskolan i november 2011. Fokusgruppsstudien utgör dock en avgränsad del utanför själva uppföljningen av FK-koordinatorerna som redovisas i en separat rapport (Nilsson, 2012). Det finns flera anledningar till delade rapporter. En sådan är att datainsamlingen till fokusgruppsstudien genomfördes redan före avtalet om uppföljning. En annan orsak är att fokusgruppsstudien inte specifikt syftar till att studera FK-koordinatorerna – även om dessa ingår i studien. Till lika stor del medverkar en viktig samarbetspart för nämnda koordinatorer, nämligen rehabiliteringssamordnare inom landstinget. Idén till fokusgruppsstudien uppstod för flera år sedan och har funnits med som möjlig del av andra samarbetsprojekt mellan Hälsöhögskolan, Landstinget i Jönköpings län och Försäkringskassan. När tillfället uppenbarade sig att på ett ”naturligt” sätt samla olika aktörer på arenan för arbetslivsinriktad rehabilitering – i det här fallet handläggare från Försäkringskassan och rehabiliteringssamordnare från Landstinget – blev projektet både möjligt och en realitet genom de lärandeseminarier som anordnades för dessa grupper under våren 2010.

En arbetsversion av rapporten lämnades till Försäkringskassan i augusti 2012. Sedan dess har texten bearbetats och utvecklats med utgångspunkt från kommentarer från tre vetenskapliga granskare. Ett stort tack riktas till dessa för deras intresserade, kloka och inspirerande synpunkter. Allra främst vill jag emellertid tacka alla som ställt upp i fokusgrupperna och med generositet delat med sig av sina erfarenheter till kollegor och till mig som forskare. Utan er medverkan vore detta projekt helt omöjligt.

Februari 2013

Pia Bülow

Hälsöhögskolan, Jönköping

Sammanfattning

Rapporten redovisar en fokusgruppsstudie där personliga handläggare/FK-koordinatorer från Försäkringskassan och rehabiliteringssamordnare från landstingets vårdcentraler i blandade grupper berättade om lyckade och misslyckade fall av arbetslivsinriktad rehabilitering. Studiens syfte var att undersöka vad dessa båda aktörsgrupper uppfattar som lyckade respektive misslyckade rehabiliteringsfall samt att studera eventuella skillnader mellan handläggarnas och samordnarnas uppfattningar och/eller berättelser.

Sex fokusgrupper med 5-10 deltagare per grupp genomfördes i samband med lärandeseminarier på tre olika platser i Jönköpings län. Totalt medverkade 44 personer, varav hälften från Försäkringskassan och hälften från Landstinget. Samtalen i fokusgrupperna spelades in som digitala ljudfiler och transkriberades ordagrant. Materialet analyserades enligt modeller för narrativ analys. Totalt identifierades 51 fallberättelser vilka studerades närmare utifrån om berättaren beskrev ärendet som en lyckosam eller misslyckad rehabilitering, vilken huvudaktör berättaren genom sin anställning representerade (FK eller LJ), grundläggande problematik i historien och vad berättaren lyfte fram som avgörande för att det specifika ärendet kunde räknas som lyckat eller misslyckat.

Analysen av fallberättelserna visar på både samstämmighet och skillnader mellan FK-koordinatorernas och rehabiliteringssamordnarnas uppfattning om vad som utgör lyckade respektive misslyckade rehabiliteringsärenden. Vad som kategoriseras som lyckade och misslyckade eller problematiska rehabiliteringsfall tycks för båda aktörsgrupperna utgöra en kvalitativ beteckning som kan ses utifrån många olika perspektiv – ur den försäkrades/patientens eller den professionelles synvinkel.

Generellt betonar båda aktörsgrupperna behovet av samverkan för att nå framgång i rehabiliteringsärenden. Ömsesidig kritik mot riktas mot sjukvården respektive Försäkringskassan som ”ansiktslösa” organisationer/myndigheter.

De skillnader som framträder mellan respektive aktörsgrupps berättelser kan förstås utifrån skilda arbetsvillkor och därmed skillnader i känslan av utsatthet för kritik. Trots att samtalen i fokusgrupperna till en del präglades av det upparbetade samarbetet mellan FK-koordinatorer och rehabiliteringssamordnare – och att detta betonades som viktigt och avgörande i många fallberättelser – framstår de båda funktionerna främst som representanter för två olika aktörer med olika roller och ansvar i rehabiliteringsprocessen.

Innehåll

Introduktion	8
Berättelser som grund för meningsskapande	9
Åter i arbete – arbetslivsinriktad rehabilitering	10
Studiens syfte	11
Metod och material	12
Datainsamling och transkription	13
Genomförande	14
Analys	15
Resultat	16
Lyckade fall	17
Faktorer för framgångsrik rehabilitering	22
Misslyckade och problematiska fall	25
Faktorer som hindrar/försvårar rehabiliteringsarbetet	27
Skillnader och likheter mellan olika aktörer	31
Avslutande diskussion	37
Slutsatser	39
Referenser	40

Introduktion

Vad är det som gör att vissa människor som har varit sjukskrivna under mycket lång tid mot alla odds kan börja jobba igen? Och varför misslyckas alla försök till rehabilitering andra gånger, trots att återgång till arbete tas för givet? Handlar det om den sjukskrivna individen, problemet som föranlett sjukskrivningen eller arbetsgivaren/arbetsplatsen? Eller ska gåtans lösning snarare sökas i rehabiliteringsarbetets organisering, i regelverket och socialförsäkringslagstiftningen eller i kunskapen bland de professionella¹ aktörerna?

Uppfattningar om vad som gör att en arbetslivsinriktad rehabilitering lyckas eller misslyckas är sannolikt av stor betydelse för hur professionella aktörer planerar och utför olika insatser. Det är emellertid oklart i vilken grad sådana föreställningar utgör en slags tyst kunskap (Polanyi, 1983/1966)², hos individen och i yrkesgruppen, eller om de är medvetandegjorda bland aktörerna och därmed tillgängliga för diskussion och reflektion. Oavsett om det ena eller andra gäller är det ytterst troligt att rådande uppfattningar både påverkar de professionellas upplevelse av den sjukskrivne i ett specifikt rehabiliteringsärende och vilka bedömningar som görs i det aktuella ärendet. Sist men inte minst påverkas troligen upplevelsen av det egna arbetet, känslan av handlingsutrymme och bilden av sig själv som yrkesperson.

Synen på den arbetslivsinriktade rehabiliteringens villkor och möjligheter liksom föreställningar om de hinder och problem som kan uppstå under ett ärendes gång formas till en del av tidigare personliga erfarenheter men också av gängse uppfattningar om rehabilitering och sjukskrivning förmedlade via exempelvis media (se t.ex. Johnson, 2010). Till detta kommer andras erfarenheter så som dessa framställs i olika kollegiala sammanhang och liknande mötesplatser. För den enskilda aktören innebär det att tidigare upplevelser av ”lyckade” rehabiliteringsfall likaväl som hågkomsten av ärenden där man har misslyckats vävs ihop med generella uppfattningar för att sammantaget utgöra grunden för vad som uppfattas som hinder eller möjligheter och hur dessa kan motverkas respektive användas.

Fördjupad kunskap om vad olika aktörer ser som möjligheter och hinder för en lyckad arbetslivsinriktad rehabilitering är därmed en viktig pusselbit för att kunna utveckla strategier och modeller för återgång till arbete och för att motverka så många hinder som möjligt. Ett rimligt sätt att närma sig uppfattningar om förutsättningar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är att studera erfarenheter som bidrar till synen på möjligheter och svårigheter. I den här rapporten sker detta genom studiet av de berättelser som personliga handläggare vid Försäkringskassan och rehabiliteringssamordnare i landstinget ömsesidigt utbyter utifrån sina erfarenheter av lyckosamma och misslyckade rehabiliteringsärenden.

¹ Begreppet professionell används genomgående i texten som synonym till yrkesmässig och gör därvid ingen skillnad mellan t.ex. profession och semi-profession.

² Tyst kunskap används här på det sätt Polanyi (1966/1983) beskriver med orden ”*we can know more than we can tell*” (s. 4).

Berättelser som grund för meningsskapande

Att skapa berättelser är ett grundläggande mänskligt sätt att sortera, organisera och förstå det vi erfar i livet (Ricoeur, 1984). Därmed utgör berättelser ett viktigt material för att studera hur människor förstår och tänker om sitt liv och hur det har formats (se t.ex. Bruner, 2001; Hydén & Bülow, 2004; Hydén & Hydén, 1997). Studiet av berättelser kan också ge inblick i hur personer argumenterar för sitt eget och andras agerande i olika situationer genom att presentera ursäkter eller rättfärdiggöranden (Radley & Billig, 1996; Scott & Lyman, 1968). Berättelser skapas omkring allt som uppfattas som viktigt. Många berättelser beskriver därmed vändpunkter i livet och sådant som sticker ut från det vanliga och som framstår som oväntat.

Att berätta är emellertid långt ifrån ett individuellt projekt. Samtidigt som berättelser utgör ett sätt för individen att skapa ordning bland personliga erfarenheter riktas historierna också mot en eller flera lyssnare. Mycket av berättandets kraft ligger i just möjligheten att formulera erfarenheter på ett sätt som gör att berättelsen kan delas med de som den presenteras för. Berättande handlar på det sättet ofta om att skapa samhörighet och att visa tillhörighet. I vardagliga sociala sammanhang utgör berättelser en stor och viktig del av det erfarenhetsutbyte som ständigt sker mellan människor i samma familj, på samma arbetsplats och i varje annat socialt sammanhang där människor aktivt interagerar (se t.ex. Norrick, 1998). Grunden för att berätta om en viss erfarenhet ligger i att historien av berättaren upplevs som viktig, unik eller representativ för ämnet i det pågående samtalet. För att appellera till lyssnarna ska historien vara värd att berättas här och nu och för den aktuella publiken, dvs. den ska vara berättarbar (Labov, 1972, 1982; Sacks, 1995).

En speciell genre av berättelser inom så kallade människobehandlande verksamheter (på engelska *human service organizations*, se Hasenfeld (1983)) är *fallberättelsen*. Sådana har studerats inom såväl sjukvård som socialt arbete. Inom medicinen förekommer ofta fallberättelser och vid ovanliga och nyupptäckta fenomen kan ett sätt att sprida kunskap vara genom att publicera beskrivningen av enskilda fall.

Många fallberättelser inom verksamheter som utreder, bedömer och behandlar människor och deras problem – oavsett om dessa är av fysisk, psykisk eller social karaktär – sker dock som muntligt berättande. Vid rapporteringar, ronder och interna konferenser är fallberättelser vanliga sätt för att förmedla information och utbyta kunskap inom gruppen. Kathryn Montgomery Hunter (1991) och Paul Atkinson (1995) har t.ex. studerat läkares berättelser i olika sammanhang och i en svensk doktorsavhandling analyserar Lina Larsson (2010) överrapporteringsamtal mellan narkosläkare. Inom socialt arbete har Andrew Pithouse och Paul Atkinson (1988) i en klassisk studie undersökt socialarbetares professionella retorik genom berättande om enskilda klientmöten (*telling the case*) och hur detta i sig kan ses som ett dubbelt arbete. Det handlar om en komplex berättelsekonstruktion och om ett synliggörande av ett möte mellan den enskilde socialarbetaren och en klient. Många gånger kan professionella och tjänstemän uppleva att arbetet visavi patienter och klienter inte märks av t.ex. chefer och kollegor. Pithouse och Atkinson visar hur socialarbetarna

genom att berätta om sina ärenden inte bara tydliggjorde fallet, utan också sig själva som kompetenta yrkespersoner.

Muntligt berättande om specifika fall har vidare beskrivits som ett sätt att stärka den egna professionen i förhållande till andra yrkesgrupper. Genom att berätta så kallade förskräcklighetshistorier (*atrociti stories*) om hur andra, tillhörande en profession med högre status, begår misstag eller på annat sätt gör ett dåligt jobb, kan en yrkesgrupp internt förstärka sin egen profession och dess betydelse för verksamheten (Allen, 2001; Dingwall, 1977). Det sätt på vilket människor – i berättelsens form – framställer sin egen och andra personers roll för en viss händelseutveckling kallas inom mikrosociologin för *positionering* (Harré & Langenhove, 1999) och kan, om det handlar om berättaren själv, utgöra en slags *självpresentation* (Goffman, 1959).

