FINSAM och BRUKARNA

en intervjuundersökning

Elisabeth Wollin Elhouar
Etnologiska avdelningen, Stockholms universitet

© Statskontoret, 2007
URN:NBN:se:statskontoret-2007-200706Bilaga-pdf

Innehåll

Inledning **3**
Syfte 4
Genomförande 5
Informanter 7

Få lov att bara vara **9**
En eftersatt förort 11
Att inte fungera som man ska 12
Arbete som eget självförverkligande 13
Självförverkligande till priset av arbete? 14
Ifrågasatt arbetslinje 15
Vi-känslan 16

Gnosjöanda **18**
Hälsan har det aldrig varit något större problem med 19
Få ordning på livet 20
Positiv disciplinering 21
Stress 21

Inget kneg, tack **23**
Framtiden 24
En känslig konstnärssjäl 25
Ett bättre liv 26
Kultur 28

Övrig rehabiliteringsverksamhet **29**

Avslutande diskussion **33**
Finsam i relation till övrig verksamhet 36
Slutord 37

Litteratur **38**

Inledning

Sjukfrånvaro och rehabilitering framstår ofta som paradoxala fenomen i Sverige. Inte sällan debatteras det hur det kan komma sig att de svenska ohälsotalen är så omfattande samtidigt som vår välfärd är så hög (Gerner 2005:3). I Sverige befinner vi oss också i topp, sett ur ett internationellt perspektiv, i fråga om rehabiliteringsåtgärder. Trots det uteblir de stora effekterna vad gäller återgång till arbete (Gerner 2005).

I såväl forskningen som i den offentliga debatten knyts diskussionen om återinträdet från sjukskrivning till rehabilitering, som anses kunna påverka utflödet genom att återge människor deras arbetsförmåga (SOU 2000:121, s. 84). Arbetsmässig rehabilitering förutsätter ett positivt sammanfall av tre skilda faktorer: att det faktiskt finns en arbetsmarknad att komma tillbaka till (ofta i andra arbetsuppgifter än de man blev sjukskriven från), att det finns en fungerande rehabiliteringsverksamhet, och att den sjukskrivne individen är motiverad för att gå från sjukskrivning till arbete. Den dominerande inriktningen är den s.k. arbetslinjen, dvs. att den sjuka ska rehabiliteras till arbete. Detta har inneburit att arbetsgivarna fått ett relativ stort ansvar för återföringen, med försäkringskassan som samordnare (SOU 1988:41, SOU 1990:49). Det är – eller skall åtminstone vara – läkaren som avgör inte bara när en person kan sjukskrivas, utan även vilken arbetsförmåga han eller hon har (Lindqvist 2001: 18). Effektiviteten av rehabiliterande insatser är omstridd bland forskare och utvärderare (se t.ex. Gerner 2002, Marklund 1995, Marnetoft 2000). Den är behäftad med ett antal olika problem, som dels har att göra med sjukvårdens fokusering på sjukdom och diagnos, dels på arbetslivets fokusering på produktivitet, dels på myndigheternas bristande samordning, och dels på den enskildes grad av motivation.

I en studie av 151 långtidssjukskrivna fann Ulla Gerner att två tredjedelar hade återgått i arbete vid en uppföljning två år senare (Gerner 2002). Av dessa hade i sin tur en tredjedel inte fått någon yrkesrelaterad rehabilitering, medan de övriga fått detta i skiftande grad. Gerner påpekar emellertid att det uppträder en negativ relation mellan rehabilitering och återgång i arbete – de som hade genomgått rehabilitering hade betydligt mindre chans att återgå i arbete än de som inte gjort det. Förklaringen kan anses vara att rehabilitering främst sätts in i fall som betraktas som svåra av olika skäl (jfr Marklund 1995). När det gäller motivationen pekar Gerners undersökning på att de som själva såg sina chanser att återvända till arbete som goda också tenderade att faktiskt återvända, medan de som själva bedömde sina chanser som små inte heller återvände i samma utsträckning.

Sven-Uno Marnetoft (2000) konstaterar i en studie från Jämtland att det finns särskilda problem beträffande rehabilitering av arbetslösa sjukskrivna

men att det även generellt tycks vara så att vare sig arbetsgivare eller försäkringskassa lever upp till vad lagen förespråkar i fråga om rehabilitering.

Den här presenterade undersökningen är en delstudie som ingår i en större utvärdering av *finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet* (Finsam). Finsaminsatsernas syfte är att öka eller återställa funktions- och arbetsförmågan för den enskilde individen. Insatserna kännetecknas av att vara samordnade mellan parterna: Försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting. Sedan starten 2004 följs den samordnade verksamheten upp kontinuerligt av Statskontoret på uppdrag av regeringen fram till och med 2008. Fokus för denna delstudie är rehabiliteringsinsatsen sedd ur deltagarens perspektiv. Statskontoret har gett docent Kjell Hansen vid etnologiska avdelningen på Stockholms universitet det övergripande uppdraget att genomföra studien. Under handledning av Hansen har fil.mag. Elisabeth Wollin Elhouar utfört intervjuerna och i huvudsak skrivit rapporten.

Syfte

För att kunna säga något om hur finsaminsatserna fungerat för deltagarna behöver vi ta ett steg tillbaka: insatsernas effekter för deltagarna framträder tydligare när de sätts i relief till deras liv *före* insatserna. Vi har därför gjort intervjuer med deltagare för att fånga deras berättelser om sina liv före, under och – i förekommande fall – efter insatsperioden. Från en sådan bas kan vi sedan börja tala om de insatser som genomförts. I själva verket rör vi oss med två centrala livsförändringar för deltagarna. Den första handlar om att drabbas av sjukdom eller annat som gör att man blir arbetsoförmögen. Den andra förändringen handlar om att åter kunna bli arbetsförmögen.

Med tanke på arbetslinjens starka ställning är återgång i arbete det självklara målet för så gott som all rehabilitering. I den följande granskningen kommer därför brukarnas inställning till arbetet att inta en central roll. En brist i det mesta av den – vetenskapliga såväl som allmänna – diskussionen kring både arbetslöshet och ohälsa är att kunskapen om vad som egentligen händer för och med människor som är utanför arbetsmarknaden en längre tid, är dålig. När det gäller sjukskrivningar är detta inte minst relevant med tanke på att det framför allt är de s.k. symtomdiagnoserna som ökat i omfattning (Bågenholm 2003) – och att de flesta sjukskrivna inte är sängbundna. I en rapport från Arbetslivsinstitutet har Tor Larsson (2005), med utgångspunkt i studier som visar att kring två tredjedelar av den ökande sjukfrånvaron sedan 1997 beror på att de sjukskrivna förblir sjukskrivna under längre tid, pekat på kollapsen i rehabiliteringssystemet som orsak. Systemets sammanbrott skedde vid 1990-talets mitt genom ett antal politiska beslut och kan enligt Larsson direkt avläsas i sjukfrånvaron. Hans slutsats är entydig: *”Det verkliga samhällsproblem som resulterat i fenomenet ”den galopperande sjukfrånvaron” har att göra med ett under 1990-talet uppkommet systemfel i det tidigare relativt väl fungerande kvalificerade rehabiliteringsarbetet. Det*

korrekta sättet att åtgärda samhällsproblemet, som väsentligen inte handlar om sviktande hälsa eller moral i befolkningen utan mer om ökande sjukförsäkringskostnader i staten, är att rekonstituera det system som gått sönder i en idag ändamålsenlig form" (Larsson 2005:27). Finsam skulle kunna betraktas som ett sätt att försöka, om inte återställa, så i alla fall åstadkomma ett bättre fungerande rehabiliteringsarbete.

I denna studie har vi önskat skifta perspektiv från systemets utblickande på en motsträvig verklighet till de sjukskrivnas strävan efter att få livet att gå ihop. Med ett sådant synsätt är det inte enbart rehabiliteringens tekniska effektivitet som behöver granskas. I stället framträder då frågor som: Hur ser det liv ut, som rehabiliteringen ska leda tillbaka till? Hur står det sig i tävlan mot de handlingsfält som öppnas när man själv – trots de hinder sjukdom eller andra problem sätter – kan styra över sin tillvaro? När det gäller denna typ av frågor, är forskningen både märkbart och märkligt tyst. Om forskarvärlden åtminstone antytt problematiseringar kring hur människor rör sig in i sjukskrivningens eller arbetslöshetens värld, tycks den här ha retirerat in i en föreställning om en förhärskande samhällsmoral som säger att om man bara *kan*, så *vill* man också arbeta. Vi önskar alltså fokusera motivationsproblematiken genom att betrakta den ur de sjukskrivnas och arbetslösas horisont, snarare än ur den horisont som öppnas av myndigheternas och lagstiftarnas perspektiv. I intervjumaterialet har vi sökt sådana utsagor som kunnat hjälpa oss att förstå hur rehabiliteringsverksamheten tett sig ur brukarnas (deltagarnas) perspektiv – och vi har försökt göra detta utan att moralisera över vad som kan anses vara rätt eller fel.

Avsikten med denna studie är därmed att studera hur deltagare i en så kallad Finsaminsats upplever rehabiliteringen. Vidare undersöks deltagarnas egna uppfattningar om sin hälsa och motivation till arbete. De övergripande frågeställningarna lyder: Är målgruppen homogen? På vilket sätt liknar individerna varandra? Hur ser skillnaderna ut? Vad anser deltagarna om insatsen? Vad har insatsen betytt i fråga om arbetsförmåga, psykisk och fysisk hälsa, sociala faktorer och försörjning? Hur ser eventuella likheter och skillnader ut mellan Finsaminsatser och ordinarie verksamhet eller annan samverkan?