I den här studien, som bygger på fokusgrupper med personliga handläggare från Försäkringskassan och rehabiliteringssamordnare från Landstinget i Jönköpings län, är erfarenhetsutbyten genom berättelser om arbetslivsinriktad rehabilitering central. Utifrån teorier om berättelser och berättande – inte minst fallberättelser – finns det goda skäl att anta att dessa aktörer på den arbetslivsinriktade rehabiliteringens arena i olika sammanhang spontant berättar om sina ärenden när de träffas i olika sammanhang. Eftersom fokusgruppsdeltagarna delar ett yrkesmässigt intresse för rehabilitering är det ytterst sannolikt att de också i arrangerade fokusgrupper kan berätta om ärenden som inte gick så som de själva hade förväntat sig – oavsett om det betyder ett lyckosamt fall eller ett ärende med problem och hinder. Ett sådant erfarenhetsutbyte stimuleras både av förekomsten av likartade upplevelser och av de olika perspektiv deltagarna kan tänkas utgå från genom de verksamheter de representerar och verkar i.

Åter i arbete – arbetslivsinriktad rehabilitering

För att öka förståelsen för berättelser om rehabilitering är det av vikt att belysa två betydelsefulla förändringar när det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering som genomförts regionalt och nationellt under senare år.

Regionalt i Jönköpings län handlar det om förändringar av rehabiliteringsarbetets organisering inom landstingets vårdcentraler och samordningen mellan vårdcentralerna och Försäkringskassan i länet. Landstinget har, som en åtgärd inom ramen för regeringens miljardsatsning för att minska kostnaderna för sjukskrivning, inrättat funktionen som rehabiliteringssamordnare vid samtliga vårdcentraler inom länet (se t.ex. Bülow & Sjökvist, 2010). Uppdraget som rehabiliteringssamordnare innehas av en eller ett par medarbetare på vårdcentralen som utför detta på en viss del av sin tjänst. Rehabiliteringssamordnarnas uppgift är att samordna rehabiliteringsarbetet inom vårdcentralen. Uppdraget innebär även att ansvara för många av de kontakter som sker mellan vården och andra aktörer såsom Försäkringskassan och arbetsgivare. Rehabiliteringssamordnaren ingår i vårdcentralens rehabiliteringsteam och medverkar

ofta i så kallade avstämningsmöten och har i många fall personlig kontakt med patienter långtidssjukskrivna vid vårdcentralen.

Försäkringskassan har som en parallell åtgärd utsett en kontaktperson för varje vårdcentral – så kallade *FK-koordinatorer*. I likhet med rehabiliteringssamordnarna utgör uppdraget som FK-koordinator endast en del av dessa personers tjänster. Till största delen är de personliga handläggare vid Försäkringskassan. En FK-koordinator kan vara personlig handläggare för ”den egna” vårdcentralens patienter men måste inte vara det. Den primära uppgiften som FK-koordinator är att vara länken mellan Försäkringskassan och den enskilda vårdcentralen. Arbetet som personlig handläggare innebär att handlägga enskilda rehabiliteringsärenden utifrån Försäkringskassans regelverk och rådande socialförsäkringslagstiftning. Efter att en sjukskrivning har godkänts av instansen *Tidig bedömning* tilldelas den försäkrade en personlig handläggare. Arbete bygger i stor utsträckning på personlig kontakt med sjukskrivna personer (försäkrade), med sjukvården (primärt sjukskrivande läkare) samt med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen.

På nationell nivå har det under senare år skett en genomgripande förändring av regelverket omkring arbetslivsinriktad rehabilitering. I strävan att minska långtidssjukskrivningen infördes den så kallade rehabiliteringskedjan vid halvårsskiftet 2008. Det nya regelverket innebär kortfattat att den maximala period en person kan vara sjukskriven begränsas samt att rehabiliteringsprocessen delas in i tre tidsperioder med delvis olika målsättningar. Under de första tre månaderna (dag 1-90) av en ny sjukskrivningsperiod inriktas rehabiliteringen mot arbetsåtergång till ordinarie arbete. Nästkommande tremånaders period utökas området för vilket arbetsförmågan prövas till att omfatta andra uppgifter hos ordinarie arbetsgivare. Efter ett halvårs sjukskrivning, utan att återgång till arbete varit möjligt, sker ytterligare ett steg där den enskildes arbetsförmåga ställs i relation till hela arbetsmarknaden. Regelverket har kritiserats och diskuterats och sedan införandet av rehabiliteringskedjan har ett antal justeringar av modellen genomförts.

Studiens syfte

Studiens övergripande syfte är att öka kunskapen om två aktörgruppers syn på vad som påverkar utgången av ett rehabiliteringsärende. Mer specifikt avser studien att genom berättelser och praktiska exempel kunna belysa rehabiliteringsprocessen utifrån Försäkringskassan och sjukvårdens respektive perspektiv samt lyfta fram ovanliga lösningar och oväntade händelseutvecklingar omkring arbetslivsinriktad rehabilitering i termer av ”lyckade fall” mot alla odds och rehabiliteringsärenden som mot förmodan ”misslyckats”.

Aktuella frågeställningar är:

Vad karaktäriserar det aktörerna uppfattar som ett lyckat respektive misslyckat rehabiliteringsärende? Finns det skillnader mellan aktörgruppernas uppfattningar och/eller berättelser om lyckade respektive misslyckade rehabiliteringsärenden?

Metod och material

För att få ett koncentrerat och varierat material valdes fokusgrupper som metod för datainsamling. Fokusgrupper utgör en bra grund för att skapa ett samtal mellan olika deltagare som tillsammans i interaktion kan utveckla en frågeställning eller utbyta erfarenheter på ett sätt som ofta vida överstiger vad en enskild forskare i en individuell intervju kan åstadkomma vad gäller fördjupning och bredd. Fokusgrupper kan också i vissa avseenden liknas vid ett mer vardagligt erfarenhetsutbyte. Metoden utvecklades i USA under 1940-talet (Merton & Kendall, 1946) och har historiskt använts för att undersöka attityder till exempelvis krigspropaganda. Fokusgrupper har senare kommit att användas för marknadsundersökningar och vid studier av köpvanor och liknande (Morgan, 1996). Under senare år har metoden också använts för att studera interaktion mellan människor (Kitzinger, 1994; Myers & Macnaghten, 1999) generellt och i relation till samtal om olika fenomen som t.ex. genmodifierade livsmedel (Wibeck, 2002), utbrändhet (Bülow, 1998), bedömning av ospecifik ryggsmärta (Josephson, Bülow, & Hedberg, 2011) samt doktoranders utveckling till självständiga forskare (Lovitts, 2008). Syftet i dessa studier är vanligen att undersöka hur människor tänker och resonerar i en viss fråga och hur samtalet om ett visst fenomen gestaltar sig vid en given tidpunkt.

Det sistnämnda är vad som i samhällsvetenskapliga sammanhang brukar kallas diskurs och diskursanalys. Vid studier av diskurser i fokusgrupper används ofta någon form av vinjett som kan stimulera diskussionen mellan deltagarna. Jämfört med traditionella fokusgruppsstudier för att utröna exempelvis människors köpbeteende intar fokusgruppsledaren (moderatorn) vanligen en mer tillbakadragen roll i studier av diskurser. Detta för att inte ta över eller styra samtalet då det är just samspelet i mötet och sättet att prata om något särskilt som studien vill fånga. Ofta väljer forskare en grupp av människor som antas ha något att säga om just det fenomen som studeras eller flera olika kategorier av människor för att försöka fånga eventuella olikheter i synsätt. Även om forskarna har kategoriserat deltagarna utifrån t.ex. ålder, kön, yrke eller något annat kriterium, innebär inte detta att deltagare i en fokusgrupp själva väljer att prata utifrån just den kategoriseringen (Hydén & Bülow, 2012). Varje individ har alltid ett otal möjliga roller att prata utifrån och att växla mellan. Den numera nästan klassiska reklamslogan ”jag är inte bara tandläkare, jag är också mamma” anspelar på detta faktum. I samtal blir det märkbart vilka olika positioner varje deltagare väljer att utgå ifrån, tilldelar andra eller tilldelas. Vilka som ingår i en fokusgrupp, vad som presenteras och hur, samt i vilket sammanhang (plats och situation) detta sker, får därmed betydelse för hur samtalet mellan deltagarna utvecklas.

Deltagarna i den aktuella studiens fokusgrupper representerar två olika huvudaktörer på den nationella arenan för arbetslivsinriktad rehabilitering – Försäkringskassan respektive sjukvården – genom personliga handläggare (FK-koordinatorer) från Försäkringskassan och rehabiliteringssamordnare anställda vid olika vårdcentraler inom landstinget i Jönköpings län.

De personliga handläggarna/FK-koordinatorerna utgör en heterogen grupp avseende utbildning och yrkesbakgrund. I gruppen finns t.ex. beteendevetare, personalvetare, statsvetare, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och socionomer. Bland de som har arbetat under mycket lång tid på Försäkringskassan finns även en grupp med gymnasiekompetens samt vidareutbildning internt via Försäkringskassan. Flertalet rehabiliteringssamordnare är till professionen arbetsterapeuter, sjukgymnaster eller socionomer. Deltagarna kunde på så vis var och en utgå från en rad olika positioner: yrkesmässigt, utifrån sin funktion som FK-koordinator respektive rehabiliteringssamordnare, eller som myndighetsperson alternativt sjukvårdspersonal. Samtliga kunde även ha personliga erfarenheter av långtidssjukskrivning eller anta ett patient/klientperspektiv.

Genom att arrangera fokusgrupper så att dessa båda funktioner från Försäkringskassan respektive hälso- och sjukvården möttes, lades grunden för att kunna belysa olika perspektiv på rehabilitering och vad som anses vara skälet för en lyckad respektive misslyckad rehabiliteringsinsats. För att främjade ett erfarenhetsutbyte ombads deltagarna i förväg tänka på exempel på rehabiliteringsfall som mot förmodan lyckats och sådana där man trots mycket goda förutsättningar till framgång ändå misslyckats. Tanken var även att mötet mellan olika perspektiv skulle öka insikten om vad som gör skillnad och vad som är grunden för en lyckad rehabilitering.

Datainsamling och transkription

Fokusgrupperna genomfördes i maj-juni 2010 i anslutning till en serie träffar under beteckningen ”lärandeseminarium”. Dessa arrangerades av Försäkringskassan i samverkan med Landstinget i Jönköpings län och syftade till att främja ett gemensamt lärande. Träffarna anordnades områdesvis i länets norra, södra och östra del vilket innebar att ett lärandeseminarium hölls i Jönköping, ett i Vaggeryd och ett i Vetlanda. Samtliga FK-koordinatorer och rehabiliteringssamordnare inom Jönköpings län kallades till lärandeseminariet i sitt område. Två av träffarna hölls i Försäkringskassans lokaler och en hölls på ortens vårdcentral.

Parallellt med fokusgrupperna fanns annat program som sköttes av projektledaren för Försäkringskassans projekt kring FK-koordinatorer. Den delen handlade om rutiner omkring avstämningsmötet, vem/vilka som utgör FK-koordinatorernas kontaktpersoner på vårdcentralerna, hur rehabiliteringssamordnaren använder Försäkringskassan i försäkringsmedicinska frågor samt hur deltagarna såg på samarbetet mellan FK-koordinatorer och rehabiliteringssamordnare i framtiden. De två ingående programpunkterna växlades så att samtliga deltagare gavs möjlighet att delta i båda.

Fokusgruppsstudien annonserades som en särskild programpunkt och skriftlig information om studien delades ut i förväg. Deltagandet i fokusgruppsstudien var helt frivilligt. I samband med träffarna gavs muntlig information och forskaren samlade in de ifyllda samtyckesblanketterna (se bilaga 1). Vid varje lärandeseminarium genomfördes två fokusgrupper. Totalt ingår därmed 6 fokusgrupper med 5-10 antal deltagare.

are vardera. Totalt medverkade 44 personer. Fyra av handläggarna var män medan samtliga rehabiliteringssamordnarna var kvinnor. I samtliga fokusgrupper ingick personer från båda kategorierna (se tabell 1 nedan).

Tabell 1. Antal deltagare i vardera fokusgrupp från respektive aktörsgrupp

Fokusgrupp	FK-koordinatorer/ personliga handläggare	Rehabiliterings samordnare
FG1	4	2
FG2	4	1
FG3	3	4
FG4	4	4
FG5	3	7
FG6	4	4
Totalt	22	22

Målsättningen var att ungefär lika många från Försäkringskassan och Landstinget skulle ingå i varje grupp. Då inte alla inbjudna kunde eller vill delta vid seminariet och då vissa deltagare endast kunde medverka viss del av lärandeseminarier blev fördelningen i vissa grupper ojämn. Fokusgrupperna spelades in med digital ljudinspelare och transkriberades (överfördes till text) ordagrant och i sin helhet. Alla namn på personer, orter och liknande har ändrats för att vare sig berättare eller fall som återges ska kunna knytas till enskilda individer. För att minska risken för identifikation används genomgående pronomenet "hon" för samtliga deltagare oavsett kön i verkligheten.

Genomförande

Varje fokusgrupp inleddes med att forskaren/moderatoren anknöt till utskickad information och uppmaningen att dra sig till minnes såväl oväntat lyckade som misslyckade fall av rehabilitering. I vissa grupper blev detta startpunkten för ett berättande som pågick mer eller mindre konstant till dess att moderatoren markerade att det var dags att avsluta. I andra grupper tenderade deltagarna att falla in i mer generella diskussioner om rehabilitering. I dessa grupper upprepade moderatoren uppmaningen att berätta om specifika fall genom att be om exempel. Ett mer generellt berättande kan förklaras av deltagarnas professionella vana att undvika att prata på ett sätt som skulle kunna identifiera försäkrade och patienter. Detta blev särskilt tydligt i starten av vissa grupper där den första berättaren kunde tveka inför hur mycket och vilket slags information om enskilda fall som skulle ges. Den professionella hållningen innebar även att berättelserna om specifika fall på ett sinnrikt sätt blev såväl detaljerade som oidentifierade redan vid framförandet i fokusgruppen. I resultatdelen har omtagningar, hummanden och liknande uteslutits i vissa citat för att förenkla läsningen.

Analys

Materialet analyserades enligt modeller för narrativ analys för att identifiera och skapa förståelse för berättelser om specifika fall av rehabilitering. Såväl det transkriberade materialet som ljudinspelningarna användes vid analysen. Delar av materialet genomgick mer detaljerad transkription av det slag som redovisas i resultatavsnittet.

För att identifiera det återgivna som en berättelse om ett unikt rehabiliteringsärende användes den modell som beskrivits av William Labov (Labov, 1972; Labov & Waletzky, 1967). Enligt den byggs en berättelse upp av sex olika element bestående av: en inledande sammanfattning (*abstract*, ej nödvändigt), en orienterande bakgrundsbeskrivning utifrån historiens vem/vilka, vad, när osv. (*orientation*), en komplicerande handling dvs. att något händer (*complicated action*), hur detta hanterades, uppfattades och värderades (*evaluation*), lösningen (*resolution*) samt slutligen en avslutande knorr (*coda*, ej nödvändigt) som återför berättaren till det gemensamma samtalet. Labov's modell grundas på att berättelsen handlar om något som har hänt och som berättas i termer av "en gång så ...". Han betonar också att en sådan berättelse avviker från det vardagliga och (därmed) ges ett berättarvärde. Genom att använda Labov's definition för vad som är en berättelse kunde historier om specifika fall lyftas fram ur materialet.

Catherine Kohler Riessman (1993) som analyserat berättelser av många olika slag konstaterar att det också finns *habituella* och *hypotetiska* berättelser dvs. historier om hur det brukar vara respektive skulle kunna ha varit. Förekomst av sådana mer generella berättelser, jämfört med historier om specifika rehabiliteringsfall, noterades i den första genomläsningen och analysen av materialet.

Fokus för den fortsatta analysen var att närmare studera vad som berättades (innehållet) och vilken funktion berättandet hade dvs. vilken poäng berättaren lyfte fram genom sin historia. Som komplement till ovanstående användes en modifierad form av den modell för transkription och analys som Jim Gee (1986, 1991) har utarbetat. Modellen utgår från det sätt som en berättare presenterar sin historia genom att pausera, betona och knyta samman berättelsens olika delar på ett rytmiskt, tidsmässigt och tematiskt vis. Resultatet blir en poesiartad text, uppdelad i versrader och strofer som eftersträvar att likna hörupplevelsen av det berättade.

Innehållet i fallberättelserna från varje fokusgrupp analyserades utifrån om berättaren beskrev ärendet som en lyckosam eller misslyckad rehabilitering, vilken huvudaktör berättaren genom sin anställning representerade (FK eller LJ), grundläggande problematik i historien och vad berättaren lyfte fram som avgörande för att det specifika rehabiliteringsärendet kunde räknas såsom lyckat eller misslyckat. För att kunna överblicka och sortera materialet konstruerades en matris över ovanstående aspekter och de nyckelmeningar som analyserades såsom knutna till dessa.

I analysen av de enskilda berättelserna beaktades även i vilket samtalssammanhang en historia förekom, dvs. vad i samtalet som tycktes utgöra grunden för att en viss berättelse uppkom.

Situationer där människor med liknande erfarenheter samlas för att prata om dessa kan lätt ge upphov till *samberättande* av olika slag. I den aktuella studien fanns dessutom möjligheten att ett par deltagare (en FK-koordinator och en rehabiliteringssamordnare) delat samma erfarenhet genom att ha varit aktiva i samma ärende. Dessa kunde därmed bistå eller komplettera varandra i berättandet. En annan variant av samberättande uppstår när berättelser om likartade erfarenheter knyts ihop till en gemensam historia där det ibland kan vara svårt att dra gränsen för vems berättelsen är (Bülow, 2004). Vanligare är dock uppkomsten av *berättelsekedjor* (Tannen, 1984) där flera på varandra direkt följande historier delar signifikanta mönster. En förklaring till att detta händer är att berättelser tenderar att stimulera till berättandet av andra, ofta likartade eller länkningsbara historier. Också i vilken mån en berättelse utgjorde startpunkt för eller ingick i en berättelsekedja markerades i analysen.

Resultat

I fokusgrupperna förekom berättande om rehabilitering på flera olika sätt. För det första presenterades fallberättelser där det tydligt framkommer att berättelsen handlar om ett specifikt ärende. För det andra berättade deltagarna på ett generellt vis genom att hänvisa till flera olika ärenden eller till rehabiliteringsarbete i allmänhet. Generella berättelser var antingen så kallade *habituella* berättelser genom att hänvisa till ”många gånger/i många fall” och hur det ”brukar vara”, eller *hypotetiska* dvs. beskrev i berättelseform hur det ”skulle kunna varit” eller hur något ”skulle kunna bli” förutsatt en viss åtgärd eller situation (jfr. Riessman, 1993). Det förekom också berättelser om organiserandet av rehabilitering. I föreliggande rapport behandlas dock endast berättelser om enskilda ärenden då detta var det uttalade syftet för fokusgrupperna.

Totalt presenterades 51 fallberättelser utifrån enskilda rehabiliteringsärenden. Flera av dessa ingick i kedjor av berättelser som länkades ihop genom en tematisk koppling till det som föregående berättare just lagt fram. Ett sådant tema kunde vara lyckosam rehabilitering eller problem av ett visst slag som exempelvis alltför långsam handläggning av ärenden eller en likartad personlig problematik som skäl för sjukskrivning och rehabilitering t.ex. neuropsykiatriska besvär.

Av samtliga fallberättelser handlade 32 om lyckade fall och 19 om problematiska eller misslyckade fall. Denna kategorisering bygger på berättarnas val att karaktärisera sin historia. Exempel på hur en historia klassades som en framgångsrik rehabilitering var när en berättelse inleddes med en sammanfattande beskrivningar av typen ”*jag kom på ett lyckat fall*” eller som avslutades med bedömningar som ”*jätteroligt*”, ”*fantastiskt*” eller mer utförligt ”*det tycker jag är en solskenshistoria*”. Vid fallberättelser om mindre lyckosamt rehabiliteringsarbete förekom inga direkta motsvarigheter på nyckelord och ingen berättare använde heller ordet misslyckad. En möjlig förklaring är att många av dessa ärenden inte var helt avslutade och att berättaren därför inte ville beskriva fallet som misslyckat. Det som ledde fram till kategoriseringen misslyckad respektive problematisk var istället frånvaron av positiv värdering och en beskrivning av rehabiliteringsprocesser som stannat upp, avbrutits eller avslutats på

ett sätt som framställdes som negativt för den försäkrade. Ibland förekom en slags evaluering som när en handläggare sammanfattade en berättelse med orden ”*då kände jag att man kommer inte längre*” eller när en rehabiliteringssamordnare i ett annat fall gjorde reflektionen ”*men det hjälper ju inte henne vidare heller*”.

Av de 51 berättelserna handlade knappt hälften (19 fall) om personer med psykisk ohälsa, 10 fall om fysiska hälsoproblem, 6 fall om kombinationer av fysisk och psykisk ohälsa samt 2 fall om problem på arbetsplatsen. I en knapp tredjedel av berättelserna angavs ingen sjukskrivningsorsak alls.

Teckenförklaring till exemplen

(.)	kort paus, flera prickar anger en något längre paus
(det)	tolkning av delvis ohörbar del av mening
(ohb)	ohörbart
[årtal]	beskrivning av uppgift som uteslutits för att minska risken för identifikation
regelverk	uttalat med skratt i rösten
/.../	delar av berättelsen som uteslutits
?	uttalat som en fråga
.	tonfallet markerar ett avslut
,	tonfallet anger att fortsättning kommer
sam-	avbrutet ord
<u>helt fel</u>	understrykning markerar betonat ord eller del av utsaga
”ja men”	tydlig citering av någon annan person t.ex. återgivna ord från den försäkrade
=	markerar att ord före och efter likhetstecknet är sammanbundna trots radbyte

Lyckade fall

Det absolut vanligaste kriteriet som angavs för att beskriva något som ett lyckat fall var att den försäkrade återgått till arbete på hel- eller deltid eller där en tidpunkt för detta var fastslagen inom en nära framtid. Detta gällde för 22 av fallberättelserna. I vissa fall kunde det lyckade fallet handla om att hitta den maximala arbetsförmågan hos en försäkrad även om det innebar 25 procents arbete och resten sjukersättning. Andra gånger hade den försäkrade återgått till ordinarie arbete fullt ut.

Exempel 1. Fallberättelse 11/3

Inledning³

det blir ju tydligt för patienten också att man vet lite alltså (att) det är tidsperioder det handlar om.
sen kan det vara stressande med.
men ändå alltså i det stora hela så tror jag det är positivt.

³ Versernas rubricering är en del av analysen och redovisas i vissa berättelser för att underlätta förståelsen.

Vers 1. Sjukfall som förlängs

för jag tänker just tillbaka på ett sånt ärende som man som (.) (det) var en utmattning då,
jag kommer inte ihåg om det var [årtal]
men det var en lång sjukskrivning å säkert över ett års sjukskrivning
å sen så ja men nu har du varit sjukskriven så pass länge så nu får vi göra ett utbyte
å så blev det tidsbegränsad sjukersättning

Vers 2. Växande frustration bland de professionella

å jag hade kontakt med patienten under åren där liksom
å hon var med i olika former av rehabilitering
å det hon sa var att men jag känner när jag är redo för att gå tillbaka.
å då kände vi liksom att det kommer man aldrig att känna, det gör man ju inte,
inte när man har gått så länge för då har man ett helt annat liv så.

Vers 3. Vändpunkten - nyordning som förändrar villkoren

men så var det just nu att nu var det dags för ny tidsbegränsad sjukersättning
å nu var det den sista.
å då måste det finnas en tydlig planering ändå liksom
för att utifrån din diagnos så är det inte troligt att du kommer att få (.) få sjukersättning då
å (vi) planerade tillsammans.

Vers 4. Förutsättningar för och återgång till arbete

nu hade ju hon lyckligtvis ett arbete också som hon-, en anställning då
å arbetsgivaren kom med in
å dom var väldigt välvilliga för att ordna bästa möjliga förutsättningar för den här personen
å hon är igång nu 50%.

Vers 5. Uppsummering, poäng och coda

å det var en sån där typiskt som man tänkte att hon kommer aldrig att känna sig redo,
nu var det liksom det här *regelverket också* som på nåt sätt banade in liksom
plus en positiv arbetsgivare.

å hon var lite så där avvaktande själv inför det här
hon kände att hon blev försämrad när hon kom igång i arbetsträning
men ja pushade ändå på liksom
å fick mycket stöttning så.
och det är liksom sånt här som (man) kanske inte hade tänkt att det skulle bli nån återgång i
arbete.