Genomförande

Undersökningen bygger på intervjuer med ett antal deltagare i olika Finsaminsatser. Med hjälp av Statskontoret valdes fyra insatser ut. Av dessa har tre insatser medverkat och de har varit belägna i Göteborgs centrum, Göteborg nordost och Örnsköldsvik. Det ska understrykas att studien *inte* är en undersökning av de specifika individerna, utan att individerna tjänar som repre-

sentanter för generella samhällsfenomen.[1]

Det kan vara värt att påpeka att hela denna studie utgår från en *kvalitativ metod*, eftersom denna typ av studier är relativt sällsynta när det gäller utvärderingar av samhällsinsatser. Den typ av kunskap som den kvalitativa metoden producerar är *dels* en kunskap om hur verkligheten ser ut för de som lever i den – och som lätt kan komma att behandlas som viljelösa enheter i stora sammanställningar – *dels* en kunskap om det sammansatta och konkreta som kan användas för att problematisera mer svepande allmänna utsagor. Man kan säga att det som utmärker de kvalitativa metoderna är en strävan efter att förstå den innebörd en utsaga har i sitt sammanhang, snarare än ett sökande efter entydiga orsakssamband. En kvalitativ studie söker visserligen det generaliserbara – men en av de tydligaste generella slutsatser vi kan dra, är att den sociala verkligheten inte är enhetlig utan tvärt om sammansatt och att den varierar mellan platser och sociala grupper. En kvalitativ studie kan sägas vilja *producera resultat som är så rimliga och trovärdiga som möjligt*. Det ligger i metodens karaktär – med ett relativt litet antal mer djupgående intervjuer – att representativitet inte kan sökas i urvalet av informanter. Snarare är det i det hermeneutiska arbetet med att tolka vad de intervjuade berättat som materialet görs representativt och generellt. En rimlig förklaring av ett fenomen är därmed en förklaring som lämnar så få blottor som möjligt, som frilägger ett meningssystem på ett sätt som gör det begripligt och sammanhängande.

Det som stått i centrum för vårt perspektiv är att allt socialt handlande samtidigt utgår från något slags *meningsbärande* system – och *skapar* mening i företeelser och mellan människor. Sådana system av mening är avgränsade och lokaliserade: därför är det nödvändigt att studera individen i sitt *kulturella och sociala sammanhang*. Sjukdom eller arbetslöshet innebär en omförhandling av den sociala identiteten så som den kommer till uttryck i vardagens göromål. Skall man förstå statistikens siffror behöver man framförallt kunskaper om hur människor *blir sjuka/arbetslösa* liksom för hur de *förblir sjuka/arbetslösa*. Tydligast är detta när det gäller sjukdom – och i än högre grad sjukskrivning – som inte enbart utvecklas i den enskildes upplevelse, och inte heller enbart i denna upplevelses möte med den medicinska vetenskapen i form av besöket hos läkaren. I stället kan sjukskrivning betraktas som en strategi i förhållande till personens vardagliga sociala kontakter och relationer. Det säger sig självt att definitionen av vad som är friskt och sjukt då varierar allt efter hur de lokala sammanhangen agerar. Vissa sociala och kulturella miljöer verkar i just denna mening mer sjukdomsframkallande än andra.

[1] Informanternas namn är fingerade och materialet är avidentifierat i motiverade fall. Informationen har då ersatts med liknande uppgifter.

Vad vi har sett, under arbetets gång, är tydliga skillnader i förhållningssätt och attityder från de olika insatsernas håll, i förhållande till rehabilitering och dess syfte. Då variationerna varit i vårt blickfång har vi velat lyfta fram och renodla olika drag och ställa dem i ett jämförande perspektiv. Avsikten har således varit att synliggöra vissa generella mönster och belysa allmänna villkor för en del människor i rehabiliteringssammanhang. Studien gör *inte* anspråk vare sig på att ge en heltäckande bild av de lokala orter insatserna befunnit sig i eller de enskilda fallen. Snarare har ambitionen varit att peka på vissa kulturella variationer i samband med rehabiliteringsverksamhet. I detta sammanhang bör också påpekas att vi som humanister inte kan göra några medicinska bedömningar ifråga om individernas hälsa.

Informanter

I Göteborg nordost (Angered) gjordes inledningsvis en orienteringsintervju med arbetsteamet om insatsens utformning och särskilda omständigheter kring individerna. Målgruppen i denna insats var människor med psykisk ohälsa och smärttillstånd. Här gjordes vid detta första tillfälle två intervjuer som varade ca 45 minuter vardera. Intervjuerna utfördes i primärvårdens lokaler, där deltagarna också hade sin rehabilitering. Vid ett senare tillfälle gjordes tre ytterligare intervjuer här, varav den första varade ca 50 minuter, den andra ca 25 minuter och den tredje ca 30 minuter.

Det andra intervjutillfället skedde i Göteborg centrum (Majorna). Även denna gång utfördes intervjuerna i den lokal där insatsen ägde rum. Unga med psykisk ohälsa var målgruppen i denna insats. Intervjuerna varade i genomsnitt en timme.

Även i Örnsköldsvik vände sig insatsen till unga med psykisk ohälsa. Fyra intervjuer utfördes. Intervjutiden varade mellan en halvtimme och en dryg timme. Också denna gång befann vi oss i lokalen för insatsen under samtalens gång.

Vi har fått kontakter med informanterna med hjälp av insatsernas projektledare och annan personal. Allt deltagande i undersökningen har varit frivilligt, vilket ju ligger i sakens natur: att genomföra öppna samtalsintervjuer med ovilliga deltagare är i praktiken omöjligt. Vi har därmed inte själva kunnat påverka vilka individer vi fått tala med. Möjligtvis skulle detta kunna innebära att vi framför allt fått möta deltagare med en positiv inställning till insatsen. Och samtliga informanter har också talat väl om "sin" insats. Samtalen är inspelade på band och har transkriberats. Under intervjuernas inledning har vi inte sällan kunnat skönja ett visst mått av skepsis men denna har successivt skingrats under samtalets gång. Sannolikt har de som valt att tacka nej till att medverka varit än mer skeptiska. Denna oro är knappast överraskande: det handlar om människor som befinner sig en relativt utsatt

position och, eftersom vi utfört studien på uppdrag av Statskontoret, har vi sannolikt av flera kommit att förknippas med "myndigheterna". Kanske har vi helt enkelt att göra med en oro över att riskera bli bedömd av myndigheterna? Samtliga informanters namn är fingerade och i förekommande fall har vi även ändrat andra detaljer i deras bakgrundsteckning för att kunna upprätthålla en så hög grad av anonymitet som möjligt.

Arbetet har genomgående präglats av att det varit svårt att etablera kontakter som lett till intervjuer med deltagare. Vägen från det första telefonsamtalet med insatsernas samordningsansvarige till en intervju med insatsdeltagare har varit relativt lång och ofta involverat flera mellanhänder. Fördröjningen i tid kan ha organisatoriska förklaringar men även handla om svårigheter, från insatsens sida, att få deltagare att ställa upp på en intervju. Undantaget var Örnsköldsvik. Efter kontakt med samordnare hänvisades direkt till rätt projektledare och intervjutillfällen bokades i det närmaste omgående. Här tycktes intervjun ingå som ett inslag i arbetsträningen och likställas med en sannolik situation man kan komma att stöta på i arbetslivet. I en annan insats, efter viss tid, meddelades att inga deltagare var villiga att ställa upp. I samråd med samordnare diskuterades då att göra en gruppintervju med gruppledare, som hade deltagarnas förtroende, närvarande under intervjun. Emellertid hörde samordnaren, efter kontakt, inte av sig, varpå intervjuer i detta distrikt inte kunnat genomföras. En ny ort kontaktades därefter, som i likhet med den föregående, efter kontakt, aldrig hörde av sig. Inte heller här var det således möjligt att genomföra intervjuer. Denna inställning från vissa insatsers sida framstår som förvånande. Visserligen är det tänkbart att de aktuella samordnarna här velat skydda deltagarna från offentlig granskning, men det undvikande sättet att hantera ärendet reser snarare frågor gällande verksamhetens sätt att arbeta.

Den ursprungliga tanken var att jämföra Finsam med deltagare i ordinarie rehabiliteringsverksamhet eller verksamhet samordnad på annat sätt. På grund av vissa byråkratiska hinder och tidsbrist har det inte varit möjligt att göra intervjuer med deltagare i andra insatser. För att ändå få ett kontrollgruppsmaterial har i stället gjorts en intervju med en rehabiliteringshandläggare som arbetar på Arbetsförmedlingen i samordnad verksamhet med Försäkringskassan. Vidare har en intervju genomförts med två rehabiliteringssamordnare på Försäkringskassan. Intervjuerna, som varade igenomsnitt en timme, handlade om hur rehabiliteringsarbetets förfarande och handläggarnas egna uppfattningar om rehabiliteringens svårigheter och möjligheter.

Få lov att bara vara

Angered

På spårvagnen ut till ändhållplatsen Angered syns minst tre personer i trängseln med någon form av ansiktsskada som vittnar om svåra krigserfarenheter. Dessa ansikten avslöjar också att vi är på väg till en av Göteborgs segregerade förorter. Men samtidigt är detta en plats som befinner sig mitt i vår tids globala flöden. Väl framme i Angered möts man av Primärvårdens lokaler som är belägna i en stor, röd tegelstensbyggnad i sextiotaltypiskt kommunalt snitt. Insidan motsvarar primärvårdens färg och form med ljusgröna väggar och långa anonyma korridorer. Här har alla individer tydliga roller; antingen arbetar man här eller så är man patient.

Teamsam är ett behandlingsteam bestående av två psykologer, en sjukgymnast och en arbetsterapeut. Personalen i teamet berättar att behandlingen ursprungligen var tänkt att vända sig till människor med lättare psykiska besvär, ont i kroppen och närhet till arbetslivet. Den faktiska målgruppen blev i stället individer med svårare psykiska besvär, social belastning och lång arbetslöshet. Deltagarna lider av uttalad stressproblematik och ångest och har problem med att vara närvarande; *”de är någon annanstans hela tiden.”* Trots starka behov har deltagarna tidigare inte haft någon rehabilitering, understryker personalen. En av teamets ledare uttrycker: *”Dilemmat med målgruppen är att de har klarat sig i tysthet, trots jättejobbiga liv. Man kan jämföra dem med 'de tysta barnen i klassen'. Många lider av pts (posttraumatisk stress, min anm.) och många borde ha fått hjälp för tjugo år sedan.”* Teamsam betonar vikten av att jobba med helheten hos människan och menar att man traditionellt sett i Sverige förhåller sig tudelat till hälsa; ”*antingen mår man dåligt i kroppen eller i själen.”* Vidare förhåller sig Teamsams personal uttalat kritiskt till den offentliga arbetslinjen: *”Det enda man vill är att vi bedömer om dom kan arbeta eller inte. Men det tar tid.*”

Teamet har 27 deltagare i behandling och två av teamledarna jobbar parallellt med en deltagare. Teamets personal har fått gehör gällande behovet av längre behandlingstid. Från början var behandlingstiden satt till tre månader men nu får deltagarna i stället behandling i ca sju månader.[2]

Bland annat genom att Teamsam vänder sig till äldre individer än de övriga två insatserna som riktar sig mot ungdomar blir en regelrätt jämförelse insatserna emellan haltande. Även avståndet till arbetsmarknaden skiljer insatserna åt. En ytterligare skillnad är att Teamsams målsättning skiljer sig från de övriga då denna insats har som främsta syfte att stödja individen så att

[2] Information från orienteringsintervju med Teamsams personal i dec.-2006.

individen därefter kan delta lättare i arbetsinriktad rehabilitering. Teamsams personal menar att många av Teamsams deltagare misslyckats i tidigare insatser på grund av att insatserna varit för tidigt fokuserade på återgång i arbete.

Patientidentiteten var kännetecknande för de två kvinnor som vid ett tillfälle intervjuades där. Det var just identiteten som sjuk som var slående. Susanne, 40 år, hade varit sjukskriven vid flera tillfällen tidigare, men var för tillfället inte sjukskriven, utan hade kommit i kontakt med insatsen genom arbetsförmedlingen. Att vara sjukskriven framstod som något närmast eftersträvansvärt när Susanne förklarade: *”Så att med lite tur, eller hur man nu ser på det, så ska jag bli sjukskriven.”* För närvarande hade hon aktivitetsstöd via arbetsförmedlingen. En aning trött konstaterar hon: *”I några dar till i alla fall. Sen, på onsdag, blir det förlängning eller så byter man väl namn på insatsen.”* Hon hade vid tidigare sjukskrivning fått rehabiliteringsersättning *”men ingen insats, ingen som helst ta-tag-i-mig-grej.”* Att få lov att vara sjuk och att få ha ett stöd runt omkring sig var ett utmärkande inslag i Susannes berättelser: *”Att få lov att få känna sig lugn. Att bara vara. Det... jag har inget negativt att säga (om insatsen, min anm.). Att ha fått lov att lära känna sig själv igen. Det skulle alla människor må bra av, tror jag.”* På frågan om hur hon upplevde det när insatsen avslutades svarade hon: *”Fruktansvärt. Det är därför som jag fortfarande är kvar, mycket därför. Nej, det var fruktansvärt, det var ... från början skulle projektet bara vara i två månader och det... det... kändes som om 'jaha, tack så mycket för att ni river upp grejer och sen bara låter en GÅ!' Men så fick dom fortsätta. I somras skulle det ha tagit slut, men ... jag är inte redo att ge mig härifrån än. Men... det var för kort tid. Alldeles för kort tid. Då kom stressen igen.”*

Att vara sjukskriven betraktas vanligen som ett begränsande tillstånd. Men man kan även, som sjukskriven, uppleva att identiteten som sjuk öppnar för nya möjligheter. Som sjuk blir det legitimt att ”ta hand om sig själv”, sänka tempot, reflektera över sin själsliga utveckling och, som Susanne uttrycker det, bara vara. Etnologen Mia Marie Lundén, som studerat personer med utbrändhet, beskriver hur informanterna talar om sitt sjukdomstillstånd som befriande, då de känner att sjukskrivningen möjliggör ett beteende där man *får* slippa ansvar i olika former (Lundén 2005:74). Susanne, som är ensamstående mamma till en sjuårig son, upplever tillvaron som tung och stressig. Emellertid tycker hon att hon, tack vare insatsen, lärt sig att mer uppskatta mammarollen: *”Att få lov att vara mamma, att få tycka att det är roligt.”*

När man, som Susanne, inte har ett arbete att gå till men ändå upplever att dagarna, med inbokade möten och hämtningar och lämningar av barn, ändå inte räcker till kan det kanske vara svårt att se sig själv som heltidsarbetande också. När man fokuserar på sig själv och sin utveckling i stället för att dagligen lönearbeta får även den privata sfären ökad betydelse. Vilka handlings-

fält öppnar sig då? I Susannes fall innebär det privata till stor del att hon får mer tid till relationen med sin son. Hon får tid till att följa sonen på fotbollsträning vilket säkerligen innebär att hon upplever sig som en bättre mamma. I mammarollen är hon inte ifrågasatt på ett sätt som hon (kanske) är i rollerna som sjuk och arbetslös. Hos sonen finns ett behov av hennes insatser, hon kan göra nytta även om denna nytta inte genererar inkomster. Då hon upplever sina möjligheter på arbetsmarknaden som svaga, eftersom hon känner sig överårig och tillhör samhällets fattigare del, utestängs hon från möjligheten att självförverkliga sig via konsumtion. De sjukskrivna kvinnor som Lundén (2005) träffat använde strategiskt sin sjukroll till att utveckla sociala kontakter med likasinnade via nätverk. Susanne skiljer sig från dessa kvinnor – hon bygger inga nätverk – och blir därmed i många avseenden utestängd från det offentliga livet. I ett sådant sammanhang ökar betydelsen av relationerna i ”det lilla livet”. Även relationerna till insatsens arbetsledare framstår i det ljuset som viktiga för Susanne.

En eftersatt förort

Angered kan betraktas som en segregerad och eftersatt förort med hög arbetslöshet och sociala problem. Insatsens medarbetare berättar att vården inte fungerar som den borde och att många här inte får adekvat vård. För Angereds invånare innebär det upplevelser av att inte bli sedda och att inte vara betydelsefulla. Att bo och vistas i en miljö som präglas av uppgivenhet innebär att det är svårt att själv undgå denna uppgivenhet vilket i sin tur försvårar möjligheterna att få arbete. Just uppgivenhet präglade både Susannes och Ellinors berättelser till stor del. Å andra sidan utmärker man sig inte som avvikande om man inte arbetar, då många andra i Angered också är arbetslösa eller sjukskrivna och därmed lediga på dagarna.

Susanne och Ellinor var i 40-50-årsåldern, vilket troligtvis också påverkar synen på sjukskrivning och arbete såtillvida att de vet med sig att högre ålder innebär större svårigheter att få ett arbete. Vid frågor om livet innan insatsen svarar Susanne att det var totalt kaos där hon försökte fly undan sitt barns far och pendlade mellan Grekland och Sverige. Till slut beslöt hon att bosätta sig och sonen i Sverige men hade problem med att få boende och kunde inte söka arbete p.g.a. psykiska problem. Insatsen kom till henne som en räddning och har enligt hennes egna ord räddat livet på henne. När Ellinors butik gick i konkurs för cirka ett år sedan fick hon först socialbidrag för att sedan bli sjukskriven. Hon är medlem i en frikyrklig rörelse, och hon känner ett starkt stöd och stor gemenskap därifrån. Stolt berättar hon hur kyrkans medlemmar skramlade in pengar till henne efter konkursen. Även här har insatsen gripit in i individens liv, som en livlina. Ellinor, med sina dryga 50 år, uttryckte det så här när hennes tidigare arbete som grafiker kom på tal och huruvida hon kunde tänka sig att åter arbeta med det: ”*Nej, idag vill ju alla det, till och med kronprinsen ska ju jobba med grafik nuförtiden, så det...*”.

Forskning kring rehabilitering och återgång i arbete visar att individens egen motivation är en viktig aspekt för att hon ska börja arbeta (Gerner 2002). En ytterligare aspekt som spelar in är hur arbetsmarknaden ser ut, det vill säga om det verkligen finns några arbeten för individen att återgå till (Goine & Edlund 2003). Utan tvekan återspeglar både Susannes och Ellinors uppgivenhet även de verkliga förhållandena. Men kanske är situation mer komplex än att bara handla om att få ett arbete eller inte. Vi lever i ett samhälle där idealet dels är att man ska tjäna bra så att man kan konsumera, dels är att man ska ha ett arbete som gör det möjligt att förverkliga sig själv (jfr Giddens 1990). Även om både Susanne och Ellinor skulle komma in på arbetsmarknaden är det tveksamt om de skulle kunna få anställningar som motsvarar idealen. Här kan vi se hur Susanne blir en exponent för en social rörelse där det första av idealen accepteras som ouppnåeligt, medan det andra idealet omdefinieras och "flyttas" in i den privata sfären.