Historiens bärande poäng är att en person som rehabiliteringsaktörerna inte tror ska kunna återgå i arbete mot alla odds ändå lyckas. Det som beskrivs som avgörande för den positiva utgången är det nya regelverket och att en bortre tidsgräns därmed satts för fortsatt tidsbegränsad sjukersättning. Dessutom betonas arbetsgivares engagemang.

Berättaren, en rehabiliteringssamordnare, lyfter genom sin historia indirekt fram svårigheten för sjukvården att agera som en pådrivande aktör i fall där de medicinska rehabiliteringsinsatserna inte ger önskat resultat. Detta märks genom den skillnad som framträder mellan situationen i vers 1-2 och i vers 3. I berättelsens första vers beskriver berättaren att det handlar om ett mycket långt sjukfall (*”det var en lång sjukskrivning å säkert över ett års sjukskrivning”*) som övergår till mer varaktig ersättning

från Försäkringskassan ”å så blev det tidsbegränsad sjukersättning”). En kritisk punkt i berättelsen uppstår i vers 2 där berättaren ger uttryck för sin och arbetsgruppens frustration över att inte lyckas trots ”olika former av rehabilitering” och där detta förklaras med att patienten beskrivs ha bromsat en arbetsåtergång genom att inta en avvaktande attityd till arbetsåtergång (”jag känner när jag är redo”) som sjukvårdens professionella betvivlar kan fungera (”å då kände vi liksom att det kommer man aldrig att känna, det gör man inte”).

Vändpunkten (vers 3) kommer med det nya regelverket. Rehabiliteringssamordnaren beskriver hur hon nu i samtal med patienten kunnat planera utifrån ett sannolikt scenario där möjlighet till förlängd sjukersättning inte längre finns. Fallets upplösning och arbetsgivarens viktiga roll rapporteras kortfattat i vers 4. I uppsummeringen i vers 5 återkommer berättaren till sin poäng att det alltid finns hopp att lyckas med en arbetslivsinriktad rehabilitering – ”å det var en sån där typiskt som man tänkte att hon kommer aldrig att känna sig redo”.

Berättelsen i exempel 1 presenteras i direkt anslutning till en episod där fokusgruppen har diskuterat det nya regelverket, vilket förklarar det sätt som berättaren inleder sin historia. I samtalsutdraget nedan märks hur representanter från såväl Försäkringskassan som landstinget tillsammans lägger grunden för exempel som lyfter upp positiva aspekter på förändringen till rehabiliteringskedjan.

Exempel 2. Samtalsutdrag fokusgrupp (FG3)

- 01 FK5 /.../ alltid har vi levt med såna här saker att det svänger
02 i politiken. våra förutsättningar dom blir annorlunda.
03 men det som har hänt som jag tycker i alla fall, det är
04 rehabkedjan. å det är det bästa som har hänt tycker jag på
05 många, många, många år alltså. det är riktigt bra. sen finns
06 det andra delar i det här som att man har begränsat antal
07 dagar och sånt, det är en nackdel alltså. men dom här första
08 90 180 365, det är riktigt bra tycker jag alltså, det är ett
09 bra hjälpmedel=
10 LJ2 ja det är det.
/.../
21 FK5 =som hjälper oss i arbetet ja, verkligen det är verkligen en
22 hjälp i vårt arbete, tycker jag.
23 LJ2 (ohb)
24 LJ1 men dom hjälper ju vården också. för vården måste ju komma
25 igång tidigare också så det har varit jättebra.
26 FK5 precis.
27 LJ1 nej men jag känner också det och tycker det har varit ett
28 hjälpmedel att överhuvudtaget få styr i, alltså det är ju en
29 process som funkar med vårt regelverk, så här arbetar man och
30 då kan man göra så.
31 FK5 och det är ingen nackdel alltså i detta, det tycker jag inte.
32 LJ2 det blir ju tydligt för patienten också att man vet lite /.../

Primärt är det en handläggare från Försäkringskassan som tar upp ämnet och som beskriver fördelarna men också nackdelar i det nya systemet. Yttrandet fungerar på det sättet också som ett försvar och en slags ursäkt för den kritik som finns mot rehabiliteringskedjan och som främst riktas mot Försäkringskassans bedömningar. Intressant är hur först en rehabiliteringssamordnare backar upp handläggarens uttalande (rad 10) och hur sedan ytterligare en rehabiliteringssamordnare en liten stund senare betonar att också vården upplever det nya regelverket som ett viktigt verktyg för arbetet inom vårdcentralen (rad 24-25 och 27-30).

Även ärenden som uppfattades vara på ”rätt väg” beskrevs som lyckosamma även om det fortfarande kvarstod en del frågetecken. Vanligen handlade det om personer som varit sjukskrivna under mycket lång tid och som nu arbetstränade och där berättaren tycktes ha gott hopp om en långsiktig lösning som i exempel 3 nedan.

Exempel 3. Fallberättelse 6/2

Vers 1. Planenlig återgång till arbete

det var en en kille då som hade varit hemma för en stressreaktion eller krisreaktion.
[tidsangivelse].
å sen så tyckte vi att det gick jättebra
å planen följdes och allting.
å han blev friskskriven.
å vi hade avstämningsmöte å så där relativt tidigt.

Vers 2. Komplikationer som kräver samverkan

sen kom han tillbaka å mådde ännu sämre.
å där har vi liksom ett exempel där jag ringde direkt till [namn på FK-koordinator]
å sa nu behöver vi ha ett möte.
den här har blivit sjukskriven på direkten, dagarna tickar.

för det var ju liksom bara en och en halv månad eller nånting
så att det var ju väldigt långt gånget sjukfallet så.

Vers 3. Samverkan inom vårdcentralen och mellan vårdcentralen och Försäkringskassan

å där har vi haft ett par möten med hela teamet.
å det har funkat bra.
å likadant att vi har gjort en PR-teambedömning, då när han kom tillbaka
som jag tyckte gav oss väldigt mycket inför nästa avstämningsmöte då.

Vers 4. På god väg mot arbetsåtergång

å nu är han ändå igång å arbetstränar
å troligtvis kommer han att kunna få (.) en ordinarie tjänst så småningom.
komma tillbaka.
så det är väl ett sånt ärende som jag tycker har gått väldigt bra.

Berättaren som också här är en rehabiliteringssamordnare, betonar samarbetet med handläggaren på Försäkringskassan (FK-koordinator) och hur detta bidragit till en

tidig insats som i sin tur resulterat i en rehabiliteringsprocess som ser ut att nå framgång. Beskrivningarna av olika möten – avstämningsmöten och teammöten – förstärker intrycket att aktörernas gemensamma engagemang har betytt mycket för utgången av fallet. Liksom i exempel 1 märks teamet bakom berättaren genom ”vi”-formen. Historiens ram utgörs av ett lyckosamt fall men det är samverkan mellan parterna och inom vårdcentralen snarare än den förmodat lyckosamma utgången av fallet som bildar huvudfigur i berättelsen. Den avslutande frasen ”*så det är väl ett sånt ärende som jag tycker har gått väldigt bra.*” blir därmed dubbel – en lyckad utgång genom ett gott (sam-)arbete.

Andra viktiga markörer för att uppfatta ett ärende som lyckosamt var beskrivningar av att den försäkrade kände sig nöjd med utgången, att individen tagit eget ansvar eller att man som professionell i efterhand kunde märka att personen tycktes leva ett ”normalt” liv. Detta kunde framhållas oavsett om personen återgått till arbete eller var på god väg att göra detta.

Vikten av att den det handlar om känner sig tillfreds med utgången framhålls tydligt när en handläggare från Försäkringskassan avslutar sin berättelse om en person som varit helt sjukskriven på grund av svåra ryggproblem och som efter olika insatser lyckades återgå till sitt ordinarie arbete på deltid.

Exempel 4. Fallberättelse 38/6

det är såna där små ljusglimtar som man tycker känns rätt skönt när det går bra då.
för han var jättenöjd
från att ha varit väldigt, väldigt tveksam faktiskt.

I två fall som primärt presenterades som exempel på en lyckad rehabilitering visar sig berättelsen mer tveggad genom att utgången tycks oviss. Det handlade i ett fall om ett mycket komplext ärende där handläggare i samarbete med arbetsförmedlingen nått framgång i sina ansträngningar för att motivera en försäkrad att ingå i ett projekt som på sikt skulle kunna förändra en annars ohållbar situation. Huruvida detta verkligen skulle komma att ske uttrycker berättaren som ovisst men på ett sätt som antyder förhoppning om en positiv utgång: ”*vi får se hur det går. det blir spännande.*” I det andra fallet (exempel 5, nedan) beskrevs osäkerhet kring möjlighet till fortsatt arbete efter perioder av välfungerande arbetsträning.

Exempel 5. Fallberättelse 31/5

men på nåt sätt så upplever jag den personen blev väldigt positivt
nu har hon varit ute på olika arbetsträningsplatser då
men sen om det ju leder till nåt jobb, det törs inte jag svara på dags dato.
men trivs väldigt bra.

å det här är en väldigt arbetsmyra.
å trivs väldigt bra på dom här ställena som hon har varit på.
men hur det leder det vet i sjuttungen där.

Exempel 5 utgör avslutningen på en berättelse där den försäkrade utifrån det nya regelverket blivit uppsagd på grund av arbetsbrist när arbetsgivaren inte kunde hitta ett arbete som fungerade inom den egna verksamheten. Trots att arbetsträningen fungerat väl tycks berättaren hysa ett ganska svagt hopp om att det ska leda till ett arbete.

Ytterligare en variant av lyckade fall handlade om huruvida handläggare på Försäkringskassan kunnat hantera svåra situationer som t.ex. att meddela negativa beslut och lyckas få till stånd möten för överlämnande till Arbetsförmedlingen när regelverket föreskriver ett avslut av ärendet.

Faktorer för framgångsrik rehabilitering

Berättelserna om lyckade fall lyfter fram flera olika skäl till varför en rehabilitering blev lyckosam trots ett svårt utgångsläge. Den faktor som nämns oftast är *samverkan*. Det handlade både om samverkan och samsyn mellan olika verksamheter såsom mellan Försäkringskassan, arbetsgivaren, sjukvården och arbetsförmedlingen i olika konstellationer och – från rehabiliteringssamordnarnas perspektiv – samverkan inom sjukvården genom teamarbete eller annat samarbete över professionsgränserna (se exempel 3). En variant på samverkan inom sjukvården var samarbete mellan landstingsdrivna vårdcentraler och privata vårdalternativ. Flera betonade, liksom berättaren i exempel 3, specifikt samverkan mellan FK-koordinatorer och rehabiliteringssamordnare. Det upparbetade samarbetet mellan dessa aktörer ansågs innebära större sannolikhet för en tidig impuls på att något behövde göras, något som i sig ansågs som en framgångsfaktor. Arbetsgivaren framställdes ha en central roll vid en lyckosam rehabilitering. En positiv, aktiv och kreativ arbetsgivare beskrevs inte sällan som den enskilt mest betydelsefulla faktorn för att förändra en problematisk situation till något mycket bra.

Exempel 6. Fallberättelse 8/2

/.../

Läget på arbetsmarknaden – ett extra hinder

å så hade vi med hans arbetsgivare då på ett tidigt stadium

å då var det när konjunkturerna började gå neråt

å dom hade inte så mycket jobb å så egentligen då

hur börjar man arbetsträna en kille som har ett sånt jobb som vill ha det kvar å som,

Att skapa handlingsutrymme

vi bestämde då eller läkaren sa då att om vi klarar oss upp till det här halvåret

men sen skulle han ju bedömas mot arbetsmarknaden i stort

om vi inte kunde lägga in det här med särskilda skäl att han skulle komma tillbaka.

å då säger den läkaren det att jo, vi bestämmer bara detta

för han var så inriktad på det

Tillbaka till jobbet

å så gjorde han det.

han kom alltså successivt tillbaka igen

för att vi hade en sån positiv arbetsgivare här som hjälpte till å fixade å trixade

fast dom nästan höll på och gå i konkurs.

så att han så småningom då faktiskt kunde gå tillbaka.

han jobbade 75 % å var på väg uppåt

å då friskskrev han sig sen på eget bevåg på den sista biten med tanke på att arbetsgivaren hade

det lite knepigt då.

det var en sån där ändå,

Slutet gott tack vare många goda viljor

men han var så lycklig å så glad för att detta hade gått så bra

å det var så många som hjälpte till där då för att det skulle bli så

å då fanns det inga rehabsamordnare i det sammanhanget

men det fanns samma personal som hjälpte till ändå,

sjukgymnaster hade vi naturligtvis en och arbetsterapeut inblandad,

inte sjukgymnast utan arbetsterapeut inblandade hela tiden plus det här teamet.