Att inte fungera som man ska

Både Susanne och Ellinor hade utmattningssymtom och kroppslig värk, alltså typiska symtomdiagnoser. Sådana diagnoser tillhör de mer omstridda i den vetenskapliga diskussionen kring de höga ohälsotalens orsaker (jfr Beland 2003; Alexandersson m.fl. 2005). I brukarnas berättelser finns emellertid ingenting av den obestämbarhet som gör diagnoserna omstridda: smärtan, oron och ångesten upplevs och beskrivs som reellt närvarande i deras liv. Ingen av dem hade fått rehabiliteringshjälp i form av en insats tidigare. Susanne uttryckte sitt hälsotillstånd bland annat såhär: *”Man sover inte som man ska. Man fungerar inte som man ska. Det gör ont. Jämt.”* Men hon upplever att hon har fått hjälp med hur hon ska hantera sin smärta och sina ångestattacker. Då som nu får hon panikångest i stora folksamlingar eller i långa köer. Skillnaden mot förr är att hon nu lärt sig att i möjligaste mån undvika köer när det är som mest folk. Om hon ändå är tvungen att ställa sig i en lång kö tar hon till ett knep: *”Jag gungar. Som en liten bebis. Och andas. Då blir jag lugn.”* Ellinor beskrev sin apati som ett hinder i vardagen. Som exempel berättade hon att hon alltid tyckt om att baka, men att hon nu hade svårt att aktivera sig eller göra ens sådant hon tyckte om. Hon hade till exempel en dag tagit fram ett paket margarin och ställt det på diskbänken. Hennes ambition var att baka något men hon kunde inte slutföra sitt projekt. Margarinpaketet blev stående på diskbänken en vecka innan hon till slut tog tag i saken och började med baket. Men andra dagar kunde hon vara betydligt mer företagsam, vilket var ett resultat av deltagandet i insatsen, tyckte hon. Med stolthet i rösten berättade hon att hon hade satt upp gardiner hemma. I ett sådant läge – när det framstår som ett stort projekt att baka en kaka eller sätta upp gardiner – är det sannolikt orättvist att mäta finsaminsatsernas effekt enbart genom att räkna hur många man lyckas återföra till arbetsmarknaden. För brukarna handlar det i stället ofta om att över huvud taget få något som kan likna fast mark under fötterna.

Även Gunnar, 54 år, vittnar om hur betydelsefull han upplever hjälpen han får av teamets personal. Han berättar att han är nyopererad och sjukskriven på grund av skador från ett tungt byggarbete. Tillbaka till det gamla arbetet tror han inte att han kan gå, men han känner sig ivrig att komma ut i arbetslivet igen, dock på deltid och med mindre tunga sysslor. Då han förlorat sin hustru har livet, med två barn, efter det tett sig kaotiskt. I det här sammanhanget har hjälpen med att strukturera vardagen varit avgörande: *”Sen jag började här har det varit en himla skillnad. Man vet hur man lägger upp dagen. Förut så tvättade man allt på en gång. Allt var så rörigt då (...). Nu har jag lagt upp det så att jag tvättar vissa dagar (...). Förr när jag skulle bära nåt tog jag i och glömde nästan att andas (...).”* Även här handlar det om att få fast mark under fötterna och Finsaminsatsen utgör det sammanhållande kitt och stöd en människa i kris behöver.

Arbete som eget självförverkligande

Kvinnornas berättelser som omnämndes ovan vittnade som sagt om vikten de lade vid att få lov att vara sjuk och att få befinna sig i ett sammanhang, som sjuk. Att inte behöva fokusera på att snart börja arbeta, utan att få befinna sig i sitt varande, utan stress, var också betydelsefullt. Att det tar tid att tillfriskna och att det måste få ta tid var här en central uppfattning. Ellinor kunde inte i någon större utsträckning svara på frågor som rörde ett eventuellt framtida arbete. Hon förklarade att hon mår dåligt och får ångest vid själva tanken på framtiden och därför undviker sådana tankar för tillfället. Susanne hade en föreställning om att hon skulle kunna ha ett heltidsarbete om två år. Hon deltog nu, en smula motvilligt, i ett projekt hos arbetsförmedlingen där målet var att få ett arbete. Hon hade fått besöka olika arbetsplatser som Ikea och ett bageri. Susanne beskrev arbetsförmedlingen överlag i negativa termer, både generellt sett och specifikt när det gällde det pågående projektet ”Vägen ut”. Kritiken gick ut på att arbetsförmedlingens personal inte bemötte människor med respekt och att de var inkompetenta: *”Men det hjälper oss inte att få nåt jobb. Många borde vara sjukskrivna, men är det inte.”* Hon tyckte också att det var inkompetent att skicka henne till både Ikea och bageriet då hon inte skulle kunna arbeta på något av ställena eftersom hon har för mycket värk. Dock hade hon tankar kring vad hon ville göra och en av hennes idéer var att arbeta som cirkelledare i hur man bevarar foton och minnen i album. Hon berättade att det fanns en amerikansk specifik teknik i detta som hon var väldigt road av, sedan barndomen, och som hon med åren lärt sig att bemästra. Detta drömde hon nu om att yrkesmässigt få lära ut till fler. Denna tendens att i första hand definiera arbete som något som ska finnas för det egna självförverkligandet kan förstås som en postmodern företeelse som – till skillnad från den moderna epokens arbetsetik som utgick från idén om att arbetet skulle vara nyttigt och ge försörjning – inte är individuell eller unik för Susanne, utan präglar attityder till arbete även i ett globalt perspektiv. Vi lär oss vikten av självförverkligande i alla möjliga sammanhang, som exempelvis i media och skolan (jfr Giddens 1990). Dock uttrycker sig Susanne även i motsatta termer under intervjun och säger att hon kan tänka sig att jobba med vad som helst, att

hon inte bryr sig så mycket om *vad* det är, bara hon trivs. *”Men så har vi precis fått lära oss av arbetsförmedlingen att så får man inte tänka, då blir det bara svårare att hitta nåt, man måste precisera sig.”* Kan det möjligen vara så att Susanne, också i insatsen, blivit uppmuntrad till att precisera vem hon är och vad hon tycker om i relation till arbete?

Självförverkligande till priset av arbete?

Josefine, snart 37 år, är högutbildad med en veterinärexamen sedan 2003. Hon är heltidssjukskriven med sjukpenning och berättar att hon deltidssjukskrev sig strax efter examen då hon drabbades av en depression under studietiden som hon kopplar ihop med alltför krävande studier. Hon har även problem med ryggont. På frågan om vad som är bra med Finsaminsatsen nämner hon bland annat att man slipper bli runtslussad mellan olika instanser. Dock har hon liten egen erfarenhet av just runtslussandet, och i det ljuset framstår svaret som något allmängiltigt och typiskt kännetecknande för Finsam, som något man snarare hört eller läst än upplevt själv. Framförallt framhåller hon personalen som mycket kompetent med deras förmåga till ett personligt tilltal, positivitet och stöttande. Skrattandes tillägger hon: *”Vi brukar skoja om att vi är Kerstinberoende (sjukgymnasten som håller i Basal Kroppskännedomsgrupp, min anm.)”*. På grund av sjukskrivningar har hon inte riktigt etablerat sig i arbetslivet. Dock har hon viss erfarenhet av yrket från två arbetsplatser. Den senare praktikplatsen kunde hon inte arbeta kvar på för att hon fick för ont i ryggen. Redan efter två veckor sjukskrev hon sig och gick ner på halvtid, ett halvår senare var hon nere på 25 procent, ytterligare några månader senare slutade hon helt. Hon säger emellertid att hon kan tänka sig något liknande arbete i framtiden, med reservationen att det inte får vara för krävande, psykiskt och fysiskt, och inte heller ligga så långt ifrån hemmet, som den förra arbetsplatsen gjorde. Vidare menar hon att det inte behöver vara något veterinärsjobb, hon kan även tänka sig att arbeta med okvalificerat fabriksarbete, som hon gjorde innan hon sadlade om. Vad hon däremot är övertygad om är att hon inte kommer kunna arbeta heltid: *”Och det där har jag pratat med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om, och dom var ju också helt inne på det att försöka lägga arbetstiden till 25 procent till att börja med så att man kan fortsätta i den här kroppskännedomsgruppen (i insatsen, min anm.) till exempel. Och jag har lite andra såna tider också, som jag försöker göra saker och ting på. (...) Dels på samma ställe som där dom har den här depressionsgruppen, så har dom träning för sjukskrivna på torsdagar, så då har dom öppet hus mellan nio och elva så man får gå dit och styrketräna helt gratis. Och då är det ju många av dom samma som är med där. Så då känner man en hel del av dom som går dit och tränar, just vid den tidpunkten... så det har bara hunnit vara en gång än. Och förra året fick jag inte riktigt ihop det med tider och så. Men nu har jag försökt lägga tider så att jag skulle kunna gå på det. Och sen så fick jag en remiss av Kerstin så att jag kan gå och simma i varmvatten i en bassäng. Så det är*

några timmar i veckan som den är öppen för... oss då. Det vore riktigt skönt och att försöka komma igång rent fysiskt lite mer då. Just att dom delarna då får vara viktiga, att man inte lägger arbete just dom tiderna."

Josefine framstår som en mycket aktiv kvinna. Utöver insatsens verksamhet med kroppskännedomsgrupp och stödsamtal deltar hon också i annan verksamhet, en depressionsgrupp eller självhjälpsgrupp, som vårdcentralen håller i. Hon försöker också ägna sig åt sin stora hobby – hemslöjd, där både vävstolen och symaskinen hemma kommer till användning. Dessutom planerar hon att komma i gång fysiskt med simning och träning. Det tycks vara svårt att *hinna* arbeta med ett sådant schema. Här blir det tydligt att Josefine tagit tillvara på de förmåner som finns för sjukskrivna, tidsmässigt, ekonomiskt och socialt. Den blivande träningen ligger på dagtid, är gratis och dessutom tränar människor hon känner på samma tid. Vårt syfte med detta resonemang är på inget sätt att så tvivel om Josefines sjukdom, utan helt enkelt att peka på en social mekanism som är verksam vid långtidsfrånvaro. Under frånvaron erövrar den sjuke eller arbetslöse vissa förmåner i vardagen, som man kan gå miste om vid en återgång till arbete. I det egna livet framstår då kanske inte ett heltidsarbete som ett alltöverskuggande lockande alternativ – och än mindre så om det dessutom är förknippat med långa resvägar. Josefines drivkraft är att "arbeta med sig själv" för att må bra och hon vet redan att ett avlönat heltidsarbete hindrar henne tidsmässigt från att göra det. Inte ens ett högstatusjobb som hon investerat hela sig själv i genom studier tycks te sig som ett tillräckligt starkt incitament för att prioritera arbete. Det är således inte så enkelt att det enbart är lågavlönade och okvalificerade arbeten som bidrar till bristande motivation. Josefines fall är ett exempel på att även kvalificerade arbeten kan komma att stå sig slätt i relation till vardagens utbud av fritidsaktiviteter och självrealisering.

Ifrågasatt arbetslinje

Flera av de intervjuade upplever att de får ett starkt stöd av teamets ledare när det gäller att primärt fokusera på det egna välbefinnandet, framför att snabbt komma ut i arbete. Den centrala inställningen tycks vara att det tar tid innan man kan arbeta och att man först och främst ska ägna sig åt sin kropp, sitt psyke, sin smärta och sin vardag hemma. Den rådande arbetslinjen, att människor snabbt ska ut i arbete ifrågasätts av både personal och deltagare. På frågan om arbetsförmåga svarar Peter, 32 år, utan omsvep att den är noll procent. Vidare berättar han att det varit så i tre, fyra år och orsaken är migrän, depression, sömnproblem och (sedan nyligen) en kollapsad lunga. Han har varit sjukskriven och arbetslös i omgångar och är för närvarande inskriven på aktivitetsgarantin och får ersättning dels från Försäkringskassan och dels socialbidrag. På arbete tänker han inte alls: "*Jag sätter inga tidsperspektiv alls. Utan jag har sagt att när jag mår bra, då börjar jag tänka på det. Så att jag har inga perspektiv. Jag har ju vissa delmål som jag ska klara av... komma igång med någon fysisk aktivitet till*

exempel. Det ska jag göra först." Han förklarar: *"Det är fördelen med att vara här. Det är liksom... att... dom har hjälpt till att sätta målen. På rätt nivå. Och inte liksom, om man går via Arbetsförmedlingen eller liknande så är det ju mycket mer att... ja, målet är att man ska komma ut i arbete. Och så snabbt som möjligt egentligen. Men jag är inte... jag är inte på den nivån alls. Jag tror inte jag kan sätta det målet ens. Så det är bara ett onödigt mål för min del."*

Det är uppenbarligen värdefullt för deltagarna att få känna sig betrodda, bli sedda och lyssnade på, samt att få hjälp med att vänta med förberedelser för arbetslivet och ta det lugnt. En bärande idé tycks vara att vänta in deltagarna själva i någon mån. Det ligger ett humanistiskt värde i den tanken som är viktigt för den enskilde. Dock kan det komma att krocka med den offentligt drivna arbetslinjen. Det kan innebära svårigheter för individen att gå igenom omställningen från att vara sjukskriven i ett lugnt tempo med dess aktiviteter till att börja arbeta och få betydligt mindre tid över för sig själv.

Vi-känslan

Att delta i rehabilitering, vare sig man är officiellt sjukskriven eller inte, tycks bidra till känslor av gemenskap och grupptillhörighet. Flera av de intervjuade talar i termer av *vi;* syftande på "vi som är sjuka och har rehabilitering." Ett exempel på detta ser vi när Josefine berättar att hon fått en remiss till att simma i en varmvattenbassäng och förklarar att bassängen är öppen på speciella tider för "oss". Men utöver vi-känslan som uppstår mellan deltagarna upplevs ibland även en vi-känsla som inkluderar teamledarna. Josefine resonerar på följande sätt när hon talar om arbetssökarprocessen: *"Och att man, då man som jag, inte mår 100 procent bra psykiskt eller inte är motiverad till 100 procent alltid, att man kan få det stödet, att man som nu när vi hade möte här i januari... jag behövde egentligen inte göra nånting, utan då fixade vi till så att alla kunde träffas vid ett tillfälle, och vi diskuterade: 'Vilka ska vi ta med? Ska vi prata med Försäkringskassan? Vi skulle kunna prata med hon på Arbetsförmedlingen också... Din läkare vore bra... Det är ju svårt, sa jag.' Då lovade hon att hon skulle vara med administrativt vid den tidpunkten, så hon skulle ha telefonen på så att vi kunde nå henne på telefon om vi behövde. Så att på så vis så hade vi henne med även om hon inte var närvarande. Så då visste vi att vi hade den möjligheten."*

Vårt samhälle består till stor del av ensamhushåll. Om man är sjukskriven och ensamstående blir troligtvis gemenskapen tillsammans med likasinnade och stödet från rehabiliteringspersonalen viktigt och fyller en social funktion som familjemedlemmar och arbetskamrater annars erbjuder. Detta behov tillgodoses av rehabiliteringspersonal och som del av behandlingen ingår en stöttande, hjälpande och familjär attityd mot deltagaren i syfte att stärka

individen och dess handlingskraft. Att stödja är naturligtvis viktigt och till stor del vad rehabiliteringens uppgift handlar om. Men i relation till arbetslinjen kan det få effekter man kan diskutera. Det kan uppstå dilemman om identiteten som sjuk stöttas samtidigt som vikten av arbete nedtonas. Individen kan komma att bli beroende av kontakten, känna separationsångest och därmed inte självmant riktigt förmå sig att avsluta kontakten. Om så är fallet kan rehabiliteringsgemenskapen till viss del utgöra ett hinder för individen. Denna fara skulle kanske kunna undvikas om fokus i rehabiliteringen lades på att lära människor att komma i mål, det vill säga att *lära sig av med* en sjukidentitet. Att känna sig nedstämd och orolig innebär inte att man är oförmögen till arbete. Att alltid sträva efter att känna sig på topp till hundra procent kan vara förrädiskt då livet sällan innebär detta tillstånd. Det behöver inte innebära ett motsatsförhållande att motivera till arbete samtidigt som fokus läggs på att stötta individen rent privat. Finsam har framgångsrikt lagt stort fokus på att ge individen ett respektfullt bemötande. Generellt uttryckt skulle en utmaning för Finsam kunna innebära att *även* kombinera detta med större stöd och motivation till arbete. Även om Teamsam inte är jämförbar med de övriga insatserna blir det intressant att belysa variationer i tillvägagångssätt Finsaminsatserna emellan. I det följande ska vi se ett exempel på en insats för ungdomar som har haft arbetslinjen som central i sitt arbete.

Gnosjöanda

Örnsköldsvik

Om individerna och atmosfären i Angered präglades av en sjukidentitet och en önskan av att få vara kvar i den identiteten kan det konstateras att stämningen i Örnsköldsvik bestod av det motsatta. Här stiger man, rent bokstavligt, in i en verkstadslokal som andas produktion och kreativitet. En av de anställda gjorde själv jämförelsen med Gnosjö och menade att en liknande attityd rådde här. Här bestod rehabiliteringen av att renovera möbler, sy och göra hantverk, samt av att lära sig beteendemönster på en arbetsplats. Att känna ansvar, arbetsglädje och självförtroende var ytterligare nyckelaspekter som rehabiliteringen bestod av, menade projektledaren.

Invånarna i Örnsköldsvik var stolta över sin stad. Busschaufören berättade anekdoter om kända idrottsmän som varit i staden. Flera personer berättade om nya köpcenter och andra evenemang och man gladdes över att det satsades ”på oss i Norrland”. Liknelsen med Gnosjö skymtade fram på flera håll i Örnsköldsvik. I en sådan miljö blir det primärt att förmedla en positiv inställning till arbete och att inte arbeta framstår som starkt avvikande. I Örnsköldsvik strävar man mot sysselsättning. Stöter man på patrull löser man problemen.

Tolvan riktar sig till unga vuxna mellan 18 och 30 år med psykisk ohälsa eller annat funktionshinder. Insatsen vänder sig också till personer som har brister i utbildningshänseende, kortvariga arbetserfarenheter och stödinsatser från flera myndigheter/insatser samtidigt. Deltagarna som medverkat har haft olika problem och ofta en multiproblematik; som alkohol- och drogmissbruk, kriminalitet, ADHD, ätstörningar, självskadebeteende (som att skära sig själv) och behov av att utveckla social kompetens. Behov av stöd från andra insatser har funnits hos deltagarna vilket har resulterat i kontakter med socialpsykiatrins boendestödjare, Rådgivningsbyrån, hemterapeuter, ekonomihandläggare, handläggare på Arbetsförmedlingen och psykiatrin vid Landstinget.

Rehabiliteringstiden har varierat mellan sex månader och ett år. Verksamhetens uttalade mål är att deltagaren, efter deltagande, ska ha ökat sin anställningsbarhet, lärt sig grundläggande villkor ifråga om arbetstider, uppträdande på en arbetsplats, uthållighet i utförande av uppgifter. Vidare ska de ha ökat sin sociala kompetens och samarbetsförmåga genom möten med andra människor där förmågan att klara av krav motsvarande arbetslivets normala situationer prövats.