Exemplet ovan utgör den sista delen av en lång och ganska komplex historia om en man som blir akut sjuk och får en diagnos som hotar möjligheten att fortsätta med den sortens arbete han har och trivs med. Den medicinska rehabiliteringen följer en krokig väg pga. en rad olyckliga omständigheter men där man till sist når framgång främst tack vare en mycket engagerad och positiv arbetsgivare. Hela berättelsen andas samverkan och samarbete mellan såväl Försäkringskassan och sjukvården som med arbetsgivare och den försäkrade. Rehabiliteringssamordnaren beskriver också hur läkaren förhåller sig till och använder sig av det nya regelsystemet och på så sätt skapar ett handlingsutrymme som främjar patientens återgång till sitt ordinarie arbete.

Många berättare lyfte särskilt fram samarbetet med den försäkrade vilket både kunde handla om att individanpassa rehabiliteringen genom att tillåta processen att ta längre tid eller att – när det behövdes – ställa tydliga krav och lägga större ansvar på individen.

Exempel 7. Fallberättelse 39/6

Att komma in i ett pågående ärende

och den här tjejen hade varit sjukskriven ganska länge

och hon hade varit och arbetstränat där

och det fungerade inte och så där

och så skulle jag ta över då, jag skulle va med på ett möte.

och jätteglad och liksom piggelin och munter tjej,

här är jag, jättekul

och då sitter vi och pratar

och så hade inte den där arbetsträningen fungerat

och det var nästan på gränsen till social träning

Den kritiska frågan

å då sa jag liksom att jaha, det är jag som ska ta över ditt ärende här nu å va din handläggare
å jag vill bara veta hur har du tänkt resten av ditt liv?
alltså du är .. ja hur gammal var hon då, 30 år
liksom, du har 35 år kvar, hur har du tänkt?

och hon vart ju jätteledsen och grät floder
och jag tänkte gud hur ska det gå och liksom och,
ja alltså vi fick ju hämta in toalettpapper
och det bara liksom strömmade, hon var jätteledsen.

Nya perspektiv

men sen så hade vi fortsatt kontakt med varandra i alla fall,
eftersom jag var ju hennes personliga handläggare
det visade sig att hon hade en depression som inte hade kommit fram tidigare

och nu är hon /.../ [behandlad],
hon har fått en ny period med nytt år
och sen ska hon in med rehabsamverkan nu,
så att det är jätte hoppfullt

Reflektioner

och hon har sagt det att hon var jätteglad att jag liksom ställde henne mot det här
för att ja.. vi har jättebra relation nu,
liksom så här att ja jag tror det var den här tydligheten
för hon simmade omkring på försäkringskassan

och sen om hon hade handläggare en ny träningsplats
och så fungerade inte det bra,
hon visste ingenting var hon hörde hemma,
hon bara gled omkring
och så var det en ny träningsplats
och så var det här
och så var det där.

och sen så satte vi ner foten att nu måste vi göra nånting
och vi hade avstämningsmöte och lite sånt
så hon medicinerar ju nu mot och mår relativt bra,
våldigt på G.
jättekul.

Vändpunkten i ovanstående fall utgörs av den fråga om framtidsplaner som handläggaren dristar sig till att ställa. Frågan tycks skaka om den försäkrade men leder efter mötet fram till en annan förståelse av problemet. En tydlig poäng med berättelsen är därför att som handläggare våga ställa krav och att det på sikt kan leda till en bra arbetsrelation med den försäkrade och därmed större chans för återgång till arbete.

Liksom i flera tidigare exempel utgör den individuella professionaliteten en viktig berättarpöng i exempel 7. Denna är dock inte helt entydig. Berättarens yrkesskicklighet stöds av en slags underliggande kritik genom att historien visar hur ett ärende kan

pågå under lång tid, utan att någon reagerar eller kommer fram till problemets kärna. Kritiken kan förstås som indirekt riktad mot sjukvården som inte identifierat det medicinska problemet fullt ut (*"hon hade en depression som inte hade kommit fram tidigare"*). Berättelsen rymmer dessutom ett visst mått av självkritik riktad mot den egna myndigheten där man tillåtit en situation där den försäkrade *"bara simmade omkring på försäkringskassan"*. Självkritiken ligger på kollektiv nivå och handläggaren tilldelar inte sig själv något direkt ansvar. Istället betonar hon sin roll som ny i ärendet (*"å så skulle jag ta över då"*). Trots att berättaren beskriver hur det är hennes rättframma fråga som utgör vändpunkten, och som leder både till en ny medicinsk diagnos och en verksam medicinering, samt till nysatsning från Försäkringskassan, intar handläggaren en ödmjuk position. Den kritiska frågan tycks ha yttrats snarast av en slump och utan större eftertanke (*"å då sa jag liksom"*). Bilden av att det som därefter händer är resultat av en tillfällighet mer än av en genomtänkt strategi, förstärks av berättarens egen värdering av den reaktion hennes fråga väcker (*"å jag tänkte gud hur ska det gå"*). På det sättet positionerar sig handläggaren som framgångsrik i sin yrkesutövning, utan att sätta sig på några höga hästar. Den lyckosamma rehabiliteringen i fallberättelsen handlar därmed både om att den försäkrade närmar sig arbetslivet och att den personliga handläggaren upplever en yrkesmässig framgång genom sitt sätt att agera i det enskilda fallet.

Strukturella faktorer som avstämningsmötet var en annan del som nämndes som viktig för att lyckas (se exempel 3 och 7). Likaså beskrevs det nya regelverket som ett stöd för att kunna uppnå förändringar i fall med mycket långvarig sjukskrivning/sjukersättning (se exempel 1). Andra mer strukturella faktorer inom sjukvården kunde vara anordnandet av gruppaktiviteter som i några fall beskrevs vara den katalysator som utgjorde vändpunkten i ett långt sjukfall.

Misslyckade och problematiska fall

Som tidigare nämnts var det ingen av deltagarna som använde ordet *misslyckad* i relation till arbetet med rehabilitering. Trots detta kategoriserades en dryg tredjedel av fallberättelserna (19 stycken eller 37 %) som misslyckade eller problematiska fall utifrån det sätt historien framställdes.

Problematiska fall handlade vanligen om pågående ärenden som krånglat till sig och som upplevdes svåra men där det fortfarande pågick ett rehabiliteringsarbete i något avseende. Misslyckade ärenden beskrevs som avslutade alternativt som fall där berättaren uttryckte hög grad av hopplöshet och en känsla av att ha nått till vägs ände även om den försäkrade fortfarande befann sig inom socialförsäkringens ram.

Misslyckade och avslutade fall kunde även handla om utförsäkring, om personer som pga. arbetslöshet eller för kort tid på arbetsmarknaden inte kommit in i systemet och därmed inte kunde ges det stöd genom socialförsäkringen som man inom sjukvården felaktigt hade antagit. Andra fall som beskrevs som misslyckade kunde handla om

ärenden där individen valt att återgå till ett arbete som uppfattades som negativt för personens hälsa.

Exempel 8. Fallberättelse I8/4

hon .. gick tillbaka
för dom kunde inte erbjuda, hon ville ha en omplacering,
hon hade begärt det tidigare på grund av mobbing då,
/.../
men det kunde dom inte omplacera henne någon annanstans

så vi tyckte hon skulle gå med i (ohb)
eller söka sig till något annat arbete
för att hon skulle må bättre självförtroendemässigt och så där då.
hon var ju så-

hon vågade inte,
/.../
så hon valde att gå tillbaka till sin arbetsplats på femtio procent
och säga upp sin resterande procent då.

så det blev ju en lösning som inte vi alls tyckte var sund
eller bra för henne men hon vågade inget annat.

Berättelsen, som delvis återges i exempel 8, är intressant just för att den visar hur ett fall som slutar med att den försäkrade friskskriver sig ändå uppfattas som ett misslyckande. Det kvalitativa värde som en rehabilitering bedöms enligt märks också i berättarens inledande beskrivning av avstämningmötet omkring den försäkrade. Berättaren, en rehabiliteringssamordnare beskriver hur hon upplevde mötet som starkt obehagligt på grund av den attityd arbetsgivaren visade mot sin anställda (den försäkrade).

Exempel 9. Fallberättelse I8/4 (fortsättning)

det fanns inga känslor bakom det här överhuvudtaget
att vi ska göra det bästa för att du ska komma tillbaka,
för att du ska må bra igen och så,
det var en utmattning då.

Jag satt där,
jag ryser när jag pratar om det,
jag tyckte det var så fruktansvärt när denna lilla individ sitter där och ska,
det fanns- det var jätteobehagligt

Sammantaget beskrivs arbetsgivaren som känslökall och ointresserad av att försöka hitta en bra och hållbar lösning för sin anställda. På det sättet hålls arbetsgivaren ansvarig för att rehabiliteringen ”misslyckas” utifrån vad berättaren ser som ett lång-

siktigt hälsoperspektiv för den försäkrade. Den bild som målas upp visar hur sjukvården, eventuellt tillsammans med andra aktörer, ställer sig på den sjukskrivnas sida och försökte stötta individen att byta arbetsgivare.

Faktorer som hindrar/försvårar rehabiliteringsarbetet

Anledningen till att ett ärende hakade upp sig eller upplevdes som ett misslyckande skiftade. I en fokusgrupp uppstår en berättelsekedja med tre historier som alla beskriver en misslyckad rehabiliteringsprocess och där den försäkrade själv på olika sätt uppfattas ha utgjort det huvudsakliga hindret. Den första presenteras som en motberättelse till föregående berättares betonande av arbetsgivarens medverkan för att lyckas vilket märks i inledningen av exempel 10.

Exempel 10. Fallberättelse 13/3

jag har inte alls sam- ja det är klart att det är viktigt med arbetsgivaren
men jag jag kan inte tycka att det påverkar.
alltså i vissa ärenden där vi har haft arbetsgivare
där dom har varit väldigt drivande.
det finns både företagshälsovård,

jag tror vi har haft-
ja framför allt ett ärende där jag tror att (..)
det har inte pågått så mycket rehabilitering under så lång tid
å det har inte varit så mycket avstämningsmöten i nåt annat ärende.

jag tror vi har haft nio, ti-, tolv avstämningsmöten.
alltså ständigt återkommande möten hela tiden med den mannen.
alla utredningar,
all rehabilitering, allt
men vi kommer inte vidare.

arbetsgivaren har varit med jättemånga,
både arbetsgivaren och rehabsamordnaren på företagshälsovården har varit med på alla möten
kommer ingenstans.
nu är patienten utförsäkrad i mars.

På frågan vad berättaren tror var skälet för den misslyckade rehabiliteringen trots alla insatser från olika aktörer, anges den försäkrades personlighet som främsta anledning. Efter en fortsatt diskussion i fokusgruppen utvecklar rehabiliteringssamordnaren sin berättelse med en reflektion omkring vad man borde gjort och inte skulle ha gjort i just det här fallet.

Exempel 11. Fallberättelse 13/3 (fortsättning)

är ju så svårt att veta med personlighet
men vad som man skulle så här i efterhand,
det vi inte skulle ha gjort,
det är att läkaren skulle inte ha skickat honom på så mycket konstiga undersökningar från
början
utan förklarat att så här kan man känna ibland, det är inte farligt
utan nu går vi till jobbet.
/.../
så det är ett mycket märkligt ärende.
Men framför allt inte fokuserat så mycket på sjukdom, när man i hans fall-

Nej så i efterhand så är det väl det.

I diskussionen omkring ärendet nämns uttryck som ”*sjukvårdsskadad*” vilket markerar sjukvårdens ansvar för den negativa utvecklingen av sjukfallet, även om den kunnat vara svår att förutse.

Den tredje berättelsen i kedjan lyfter fram ett fall där de professionella aktörerna upplevde stor frustration pga. att den försäkrade själv valde att stanna kvar i en arbetssituation som beskrevs betyda stor risk för fortsatta perioder av sjukskrivning. Till skillnad från den första berättelsen i kedjan beskrivs arbetsgivaren snarast som en del av problemet än som en aktiv part i rehabiliteringsarbetet. Också andra fall där den försäkrade väljer att återgå till ett arbete som uppfattas såsom negativt för personens hälsa beskrivs som misslyckat trots att ärendet socialförsäkringsmässigt är löst – åtminstone för tillfället. Detta framställs inte i relation till den nya regelverket, utan förklaras snarare bero på arbetsgivarens attityd (exempel 8 och 9), ofta i kombination med en kärvare arbetsmarknad.