Arbetsuppgifterna för deltagarna planeras individuellt. De huvudsakliga

uppgifterna ligger i möbelrenovering, textilarbeten, flyttning och leverans av möbler. Deltagarna får också renovera en egen möbel (inköpt på loppis) som de sedan får behålla. Iordningställandet av lokalen har gjorts tillsammans med deltagarna. En gång i veckan sker ”sittningar” där man får möjlighet att uttrycka sig och framföra åsikter. Även studiebesök och utflykter görs. Deltagarna ”arbetar” dagligen i varierande grad. Heltid innebär måndag till torsdag kl. 08:00-14:00. Lokalen ligger i anslutning till en annan verksamhet vid namn Startpunkten. Deltagarna är integrerade med varandra vad gäller fikaraster och lunch exempelvis. Somliga av Tolvans deltagare skrivs efteråt in i Startpunktens verksamhet. Handledarnas arbete består av att handleda praktiskt samt i regler och förhållningssätt på en arbetsplats. Till stor del handlar det om att hjälpa till med hur man strukturerar sin vardag, vad man ska lägga fokus på, att tänka positivt etc. Centralt är att motivera deltagarna till att ”tänja på sina gränser”, genom att utmana sig själv med utökade arbetstider och uppgifter.[3]

Hälsan har det aldrig varit något större problem med

Det var anmärkningsvärt att två av de intervjuade reagerade med förvåning när frågor om deras hälsa kom på tal. Så här uttryckte David, 21 år, det: *”Hälsan har det aldrig varit nåt större problem med. Det har väl varit några svängar hit och dit med psykisk ohälsa, men...”* Davids syn på hälsa är tudelad; han definierar hälsa *både* som enbart förknippat med det kroppsliga, för att i samma mening tala om hälsa i facktermer där hälsa kännetecknas av ”psykisk hälsa”. Citatet speglar den allmänna företeelsen att lära sig ett språkbruk som är hämtat från en sfär långt utanför det egna livet och sannolikt pekar Davids kommentar om sitt tillstånd som ”några svängar med psykisk ohälsa” främst på att en så stor del av livsvärlden nu är sammanflätad med samhällets olika åtgärdspaket.

Anna, 20 år svarade en aning förnärmad: *”Ja? Det är helt ok.”* Det kom fram senare i intervjun med Anna att hon hade sömnproblem vilket delvis förklarade hennes problem med att ta ansvar och komma upp på morgonen. Enligt Anna var det samma problem när hon gick i skolan vilket gjorde att hon avbröt skolan och inte har någon gymnasieutbildning. Anna som för ett halvår sedan fått sin lägenhet genom socialen fick i samband med det hjälp av ”Bostödjarna” med städning av lägenheten. Nu hjälper ”Bostödjarna” henne med att skjutsa henne till insatsen om morgnarna. Dålig hälsa förknippades i första hand för dessa två med fysisk ohälsa, vilket kanske pekar på att de inte ser några hinder för att arbeta. David väntade på besked från en fritidsgård där en kille skulle sluta och vars plats han eventuellt skulle få efter jul. Han ansåg att han då inte behövde mer hjälp i insatsform men han var tacksam för hjälpen han fått: *”Det är bra att komma igång och*

[3] Information från insatsens verksamhetsplan och verksamhetsberättelse för 2006.

få lite koll på läget. Hur det är att ha ett arbete. (...) Alltså det här är ju en jävla chans för det flesta." Anna hade inte börjat fundera på vad hon specifikt vill arbeta med men tror att hon kommer att läsa upp gymnasiebetygen till att börja med. Båda hade fått försörjningsstöd när insatsen började. Både David och Anna, 21 respektive 20 år, befann sig med sin ringa ålder på tröskeln till vuxenlivet med dess olika ansvarsområden. I likhet med en del ungdomar var de dåligt organiserade, hade svårt att planera långsiktigt, passa tider och att ta ansvar. Inställningen kan sägas vara typisk för just unga, dock kanske dessa skiljer sig genom att ha en större dos av ansvarslöshet än de flesta och möjligen en lägre dos av stöd hemifrån.

Få ordning på livet

Även Jonna, 25 år hade problem med att komma upp på morgnarna och med att sova på nätterna. Hon deltog i insatsen *"för att jag hade lite svårt med rutiner och jobb och så. Det viktigaste var ju att barnen skulle komma iväg till dagis och så. Och jag hade svårt att komma upp på morgonen. Väldigt svårt. Så det var väl det dom ville att jag skulle få ordning på."* I detta citat framskymtar en inneboende ambivalens hos Jonna. Hon använder sig av en distanseringsstrategi genom att säga att det är *dom* som vill att hon ska ändra sitt beteende och få ordning på livet och blir själv därmed passiv i processen. Å andra sidan uttrycker hon även bitvis en egen drivkraft till förändring vilket nedanstående citat om att sy illustrerar. För Jonna har hennes problem fått svåra konkreta konsekvenser. Hennes två barn på två och fyra år bor hos fosterfamilj sedan ett halvår tillbaka tills Jonna *"bevisat"* att hon kan ta hand om dem på ett tillfredställande sätt. Tidigare hade hon och barnen bott på familjehem i Östersund: *"För att dom skulle kolla hur det funkade." Om insatsen, som hon kom i kontakt med genom Socialen, säger hon: "För att få ordning på dagsrutinerna. Jag kan ju faktiskt tacka dom idag. För nu går det bättre med att komma upp. Man vet att man får vara trött, men man ska vara här ändå. Jag kan säga att idag är jag trött och det är ok. Det är roligt att vara här."* Hon var även tacksam för att hon fått hjälp med att komma över en rädsla: *"Sen har jag sytt en kudde, en sån där som man kan sitta på när man kollar på teve. Den vart såld på en gång. Det var öppet hus och dom snodde åt sig. Jag har också fått gjort mina egna gardiner. När jag sydde i skolan sydde jag mig i fingret och jag fick ingen hjälp av fröken. Så det har ju suttit i mitt huvud. Så när dom sa att vi skulle sy här tänkte jag: nej! Jag visste inte vad jag skulle göra. Men, det gick bra så nu har jag sytt egna gardiner. Så jag har ju lärt mig jättemycket och det är ju jätteskönt. Så nu är det nästan man vill ha en symaskin hemma (skratt). Det är jättekul att sy."* Jonna vill jobba så småningom: *"Alltså, bara jag har ett jobb. Får jag inget jobb så flyttar jag, det har jag sagt hela tiden."* Dock känner hon sig inte redo ännu för att söka praktik: *"Det kan ju bli pannkaka av det"*.

Positiv disciplinering

Lotta, 30 år, hade bara deltagit i en vecka vid intervjutillfället. Hon är sjukskriven men fick hjälp av Socialen att komma i kontakt med insatsen. Hon beskriver sin situation med en egen motivation till att bli frisk: *”Det är ju jag som hållit på. Först gick jag hos en kurator och pratade. Och sen har jag varit på ... (ohörbart) medicin och fått akupunktur. Jag vill verkligen bli bra. Nu så har jag börjat på bildterapi. Och det är det bästa jag gjort. Och att få vara här. Det är det bästa ställe jag kommit till. Det är kreativt. Jag ser ju att jag kan. Och det är det som är bra. Och man tar det i den takt man behöver. Det spelar ingen roll hur långsam man är. Bara man kommer i tid.”*

Det Lotta och de andra beskriver, är en positiv disciplinering: att lära sig betydelsen av tider och av att vara närvarande. Men dessutom finns här ett inslag av konkret arbete. Förutom disciplin lär sig deltagarna något praktiskt, en färdighet som de kan ta med sig vidare i livet. Innan insatsen deltog hon i ”Jobbcentrum” och fick aktivitetsstöd vilket hon beskrev som meningslöst: *”Egentligen ska man söka jobb där, men jag var bara där, för mig var det som rehabilitering.”* Lotta tycker själv att hennes problem är att hon är så långsam och att tiden går för fort: *”jo och så vill jag faktiskt ha det fint också, så jag håller på att diska och plocka undan... och det går så fort att stöka till. Så det tar ganska mycket tid. Jag är väldigt långsam. Så allting tar .... att duscha och göra ordning sig... det tar på mina krafter, så det är ... hela förmiddagen. Så dagarna är ju inte så långa...”*

Lotta ser sin sjukskrivning som en möjlighet till att utveckla sig till en ”normal” människa. Hon talar om sitt tillstånd i termer av ”utvecklingen” och tycker inte att hon är ”klar” än och följaktligen inte heller redo att arbeta. Hon går även på bildterapi vilket hon tycker är väldigt givande för sin utveckling. Hon har t o m funderat på att utbilda sig till bildterapeut. Hon funderar mycket på sin framtid och säger att hon skulle vilja ha en utbildning där man hjälper människor, men tror inte att hon klarar att läsa på högskolan. Behovet av att hjälpa andra är stort: *”Det var därför jag började arbeta på den där skolan, jag ville hjälpa unga tjejer (...) men det vart ju för mycket.”* Insatsen ser hon som ett bra och balanserat komplement i sin strävan att bli frisk. Hon hoppas också på att få hjälp via insatsen eller arbetsförmedlingen att få en utbildningsplats där hon hoppas på en *”genväg från... just det här med CSN och så.”*

Stress

Lotta är sjukskriven för depression men hon formulerar själv sjukskrivnings-orsaken lite annorlunda: *”Men det är ju för det här att jag har svårt att vara ute bland folk. Jag får ju panikångest när jag är ute bland mycket folk och*

när jag blir stressad. Jag blir ju stressad ofta och när jag ska göra nya saker och sådär. Det handlar ju om prestationsångest, att man ska vara så duktig, så när jag ska göra nånting, då tar jag i för mycket. Och så tycker jag inte... jag duger inte och om jag ska vara lika duktig som dom (fd kolleger på H&M, min anm.) som har jobbat där i typ 20 år, och jag ville vara lika duktig som dom och lika snabb. Och sen är det en väldig utseendefixering med. Så det vart för mycket. Jag hade dåliga tankar varje dag. Så det var det som gjorde att jag blev sjukskriven. Men det var bra att det hände. Annars hade det hänt senare." Stress är en så vanlig orsak och förklaringsmodell till sjukskrivningar att den ofta går under benämningen ”vår tids folksjukdom”. Stress förekommer förvisso i det moderna samhället och känslan av utmattning drabbar alltid den enskilde. Men stress är också ett fenomen *mellan* människor lika mycket som *i* dem. Stress kan också förstås som ett medvetet ställningstagande, en flykt undan en situation som inte är hanterbar. Varje människa ritar upp en slags tillfällig karta för dagen där hon stakar ut de vägar genom vilka hon försöker uppnå sina mål. Det är genom den kartan hon ser världen runt omkring sig – och det är den kartans nära värld som kollapsar vid stress (Frykman & Hansen 2005). En gemensam nämnare bland deltagarna i insatsen i Örnsköldsvik var att de – trots stress, panikångest, sömnproblem och depressioner – upplevde det positivt att gå till verkstaden och arbeta varje dag på fasta tider. Kravet att de skulle vara där och i tid var kanske betungande, men de fick lov att vara trötta och ”ha dåliga dagar”. Den struktur och stadga vardagen fick, där man kände att man hade ”gjort nåt bra” verkar vara den aspekt som deltagarna ansåg som främsta orsak till att de mådde bättre. Här förmedlades det en ”du-kan-attityd” från ledare och mellan individer. Handling stod i centrum.

Inget kneg, tack

Majorna

Man kommer till Majorna från Göteborgs centralstation med samma spårvagn som går till Angered, fast åt motsatt håll. Jag åker genom stadens kärna och passerar affärsstråk, kyrkor och universitetet. I hippa Majorna ligger caféer och musikaffärer. Lokalen ligger högst upp i huset med utsikt över stadens takåsar. Inredningen präglas av ett medvetet, stilrent och ikeanskt möblemang med en tidstypisk öppen planlösning för köket.

Att bo i en storstads trendiga stadsdel ställer krav på att man ska platsa och höra till. Idealen är höga att leva upp till: Man ska vara snygg och signalera en medvetenhet kring stil och ”rätt” kläder. Man ska ha inrett sin lägenhet på ett stiltypiskt sätt. Och man ska ha rätt arbete som speglar personligheten. Lyckas man inte leva upp till idealen och förväntningarna framstår man som en förlorare, eller som Andreas, 25 år, uttrycker det: ”som en slashas.” Lokalens estetik tilltalar Andreas: ”Det känns inte så jättekommunalt.”

Columbus beskrivs som ett ungdomscenter för unga vuxna med psykisk ohälsa (18-30 år)[4]. Dock visade målgruppen sig ha varierat stora problem. För de personer med djupgående personlighetsproblematik som kräver specialistpsykiatri har teamet hänvisat vidare till andra instanser. De flesta deltagarna har socialbidrag som primär försörjning. Deltagarna har haft önskemål om samtalsstöd och psykolog. De psykiska besvären består av ångest, oro, isolering, hopplöshetskänsla och social fobi. Många medicinerar. Flera har en önskan om att ”få komma igång” med någon sysselsättning utifrån egen förmåga. Flera har besökt mer än en av teamets professioner. Problemen har visat sig vara tyngre än vad som antogs i inledningsskedet. Personalen består av psykoterapeut och handläggare. Flera studiebesök har gjorts. Deltagarna besöker Columbus vanligen en gång i veckan för psykoterapisamtal eller stödsamtal gällande arbete. De får även hjälp med praktikplatser och studieplatser med mera.

Något som förenade deltagarna här var en bestämd uppfattning om vad man *inte* ville arbeta med. Alla tre upplevde att de haft hemska erfarenheter i arbetslivet och ville inte arbeta med dessa okvalificerade arbeten igen. Andreas resonerar: *”Jag kommer inte att gå fel när det gäller jobb, för jag har en serie med riktigt dåliga erfarenheter av jobb bakom mig. Jag har en ganska skev bild av att jobba. Jag jobbade som diskare i tre månader. (...)*

[4] Information från Samordningsförbundets delårsrapport jan.-mars och delårsbokslut jan.-augusti 2006.

Det var otroligt slitigt, man fick absolut ingen uppskattning (gör läten med munnen för att illustrera slaveriet). Sen jobbade jag efter gymnasiet, via vikariepoolen, på fritids och skolor och sådär. Det är inte heller min grej riktigt. Barn. I grupp... är väl inte riktigt... nej. Påfrestande psykiskt, alltså." Hos Andreas framträder mycket bestämda förväntningar på och krav till arbetet. Om han ska arbeta måste det vara *hans grej*, det vill säga vara något som ger honom möjlighet att få tillfredsställelse utöver lön och nytta. Att enbart arbeta för sin försörjnings skull betraktas som obegripligt och nästan dumt av Andreas.

Såhär uttryckte Patrik, 24 år, det gällande arbetslivserfarenheten: *"Förra sommaren jobbade jag med livsmedelsproduktion i fem månader och det var ju fruktansvärt. Din bästa vän är den vita väggen du har framför dig. Det var en plåga att gå till jobbet."* Genom insatsen hade han fått aktivitetsstöd. Malin, 24 år slutade sitt arbete som servitris i januari förra året: *"Jag mådde inte bra av det. Tiderna gjorde att man fick en skev dygnsrytm. Jag trivdes inte. Det var mycket skitsnack också, cheferna ville väldigt gärna vara chefer om man säger så."* Hon hade för närvarande också aktivitetsstöd: *"Då sparar man på dagarna (A-kassan, min anm.), det är kanon."* Malin, som gått hotell- och restaurangprogrammet på gymnasiet berättar att hon känner sig tvingad att söka restaurangjobb av arbetsförmedlingen. Då hon bestämt sig för att inte arbeta i branschen längre, men ska börja på folkhögskola till hösten, befinner hon sig i ett dilemma. Insatsen avslutas inom kort och Malin har ett glapp på en termin där hon inte har försörjning. Här framskymtar en strategi där det gäller att bli försörjd åtminstone tills hon börjar studera, utan att arbeta. Kombinationen låg utbildning och höga krav på jobbet leder just till att ett "arbete vilket som helst" i själva verket inte framstår som ett alternativ, vilket Malins resonemang illustrerar. "Det dåliga arbetet" antyds av flera av informanterna snarare som orsaken till att de nu behöver stödinsatser.

Framtiden

Genom insatsen har Malin, som nämnts, fått en plats på folkhögskola till hösten där hon tänkt läsa upp gymnasiebetygen för att sedan kunna läsa på universitetet. Hon praktiserar för närvarande på en skönhetssalong men är tveksam till om det är rätt arbete för henne. Hon är intresserad av arbetet men tycker samtidigt att det är ytligt. Hon har haft en dröm om att jobba med djur, men då hon är allergisk tvekar hon. Patrik svarar på frågan om vad han vill söka för arbete: *"Det är den frågan jag ställer mig själv. Jag är inte en sån som bara vill ha ett sorts jobb, det spelar egentligen ingen roll vad jag gör... Bara jag trivs, om jag inte gör det kommer jag nog säga att nej, det här funkar inte och så slutar jag."*

Andreas däremot vet precis var han ser sig själv i framtiden. Han har en

konstutbildning och berättar att han har kontakt med några gallerier. Han upplever branschen som osäker men vill ändå satsa på detta. Hans förhoppning är att han ska få ställa ut sin konst och tror att det därigenom blir enklare att tjäna pengar i andra, mer kommersiella projekt: *” Men det (konsten, min anm.) kan man inte tjäna pengar på så jag har väl lite projekt, lite egna grejer, (...) Om det skulle kicka igång så är jag övertygad om att jag skulle må ganska bra.”* För tillfället arbetar Andreas emellanåt med ”events” vilket han tycker är ganska roligt eftersom *”det är en fräsch miljö, man är ute bland folk och tiden går rätt fort.”* Konsten är den röda tråden när Andreas söker jobb, men han är även öppen för andra kreativa arbeten, berättar han. Utöver att måla ägnar han sig även åt musik och åt att skriva. Denna vilja till att bli ”kulturarbetare” är inte unik för Andreas utan speglar en stor grupp ungdomar idag. Trots att det finns en medvetenhet kring att medieprogram på gymnasiet inte lätt åtföljs av arbete väljer ungdomar just dessa i hög utsträckning. Denna tendens att odla sina individuella drömmar kan beskrivas som ett postmodernt fenomen och som reaktion på det moderna samhället. Om den moderna epoken kännetecknades av en *fasthet* med värden som arbetsmoral, nyttotänkande, normer och social kontroll, består den postmoderna tiden av en *rörlighet* med värden som individualism, självförverkligande och gränsöverskridande (jfr Giddens 1990). Om gårdagens individer lärde sig att betona arbetsdygd och -moral, så har måhända dagens individer uppmuntrats till individbaserad lust. Detta fenomen har sannolikt ökat livskvaliteten avsevärt för åtskilliga; ökad självkännedom är positivt på ett individuellt plan. Dock är det inte alltid förenligt med samhällets incitament som bygger på att människor bidrar genom arbete. Om en majoritet av befolkningen endast vill arbeta med media uppstår komplikationer.