I ärenden som inte kan lösas inom den tidsperiod som stipuleras enligt rehabiliteringskedjan och de olika möjligheter som finns för undantag, kvarstår för handläggaren endast att erbjuda den försäkrade ett så kallat överlämningsmöte med Arbetsförmedlingen. Det är helt frivilligt för den försäkrade att tacka ja eller nej till ett sådant. Att inte få med sig den försäkrade för ett avslut genom ett möte med Arbetsförmedlingen framställdes dock i handläggarnas berättelser som ett misslyckande. I en grupp diskuterades hur systemet, dvs. att det nya regelverket tvingar individer att lösa problemet som uppstår vid utförsäkring för att försörjningen från socialförsäkringen upphör. Som ett exempel på när detta inte sker berättar en av handläggarna om ett misslyckat erbjudande till överlämningsmöte. Berättelsen är tvådelad och inleds med en generell beskrivning där de försäkrade som grupp benämns som ”dom”.

Exempel 12. Fallberättelse 22/4

men det är klart dom som har kommit så långt så dom börjar bli utförsäkrade
och där vi inte har fått ut dom
men ändå har dom ingen stadigvarande ersättning,
eh (.) dom har nog inte förstått det.

jag hade ett ärende nu då häromveckan
och ändå hade jag informerat
att (.) om vi inte kommer framåt
så kommer du att bli utförsäkrad

å då, ja visst, det kändes hur bra som helst.
å sen tydliggjorde jag det ytterligare en gång.
å då gick det helt fel det samtalet alltså, helt fel.

På frågan om på vilket sätt samtalet gick fel beskriver handläggaren hur den försäkrade anklagat såväl politiker som sin personliga handläggare för den uppkomna situationen och till sist även hotat att ta sitt liv. Handläggaren vände sig då till sin överordnade och man beslutade att inta en avvaktande inställning tills vidare. Den korta berättelsen i exempel 12 är dock intressant främst genom att den belyser den svåra situation handläggaren hamnar i vid ett avslut genom utförsäkring. Den första delen av berättelsen ger uttryck för detta rent generellt. De fyra versraderna refererar i tur och ordning till: 1. processen (*"dom som har kommit så långt"*), 2. Försäkringskassans rehabiliteringsansvar (*"där vi inte har fått ut dom"*), 3. försörjningsproblemet den försäkrade står inför (*"ändå har dom ingen stadigvarande ersättning"*) samt 4. de försäkrades eventuella brist på insikt (*"dom har nog inte förstått det"*). I den unika fallberättelsen som kommer därefter beskriver handläggaren sina försök att göra utförsäkringen begriplig för den försäkrade. Betonande av informationen som givits upprepade gånger utgör tillsammans med den generella inledningen, en slags rättfärdigande ursäkt för misslyckandet.

En annan fallberättelse om att mötas av stort motstånd vid erbjudande om överlämningsmöte med Arbetsförmedlingen handlar om ett gott samarbete med rehabiliteringssamordnaren i det akuta omhändertagandet. Samtidigt framför handläggaren viss kritik mot sjukvården för att ha missat att fånga upp den försäkrade under perioden med sjukersättning.

Exempel 13. Fallberättelse 9/3

jag har haft en tidsbegränsad sjukersättning där jag ska-
där den upphör den [datum]
å där jag bokar ett möte med arbetsförmedlingen då
å det var väl runt [datum] nån gång [datum] nånting bokade jag det här mötet.

jag skrev brev till henne
å så ringer hon till mig och säger "jag kan inte komma"
å så gråter hon i bakgrunden
å så kan hon inte komma och jag (har) panikångest
å det går inte jag kan inte åka dit.

/.../

Sen kan man ju se så här då, varför har den här kvinnan gått en lång tid utan någonting som helst stöd ifrån sjukvården?

hon skulle ju ha varit ja fått någon form av behandling här.

hon har haft en tidsbegränsad sjukersättning i två år här utan att nånting har hänt under den här tiden.

Exempel 13 återger endast berättelsens inledning och den avslutande delen där handläggaren riktar kritik mot sjukvården. Det är sjukvården som organisation snarare än specifika personer eller funktioner inom den som får klä skott för kritiken. En annan deltagare, en rehabiliteringssamordnare, undrar om den försäkrade inte själv har sökt hjälp och handläggaren fortsätter:

nej. det är en katastrof i sig då men,
men på nåt sätt borde man ha fångat upp henne tidigare.
nu är det ju så dags att fånga upp henne.
alltså vad händer nu då?
det vet inte jag i det här ärendet.
jag kan inte säga idag att hon kommer att få en varaktig sjukersättning.
det är ju inte så enkelt.

Frågan om den försäkrade inte själv sökt hjälp förlägger ett visst delansvar på individen. Berättaren bejakar initialt detta men återgår till att peka på den problematik som uppstår när försäkrade faller mellan stolarna. Det är inte uttalat vem som är ”man” i den upprepade kritiken om att någon borde ha fångat upp den försäkrade i berättelsen. Det sätt på vilket rehabiliteringssamordnarna svarar an på berättelsen med förklaringar och utvecklade beskrivningar av arbetet på vårdcentralerna tyder dock på att kritiken uppfattas vara riktad mot sjukvården. Samtalet i fokusgruppen fortsätter att för en stund kretsa omkring hur man inom sjukvården lägger upp behandlingsplaner för patienter där psykisk ohälsa utgör en väsentlig del av problematiken. I sina beskrivningar hänvisar rehabiliteringssamordnarna specifikt till kuratorernas och läkarnas arbetssituation och ansvar för patientgruppen med framför allt psykiska problem. Genom att utgå från andra yrkesgrupper än de närvarande hanterar fokusgruppen den uttalade kritiken. Episoden avslutas också med att en rehabiliteringssamordnare bjuder in ”sin” FK-koordinator att gemensamt berätta om ett fall där de tydligt stod på samma sida för en viss uppfattning i ett ärende. Deras gemensamma ”motståndare” var då en vårdcentralsläkare (*”du och jag hade samma åsikt om att den här patienten skulle må väldigt bra av att arbeta men doktor var låst i diagnoserna?”*).

Såväl misslyckade som problematiska fall förklaras i många fall med brister i regel-systemet och i organiserandet av rehabiliteringsarbetet samt i vissa fall genom olika aktörers bristande kunskap om regelverket. Av de fallberättelser som lyfter fram regelverket samt uttolkningen och konsekvenser av detta som problematiskt i det enskilda ärendet härrör sig samtliga utom en från samma fokusgruppsdiskussion där detta bildade ett tydligt tema som flera deltagare tog upp exempel omkring.

Exempel 14. Fallberättelse 27/5

om vi säger så här att en person kan vara sjukskriven,
till exempel den jag- jag tänker på ett speciellt fall nu,
den kanske har varit sjukskriven hos- från vårdcentralen sen [tidsangivelse].
när läkaren har sjukskrivit några månader
så skriver han- kryssar han i att han vill ha kontakt med försäkringskassan.

då tar jag kontakt med min koordinator.
som kollar upp vem som är handläggare t.ex. då.
då finns det ingen handläggare
för ärendet ligger fortfarande på tidig bedömning.

och sen när det väl kanske blir klart på tidig bedömning
så blir det avslag på den sjukpenningen som- eller ansökan om sjukpenning.
fast den kanske har varit sjukskriven flera månader.

Fallberättelsen pekar på problemet att Försäkringskassan och sjukvården ser sjukfall från olika tidsperspektiv. För vårdcentralen börjar det samma dag som sjukskrivningen inleds. Systemet med tidig bedömning innebär dock att en personlig handläggare utses först när sjukskrivningen har godkänts av Försäkringskassan. Berättelsens poäng är att det uppstår en tidsskillnad mellan läkarens bedömning av ett sjukskrivningsbehov och Försäkringskassans godkännande eller avslag av detsamma.

Forskarens fråga om vad som händer vid ett avslag utlöser ett eko av röster som alla upprepar ”*inga pengar*”. Berättaren fortsätter att förklara att det inte heller kan bli något möte med försäkringskassan eftersom det inte har blivit ett ärende för Försäkringskassan. Den här typen av misslyckade eller problematiska fall rapporteras enbart av rehabiliteringssamordnarna som i sin egenskap av sjukvårdsrepresentant upplever den här sortens svårigheter. FK-koordinatorerna bekräftar dock problemet och att de därför inte ska medverka vid möten angående personer för vilka sjukskrivningen ännu inte har nått ett godkännande (*”grundregeln är att vi ska inte gå på några möten när det ligger hos tidig bedömning för vi vet inte om det blir godkänd sjukpenning eller inte eller om det blir avslag”*).

Skillnader och likheter mellan olika aktörer

Som antytts i ovanstående redovisning fanns det skillnader mellan vilka slags berättelser de olika aktörerna presenterade. I det följande är det dessa skillnader som granskas.

Av de totalt 23 fallberättelser som handläggarna från Försäkringskassan presenterade karaktäriserades 18 som lyckade och 5 som misslyckade eller problematiska (se tabell 2).

Tabell 2. Fördelningen lyckade respektive problematiska/misslyckade fall berättade i vardera fokusgrupp

Fokusgrupp	Lyckade			Problem/ misslyckade			Totalt
	FK	LJ	FK+LJ	FK	LJ	FK+LJ	
FG1 (4/2) ⁴	3	0	0	1	1	0	5
FG2 (4/1)	2	1	0	0	0	0	3
FG3 (3/4)	1	1	1	2	3	0	8
FG4 (4/4)	3	0	0	1	2	0	6
FG5 (3/7)	1	6	0	0	7	0	14
FG6 (4/4)	8	4	1	1	0	1	15
Totalt	18	12	2	5	13	1	51
	32			19			

Rehabiliteringssamordnarna tog upp 25 enskilda ärenden av vilka 12 beskrevs som framgångsrika och 13 som misslyckade eller problematiska. Tre fallberättelser framfördes gemensamt av handläggare och samordnare. Av dessa handlade två om lyckad rehabilitering och en om ett problematiskt fall.

Förutom skillnader i antalet lyckade respektive problematiska fall märks några andra skillnader som kan vara värda en vidare analys. Ett slags berättelser som enbart förekom bland de personliga handläggarna från Försäkringskassan var berättelser om överlämningsmöten. Det kan uppfattas vara ett naturligt skäl till detta då överlämningsmötet markerar att individen är på väg att bli utförsäkrad dvs. inte längre kommer att få sin försörjning via Socialförsäkringen, utan kan välja att bli överflyttad till Arbetsförmedlingen som arbetssökande. Det är dock inte orimligt att tänka sig att sjukvården skulle kunna finnas med vid sådana möten eller vara fortsatt engagerade i ärendet trots situationen med utförsäkring. Detta var emellertid inget som framgick av vare sig fallberättelserna eller samtalet i fokusgrupperna.

Handläggarnas berättelser om erbjudanden av överlämningsmöten beskrev både fall som utifrån handläggarens perspektiv kategoriserades som misslyckade (se exempel 12 och 13) och lyckade.

I en fokusgrupp uppkom två på varandra direkt följande berättelser om att lyckas vända ett problematiskt samtal med en försäkrad som erbjudits överlämningsmöte med Arbetsförmedlingen. Upptakten var en generell berättelse om hur enskilda individer kan uppleva den situation som uppstår vid utförsäkring och vid erbjudande om kontakt med Arbetsförmedlingen. Den första berättelsen beskrev hur handläggaren efter ett telefonsamtal med en aggressiv person först skickar information och sedan bestämmer sig för att ringa upp på nytt. Utifrån svårigheter som den försäkrade beskrivit i det första samtalet har handläggaren också tagit kontakt med Arbetsförmedlingen och ordnat så att överlämningsmötet skulle kunna ske som ett hembesök. I exemplet nedan är den delen som behandlar det första telefonsamtalet utsluten då den innehåller detaljer som skulle kunna verka identifierande. Uteslutna partier markeras med /.../.

⁴ Den första siffran inom parentes anger antalet FK-koodinatorer i gruppen, den andra antalet rehabiliteringssamordnare.

Exempel 15. Fallberättelse 40/6

fast jag tror att det är lite också, jag tror att det också är bra
men det här som [namn på fokusgruppsdeltagare] sa, det här att det får ta tid.

vi hade en annan just i samband med ett sånt där överlämningsmöte som jag ringde då
sjukersättningen upphör

/.../

men så visste jag inte hur ska jag göra nu då?

ska vi ha hembesök?

å ja jag visste inte men jag skickade hem ganska mycket information

så jag försökte ge skriftlig information om vad som händer om man inte tackar ja till ett
överlämningsmöte.

å så tänkte jag att fasen jag ringer en gång till till honom.

då var han inte hemma på hemnumret.

å då tänkte jag det var ju konstigt /.../

men ja då fick jag tag på honom på mobilen i alla fall

å då var han /.../

men då var det inte riktigt lämpligt att vi pratade då

så vi kom överens om att jag skulle ringa lite senare.

och (jag) ringde lite senare på dan å sen så pratade vi om det här igen,

å jag frågade om han ville ha ett överlämningsmöte

för då hade jag pratat med arbetsförmedlingen

å sagt att vi kan ju åka hem till honom då

å då säger han ”ja men det är klart, kan jag /.../ så kan jag gå till arbetsförmedlingen”.

han var en helt annan människa

så att jag tror det här att just den här liksom all ersättning som nu kommer att försvinna,

vad ska jag göra?

å sen så kanske det ändå hade smält in den här informationen

å sen hade han lugnat ner sig

så att ja vi ska ses på arbetsförmedlingen.

Genom sin berättelse påtalar handläggaren behovet att låta den försäkrade få tid att sätta sig in i de rådande villkoren. Detta kräver i sin tur att handläggaren kan föreställa sig den enskilda individens situation och hur det kan kännas att bli eller riskera att bli utförsäkrad. Berättelsen visar den professionalitet som handläggaren behöver använda för att kunna hantera möten som riskerar att haverera. Det berättade följs omedelbart av en ny historia som explicit länkas till den föregående.

Exempel 16. Fallberättelse 41/6

mm jag råkade ut för samma grej.

det gällde också en som har psykiska besvär då (.)

som jag skulle ringa och informera om det här

å vi vi är ju faktiskt skyldiga enligt lag att göra detta.

jag kan inte bara strunta i det, sen

sen eh (.) och hon blev också väldigt aggressiv emot mig,

/.../

men hon lyssnade inte
å hon skulle minsann inte ha nåt överlämningsmöte
å hon hade minsann sin ersättning till [tidsangivelse].
ja okej, sa jag men skicka in det beslutet som du hänvisar till då till mig
så ska jag skicka en kopia på det som jag har.

/.../

så att det när hon fick läsa och tänka efter så
så godtog hon det
så vi har ju bokat ett överlämnandemöte.

Liksom föregående berättelse beskriver den i exempel 16 hur handläggaren genom sitt bemötande lyckas hantera den aggressivitet som uppkommit vid information om utförsäkring. I likhet med tidigare berättelse klarar handläggaren situationen genom att ge den försäkrade tid. Intressant i den här berättelsen är hur berättaren redan strax efter inledningen avbryter sin historia för att ge en slags ursäktande förklaring till sitt telefonsamtal till den försäkrade. Handlingen rättfärdigas med hänvisning till att hon enligt lag är skyldig att ge också negativ information. Rättfärdiggörandet kan förstås i relation till den aktuella berättelsen men kan också tolkas på ett mer generellt plan i relation till den kritik som riktats mot Försäkringskassan via media.

En närliggande berättarpoäng som återkom bland handläggarna handlar om deras professionella handlingsutrymme i rehabiliteringsärenden. Handlingsutrymme som tema uppkom endast i berättelser om lyckosam rehabilitering och kunde både fungera för att framhålla hur möjligheten att individanpassa åtgärder varit större före det nya regelverket och för att påtala att sådana möjligheterna fortfarande finns. Det förstnämnda kom upp i samband med berättelser om fall som skett före rehabiliteringskedjan. Till exempel nämndes den möjlighet handläggare tidigare hade att remittera försäkrade till olika instanser för bedömning och rehabilitering. Känslan av handlingsutrymme i det rådande systemet och dess betydelse för att nå framgång märks i nedanstående exempel.

Exempel 17. Fallberättelse 21/4

men jag tänker på en kille jag har-
som man har fått tänja lite, för ibland går det att tänja på det (ohb)
alltså alla vet ju det här att man blir utförsäkrad efter ett visst antal dagar,
är det 2½ år sen är man utförsäkrad,

men sen så finns det ju vissa kriterier som kan uppfylla
som gör att man kan få ytterligare sjukpenning
och det är sjukpenning i vissa fall
eller sjukpenning om du har en arbetsskada då.

/.../

han är uppe i 75% arbete nu
och vi har en målsättning att han ska fungera på heltid nu från och med [tidsangivelse].
och det är ganska skönt att ha den möjligheten
och ge honom den ytterligare tiden då.

Handläggaren beskriver inledningsvis sitt handlande som att hon har fått tänja på systemet men övergår strax till att förklara för övriga i gruppen på vilket sätt regelverket tillåter utökad tid för rehabilitering i fall där särskilda skäl föreligger.

En slags berättelser som enbart förekom bland rehabiliteringssamordnarna handlar om hinder och fördröjningar i rehabiliteringsprocessen vilka främst beskrevs höra samman med ett förändrat regelverk med åtföljande förändringar av rutiner och ansvarsfördelning mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Framför allt utpekades den organisering av Försäkringskassans rutiner som går under namnet ”tidig bedömning” (se även exempel 14) som ett påtagligt hinder för en effektiv rehabiliteringsprocess.

Indirekt förmedlar dessa berättelser även en känsla av hur förändrade regler uppfattas som en begränsning av läkarprofessionens handlingsutrymme när det gäller tolkningsföreträde omkring behov av sjukskrivning (även om också det motsatta förekommer, se. Exempel 6). Orsaken till de specifika problem med utdragna handläggningstider som beskrivs i dessa fallberättelser förlägger berättaren primärt till andra organisationer eller till andra professioner inom den egna verksamheten. I nedanstående exempel är det kunskapsluckor hos sjukskrivande läkare, organisationen ”tidig bedömning” och regler för att få arbetslöshetsersättning som tillsammans skapar problem för den sjukskrivna individen.

Exempel 18. Fallberättelse 30/5

en situation som kan bli oerhört tråkig för patienten är när man är arbetssökande och blir sjuk.
i det här fallet får ont i axeln

å på förmedlingen säger man att ja det är inte så bra,
du är inte riktigt frisk nu
å så går man till doktorn
å doktorn säger att det är klart hon har ont i axeln här
å sjukskriver.

och från tidig bedömning kommer begäran om komplettering
å det skickas in
å tiden går

å då är vi uppe på 2½ 3 månader
å så blir det avslag på sjukskrivningen eftersom man kan söka andra jobb som (inte) kräver att man (xxx)
det visste inte patienten,
det visste inte doktorn,
hon har ju trots allt ont i axeln, helt klart.

och då får man information,
då fick den här kvinnan information från försäkringskassan att det här beslutet kan du överklaga
så det gjorde hon ju.
å då gick det ytterligare en tid.

å sen blev det avslag igen
å då kan man då inte få A-kassa,
man får ingen sjukskrivning,
man är utan pengar i 3½ månad då eftersom det överklagade så drar det ut på tiden

innan jag har i min hand avslaget från försäkringskassan definitivt
å kan lämna in det på arbetsförmedlingen
för det är först då A- kassan kan börja stämpla igen,
det går inte att jag säger att jag har fått avslag på sjukskrivningen
å nu kommer jag tillbaka för det var inte färdigt,
det måste finnas dokumenterat i arbetsförmedlingens hand.

och det här var ingen medveten om att det kunde bli så för
hon sa ju aldrig nånsin mer jag går till en doktor när jag är arbetslös eller skickar in ett intyg
alltså.
det är inte lätt att veta, det fanns ingen information,
det var ingen som sa det, du riskerar detta, så här är reglerna.

Patienten i berättelsen hamnar i en mycket besvärlig situation dels pga. läkarens
bristande kunskap om vad som gäller för den som är arbetslös dels genom den tids-
fördröjning som uppstår pga. organiseringen inom Försäkringskassan och glappet
mellan olika välfärdssystem. Berättelsen visar hur den enskilde ”faller mellan
stolarna” när hennes fall berör och bedöms av tre aktörer – sjukvården, Försäkrings-
kassan och Arbetsförmedlingen samt vilka konsekvenser deras respektive bedöm-
ningar får för individen. Berättaren uttrycker samtidigt den frustration sjukvårdens
professionella känner när de blir varse effekterna av hur en medicinsk bedömning
förhåller sig till ett förändrat regelverk. I berättelsens slutkläm anas också en känsla
av att, som verksamhet, ha hamnat i dålig dager hos patienten för att ha försatt denna
i en besvärande ekonomisk situation.

Genom analysen framträder en betydande skillnad mellan handläggarnas berättelser
och rehabiliteringssamordnarnas. De sistnämnda uttrycker sig framför allt som med-
lem i ett team oavsett om detta avser ett rehabiliteringsteam på vårdcentralen, vård-
centralen som helhet eller samarbetet med t.ex. patientansvarig läkare. Detta märks
genom deras frekventa användning av ett kollektiverande ”vi” som subjekt i sitt
berättande. Något som kan anspela på deras roll som teammedlem eller hur de mer
allmänt ser sig som representant för sjukvården genom sin funktion och profession.
FK-koordinatorerna däremot berättar om ärenden där de som personliga handlägg-
are självständigt har att bemöta enskilda försäkrade. Handläggarnas mer personligt
utsatta position märks genom ett tydligare enskilt berättarjag.

Avslutande diskussion

Gemensamt för båda aktörgrupperna och framträdande i hela materialet är beskrivningar av vikten av samverkan mellan aktörerna och den enskilde för att lyckas. Framför allt är det samverkan mellan Försäkringskassan och sjukvården som lyfts fram. Detta bero sannolikt på dessa båda aktörers centrala roll vid sjukskrivning men förstärks troligen i fokusgruppsdiskussionerna beroende på hur dessa var organiserade. Brist på samverkan framstår på motsvarande sätt som den primära orsaken till att ett ärende misslyckas. När skälet till problem i rehabiliteringsprocessen förläggs till Försäkringskassan eller sjukvården förklaras hindret oftast som ett slags systemfel eller på grund av bristande kunskap. Arbetsgivaren däremot tenderar att antingen få rollen som hjälte eller dess motsats. Positiva, aktiva och kreativa arbetsgivare hyllas och ges inte sällan äran när det går bra. När anledningen till misslyckande förläggs till arbetsgivaren och dennes ovilja att bistå sin anställda framställs detta i mindre grad som exempel på bristande samverkan. Istället målas arbetsgivaren upp som en besvärlig motpart och den som personligen sätter käppar i hjulet för en lyckosam rehabilitering. Även i berättelser om misslyckade fall som beskrivs bero på den försäkrades personlighet eller bristande motivation framställs individen som en motpart.

Vad som kategoriserades som lyckade eller misslyckade fall av rehabilitering skiljer sig något mellan aktörerna från Försäkringskassan och sjukvården. För båda parter utgör lyckosamma fall tveklöst de som återgår till arbete. Utifrån handläggarnas perspektiv är det tydligt att uppdraget handlar om att utreda och bedöma den försäkrades möjligheter att återgå till ett arbete – primärt ordinarie arbete – samt att på olika sätt främja en sådan återgång. Om detta visar sig omöjligt kan dock avslutandet av sjukfallet genom utförsäkring också kvalificera ärendet att bli ett lyckat fall. Det blir en slags framgångsberättelser på professionell grund snarare än utifrån den försäkrades perspektiv. För att bli ett lyckat fall krävs att handläggaren lyckas förmedla erbjudandet om överlämning till Arbetsförmedlingen på ett sätt så att mötet kan ske i samförstånd med den försäkrade och därmed inge ett viss hopp att detta så småningom ska kunna leda till ett arbete som fungerar för individen.

Professionalitet som tema och berättelsepoäng bland handläggarna hör sannolikt ihop med ett behov att förklara och att rättfärdiggöra ett arbete som ofta utsatts för kollektiv kritik – inte minst via media. Det är tydligt att fokusgruppsdeltagarna som kommer från sjukvården inte har samma behov att förklara sig. Det kan förklaras av att sjukvården i mindre utsträckning fått kritik för sin del i rehabiliteringskedjan. En annan möjlig förklaring är att de som medlem i ett rehabiliteringsteam/behandlingsteam på en vårdcentral är mer fokuserade på kollektivet vilket resulterar i berättelser som i hög grad bygger på ”vi-formen”. En tredje förklaring kan vara att rehabiliteringssamordnarna i grunden är anställda som sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och vårdadministratörer och att de främst såg sig som tillhörande sin profession och därmed kände mindre behov av att försvara och förstärka sin roll som rehabiliteringssamordnare.

För handläggarna, som i stor utsträckning genomför sitt arbete ensamma i relation till den försäkrade, utgör fallberättelserna ett sätt att synliggöra sitt arbete (jfr. Pithouse & Atkinson, 1988). Ett synliggörande som är nödvändigt för att kunna försvara, förklara och rättfärdiga det uppdrag man har att utföra utifrån rådande regelverk. Det mediala fokus som under senare år riktats mot Försäkringskassan och som kritiserat såväl systemet som bedömningen av enskilda fall har ingen motsvarighet när det gäller sjukvården vilket ytterligare förklarar varför handläggarna i större grad berättar om fall där deras professionella bemötande blir avgörande för ett lyckat möte och en framgångsrik rehabilitering. Handläggarnas mer utsatta position kan också förklara dominansen av lyckade fallberättelser från den gruppen liksom ett behov att berätta om nöjda klienter.

Gemensamt för deltagarna i fokusgrupperna är att regelverket omkring rehabiliteringskedjan är påtagligt närvarande i berättelserna. Möjligheter och brist på handlingsutrymme utifrån regelverket lyfts endast i handläggarnas berättelser fram explicit där detta utgör ett eget och viktigt tema. Anledningen till att förändringar i handlingsutrymmet bara indirekt kan anas i rehabiliteringssamordnarnas berättelser kan höra samman med att det är läkarnas tolkningsföreträde som beskrivs ha påverkats, inte övriga professioners till vilka rehabiliteringssamordnarna själva vanligen tillhör. Båda aktörsgrupperna tog emellertid upp det nya regelverket som såväl ett potent verktyg och som ett hinder när det gällde att individanpassa rehabilitering genom att t.ex. tillåta processen att ta längre tid eller som ett sätt för att ställa krav.

Genom berättelserna och i interaktionen märks ett behov att lyfta fram och främja samarbetet mellan handläggare och rehabiliteringssamordnare. Främst sker detta genom betonandet av varandras viktiga roll i olika ärenden. Kritik riktas främst och tydligast mot aktörer och parter som inte finns representerade i fokusgrupperna – som t.ex. arbetsgivare. Det klander som ändå adresseras mot den andra aktörens verksamhet riktas sällan mot funktionen och aldrig mot personer i rummet. Fallberättelser som riktar kritik mot andra aktörer, såsom arbetsgivare, och andra professioner liknar till en del det som benämns förskräcklighetshistorier (Allen, 2001; Dingwall, 1977) men antar aldrig formen av ett gemensamt projekt som lyfter upp betydelsen av den egna yrkesrollen så som tidigare studier har påvisat. Trots att handläggarna och rehabiliteringssamordnarna ömsesidigt förstärker varandra och betonar samarbetet sig emellan är det tydligt att de agerar som två olika aktörer på den arbetslivsinriktade arenan. De kan ha liknande erfarenheter och dela syn på andra aktörer men de utgör ändå inte en gemensam grupp visavi andra aktörer. Detta är ett intressant och viktigt resultat med tanke på det samarbete som sker mellan primärt just dessa funktioner. Intressant för att det visar att organisationstillhörigheten tycks väga tyngst trots önskan om nära och gott samarbete. Viktigt eftersom alltför ingående samverkan skulle kunna missgynna de försäkrade och deras möjlighet att göra sin röst hörd (Bülow, 2012).

Fallberättelser studeras ofta i sin vardagliga kontext. Genom att situationen i fokusgruppen är konstruerad kan berättelser som samlas in på detta sätt skilja sig från de ärenden som berättas i vardagen på Försäkringskassan och på vårdcentralen. Det kan förklara en del av den artighet som riktas till den andra aktörsgruppen genom

framför allt frånvaron av kritik men också hur eventuell kritik hanterades och mildrades i gruppen. Även om det är rimligt att anta att fallberättelser som förekommer vid olika sammankomster inom Försäkringskassan respektive på vårdcentralerna kan se annorlunda ut och tjäna andra syften, ingår FK-koordinatorer och rehabiliteringssamordnare också i olika gemensamma vardagliga sammanhang som kan vara snarlika situationen i fokusgruppen. Berättelserna i fokusgrupperna kan på det sättet ge en god inblick i de erfarenheter som fortsätter att präglade den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för dessa båda aktörsgupper. Diskussionerna utvecklades delvis på olika sätt i de olika fokusgrupperna. Inget tydligt mönster framträder dock som förklarar variationerna utifrån t.ex. antalet deltagare från respektive aktörsgrupp. Också i fokusgrupper med stark övervikt av den ena aktörsgruppen förekom fallberättelser från båda håll. Det gällde även om få berättelser presenterades totalt inom gruppen. Handläggarna som främst presenterade lyckade fall totalt, gjorde även så i alla utom en fokusgrupp. Rehabiliteringssamordnarna som med minimal övervikt främst presenterade problematiska eller misslyckade fall, var också de som i flertalet fokusgrupper stod för flest berättelser ur detta perspektiv. Generellt präglades samtliga fokusgrupper av en ömsesidig öppenhet och vilja att dela med sig av såväl erfarenheter som åsikter om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Slutsatser

Fallberättelserna i studien visar på både samstämmighet och skillnader mellan FK-koordinatorernas och rehabiliteringssamordnarnas uppfattning om vad som utgör lyckade respektive misslyckade rehabiliteringsärenden. Vad som kategoriseras som lyckade och misslyckade eller problematiska rehabiliteringsfall tycks för båda aktörsgupperna utgöra en kvalitativ beteckning som kan ses utifrån många olika perspektiv – ur den försäkrades/patientens eller den professionelles synvinkel. Särskilt intressant är hur ärenden som utifrån ett myndighetsperspektiv har nått en fullständig lösning, ändå ur ett mänskligt perspektiv kan betraktas som ett misslyckande.

Generellt betonas inom båda aktörsgupperna behovet av samverkan för att nå framgång i rehabiliteringsärenden. Intressant är den svart-vita roll arbetsgivaren tilldelas som antingen hjälte eller okänslig sabotör av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

De skillnader som framträder mellan respektive aktörsgrupps berättelser kan förstås utifrån skilda arbetsvillkor och därmed skillnader i känslan av utsatthet för kritik. Trots att samtalen i fokusgrupperna till en del präglades av det upparbetade samarbetet mellan handläggarna och rehabiliteringssamordnarna – och att detta betonades som viktigt och avgörande i många fallberättelser – framstår de båda funktionerna främst som representanter för två olika aktörer med olika roller och ansvar i rehabiliteringsprocessen.

Referenser

- Allen, D. (2001). Narrating Nursing Jurisdiction: "Atrocity Stories" and "Boundary-Work". *Symbolic Interaction*, 24, 75-103.
- Atkinson, P. (1995). *Medical Talk and Medical Work*. London: Sage.
- Bruner, J. (2001). Self-making and world-making. In J. Brockmeier & D. Carbaugh (Eds.), *Narrative and Identity: Studies in Autobiography, Self and Culture* (pp. 25-37). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Bülow, P. (1998). *Utbrändhet i fokus - Hur professionella i grupp samtalar om utbrändhet* (Magisteruppsats No. 1998:1). Linköping: Tema Kommunikation Linköpings universitet.
- Bülow, P. (2004). Sharing Experiences of Contested Illness by Storytelling. *Discourse & Society*, 15(1), 33-53.
- Bülow, P. (2012). Delaktighet i tvärprofessionella flerpartssamtal. In P. Bülow, D. P. Thunqvist & I. Sandén (Eds.), *Delaktighetens praktik. Det professionella samtalets villkor och möjligheter* (pp. 91-113). Lund: Gleerups.
- Bülow, P., & Sjökvist, M. (2010). *Rehabsamordnaren som länk i den samordnade rehabiliteringen. Arbetsrapport*. Jönköping: Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping.
- Dingwall, R. (1977). "Atrocity Stories" and Professional Relationships. *Sociology of Work and Occupations*, 4, 371-396.
- Gee, J. P. (1986). Units in the Production of Narrative Discourse. *Discourse Processes*, 9, 391-422.
- Gee, J. P. (1991). A Linguistic Approach to Narrative. *Journal of Narrative and Life History*, 1(1), 15-39.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Anchor Books.
- Harré, R., & Langenhove, L. v. (1999). *Positioning Theory: Moral Contexts of Intentional Action*. Oxford, UK: Blackwell.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human Service Organizations*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hunter, K. M. (1991). *Doctors' Stories*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Hydén, L.-C., & Bülow, P. (2004). Tidens väv: om sjukdomsberättelser. *Tidskrift för litteraturvetenskap*, 70-83.
- Hydén, L.-C., & Bülow, P. (2012). Who's Talking: Drawing Conclusions from Focus Groups - Some Methodological Considerations. In G. R. Walden (Ed.), *Focus Group Research Volume III*. London: SAGE.
- Hydén, L.-C., & Hydén, M. (Eds.). (1997). *Att studera berättelser: Samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Johnson, B. (2010). *Kampen om sjukefrånvaron*. Lund: Arkiv förlag.

- Josephson, I., Bülow, P., & Hedberg, B. (2011). Physiotherapists' clinical reasoning about patients with Non-Specific Low Back Pain (NSPBL), as described by the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 33(23-24), 2217-2228.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16(1), 103-121.
- Labov, W. (1972). The Transformation of Experience in Narrative Syntax. In W. Labov (Ed.), *Language in the Inner City* (pp. 354-405). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Labov, W. (1982). Speech Actions and Reactions in Personal Narrative. In D. Tannen (Ed.), *Analyzing Discourse: Text and Talk* (pp. 219-247). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Labov, W., & Waletzky, J. (1967). Narrative Analysis: Oral Versions of Personal Experience. In J. Helm (Ed.), *Essays on the verbal and visual arts* (pp. 12-44). Seattle: University of Washington Press.
- Larsson, L. (2010). *Att mobilisera för framtiden: Anestesiläkarens överrapporteringsamtal*. Linköping university, Linköping, Sweden.
- Lovitts, B. E. (2008). The Transition to Independent Research: Who Makes It, Who Doesn't, and Why? *The Journal of Higher Education*, 79(3), 296-325.
- Merton, R. K., & Kendall, P. L. (1946). The focused interview. *American Journal of Sociology*, 51, 541-557.
- Morgan, D. L. (1996). Focus Groups. *Annual Reviews of Sociology*, 22, 129-152.
- Myers, G., & Macnaghten, P. (1999). Can focus groups be analysed as talk? In R. S. Barbour & J. Kitzinger (Eds.), *Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice* (pp. 173-185). London: Sage.
- Nilsson, G. (2012). *Fribet, regler och läkarintyg: en uppföljning av samverkansmodellen mellan Försäkringskassan och Landstinget i Jönköpings län*. Jönköping: Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping.
- Norricks, N. R. (1998). Retelling Stories in Spontaneous Conversation. *Discourse Processes*, 25(1), 75-97.
- Pithouse, A., & Atkinson, P. (1988). Telling the Case: Occupational Narrative in a Social Work Office. In N. Coupland (Ed.), *Styles of Discourse* (pp. 183-200). London: Croom Helm.
- Polanyi, M. (1983/1966). *The Tacit Dimension*. Gloucester, MA: Peter Smith.
- Radley, A., & Billig, M. (1996). Accounts of health and illness: Dilemmas and representations. *Sociology of Health & Illness*, 18(2), 220-240.
- Ricoeur, P. (1984). *Time and narrative* (Vol. 1). Chicago: The University of Chicago Press.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative Analysis* (Vol. 30). Newbury Park: Sage.
- Sacks, H. (1995). *Lectures on conversation*. Oxford: Blackwell.
- Scott, M. B., & Lyman, S. M. (1968). Accounts. *American Sociological Review*, 33(1), 46-62.

- Tannen, D. (1984). *Conversational Style: Analyzing Talk Among Friends*. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Wibeck, V. (2002). *Genmat i fokus: analys av fokusgruppsamtal om genförändrade livsmedel*. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för Tema.