En känslig konstnärssjäl

Andreas beskriver sig själv som en känslig typ: *” Jag är nog rätt känslig... om jag känner att jag vantrivs får det såna extrema... jag får liksom stark hemlängtan... Innan jag började medicinera (för fyra år sedan, min anm.) mådde jag urdåligt, var verkligen apatisk, det enda jag gjorde hela dagarna var att gå och glo på en fiskdamm (...)”* Andreas berättar också att han brukar titta på film till fem på natten och sova till ett dagen därpå men att han försöker göra någon aktivitet varje dag, som att måla. Han tillägger: *”Jag är ganska missnöjd med min livssituation, det lever inte riktigt upp till förväntningarna och så. 25 år och arbetslös och en slashas. Så att jag ska inte säga att man haft otur... det känns som om det lika gärna kunde ha gått... jag kunde nog lika gärna haft tur. Det hade kunnat ha varit en serie andra händelser, jag hade kunnat fått roligare jobb, men som sagt, det är inte helt hopplöst. Jag har ju lite grejer som lurar och det kan lossna också. Det känns inte som om man står och stampar och så. Det har varit så självklart för mig vad jag skulle göra.”*

I Andreas beskrivningar synliggörs en pendling angående hans självuppfattning. Å ena sidan är det något positivt att må dåligt, något som riktiga konstnärer gör. Han tillägger i slutet av intervjun att han insett att han mått dåligt och att det inte är någon skam. Å andra sidan syns en frustration över att han ännu inte har slagit igenom som konstnär och då betraktar han sig själv som slashas. Dikotomin konstnär/slashas innebär antingen någon som befinner sig långt över den genomsnittlige människan eller någon som befinner sig långt under. Andreas tycks välja bort en identitet som medelmänniska till förmån för att sticka ut och skilja sig från mängden. I det ljuset framstår ett dåligt psyke som något som berikar den konstnärliga själen. På så vis använder sig Andreas av insatsen i sitt identitetsskapande som blivande konstnär.

Ett bättre liv

Även Malin medicinerar. Hennes tidigare liv tyckte hon var destruktivt då hon jobbade på restaurang sena kvällar och ofta fortsatte att festa efter jobbet med pojkvännen och andra i branschen*: ”Jag är inte så förtjust i att dricka alkohol. Jag tar ju medicin också och det är inte bra att blanda. Man tappar ju kontrollen.”* Nu, sedan hon slutat jobba lever hon sundare, säger hon, med en normal dygnsrytm. Nu hinner hon göra i ordning hemma: *”I somras köpte vi den här lägenheten. Det är en trea här i Majorna. Så vi håller på och renoverar och så, på helgerna, det tar ju tid (skratt). (---) Den här helgen var jag på Ikea med pappa och vi handlade julstjärnor och så. Han hjälpte mig och så kunde vi överraska Johan.”* För Malin innebär deltagandet i insatsen ett stöd i att få ett sundare liv, ett annat liv med kommande studier, naturlig dygnsrytm och tid över för sig själv och lägenhetsrenovering.

Alla tre upplever att de mår bättre sedan de börjat i insatsen. De ursprungliga symtomen liknar varandra, dock med varierande svårighetsgrad. Det handlar om ångest, sociala fobier, apati. Malin har svåra tonårsår med sig i bagaget där hon experimenterade med droger och hade anorexi. Men nu känner hon sig mer handlingskraftig och social: *”Jag hade svårt att prata med människor ute, jag blev väldigt nervös. Det är inte den ångesten om man säger, längre.”* Andreas säger att han tidigare lätt hamnade i passiva mönster, men att han nu känner sig stabilare och mer motiverad: *”Jag börjar inse hur det hänger ihop. Det har ju väldigt mycket med fysisk hälsa att göra, tror jag. Alltså det här klassiska med att träna, komma upp i tid.”* Men han upplever sin ekonomiska situation som otrygg, då han inte har någon ersättning på grund av missade avtalade möten med arbetsförmedlingen. Patrik har en tung bakgrund och bor, sedan barndomen, hos sin mormor och morfar. Om sin hälsa säger han: *”Jag har mått så jävla kasst. (...) Man har väl alltid mått dåligt. Varit likgiltig och aldrig brytt sig om sitt egna liv. Finns det inget att se fram emot, då händer inget, man ramlar ner i en grop, det är där jag är nu. Vill få kläm på hur jag ska göra.*

Det är därför jag är här.”

Andreas, Patrik och Malin hade som barn fått psykologhjälp. Ingen ansåg att den hjälpen hjälpt nämnvärt på grund av att ”man som barn inte är medveten”. I övrigt har de ingen tidigare erfarenhet av rehabilitering. De anser att rehabiliteringsinsatsen fungerat som stöd och vägledning och menar att det är tack vare deltagandet som de nu mår bättre. Att deltagandet bidragit till att ge vardagen struktur och att ha ett sammanhang att gå till är något informanterna betonar. Patrik: *"Man känner att man gjort nåt vettigt och då mår man bättre. Man tittar tillbaka på vad man gjort och man har inte gjort ett piss och det mår man väl inte bra av. Att få gå hit och att få lätta sitt hjärta för Åke.”* Han säger också att hans flickvän har påpekat att han är gladare och mer pratsam, sedan han började i insatsen.

Insatsen i Majorna är - så långt vi kan bedöma - jämförbar med Örnsköldsviks insats, såtillvida att båda vänder sig mot unga med psykisk ohälsa. Vad som förenar de intervjuade individerna i de båda insatserna - bortsett från att de är unga - är benägenheten att tala om sin ohälsa och sina problem, ett öppet förhållande till insatsens personal samt motivationen till att bli hjälpt. I Örnsköldsvik stod ungdomarna relativt långt från arbetsmarknaden och problematiken tycktes vara något tyngre. Flera tycktes så gott som aldrig ha haft något arbete. Antingen hade man halkat snett redan i skolan och inte avslutat studierna och därför direkt kommit i kontakt med det sociala. Eller så hade andra av livets omständigheter försvårat möjligheten till arbete; som exempelvis droger eller barnafödande trots instabila relationer. I Majorna stod man också utanför arbetsmarknaden, men något närmare än i Örnsköldsvik. Man hade haft arbete, men av någon anledning valt bort det eller på annat sätt blivit av med arbetet. Den sociala bakgrunden föreföll inte vara lika svår som i Örnsköldsvik. Men även här förekom i vissa fall en allvarlig problematik och jämförelsen är inte heltäckande då intervjuerna inte representerar helheten. När det gäller inställningen till arbete tycks ungdomarna i Majorna ha en större medvetenhet kring samhällsideal, vilket troligtvis kan förklaras som ett storstadsfenomen.

Insatserna kännetecknas båda av att ha lyckats med att fånga upp individerna samt av en uttalad vilja till att hjälpa. Verksamheternas utformning och arbete skiljer sig åt genom att man i Örnsköldsvik har tagit ett helhetsgrepp och intensivt arbetat med attitydförändring hos ungdomarna. I Majorna sker detta säkerligen också men på ett mindre uttalat sätt där man griper in på ett mer individuellt plan.

Kultur

I alla de redovisade exemplen är det inte självklart att man vare sig *kan* ta ett arbete eller att man ens *önskar* ett arbete, om det inte uppfyller ganska bestämda krav. Vår poäng är att detta är ett *socialt* fenomen, snarare än ett uttryck för individuella "avvikelser". På ett påtagligt sätt utgör informanterna representanter för olika kulturella (snarare än sociala/klassmässiga) grupperingar: de gör tydligt det kulturella obehag som uppstår när samhällsideal och personliga ambitioner under en längre tid inte kan förverkligas. Utanförskapet har sina rötter inte enbart i ohälsa och en bristande infogning på arbetsmarknaden, utan också i det vaga som vi benämner kultur och attityder. Det är kring denna undflyende substans vi har gått in med våra kvalitativa arbetssätt. I debatten – såväl bland experter av olika slag, som i media – har ordet ”sjukskrivnings- eller bidragskultur” cirkulerat som beteckning på ett beteende där tröskeln för att utnyttja förmåner blivit för låg – och därmed ohälsotalen eller siffrorna för annan frånvaro för höga. Vår uppfattning är att det finns en sådan ”kultur”. Med det menar vi att det finns ett slags självklara överenskommelser om *när* en individ kan söka sig till systemet för att få hjälp, hur *länge* det är rimligt att befinna sig inom systemet, och *hur* den hjälp systemet utformar kan fogas in i vardagslivet. Som framgått av ovanstående diskussion tycks denna kultur också omfatta vilka krav det är rimligt att ställa på det arbeta som ska ta individen ut ur sin frånvaro.

Värderingar när det gäller sjukskrivningar eller andra typer av arbetsfrånvaro växer fram genom bruk, erfarenhet och i relation till den egna livssituationen. I synnerhet är attityder till långa sjukskrivningar och arbetslöshet något som handlar om levda liv - om hälsan, familjen, försörjningen och framtiden. Man kan s a s inte långtidssjukskriva sig idag för att byta vid nästa Temo-mätning. Värderingar rörande sjukskrivningar och arbetslöshet existerar därför *mellan* människor lika mycket som de finns *i* dem. Attityder och värderingar är det kitt som skapar hållbara system – eller leder till deras undergång – och de intervjuer vi gjort visar att hos Finsaminsatsernas deltagare spelar sådana attityder och värderingar en framträdande roll.

Övrig rehabiliteringsverksamhet

Samordnade verksamheter kring rehabilitering är inte något som är unikt för Finsam. På många håll i landet finns utvecklade samverkansformer framför allt mellan Arbetsförmedling (AF) och Försäkringskassa (FK). Hur samverkansprojekten utformas varierar givetvis med de lokala förutsättningarna, men de har det gemensamt att de bygger på en insikt om att många av klienterna behöver insatser såväl från AF som från FK. För att ge en något mer konkret inblick i hur samverkan kan utformas, redovisar vi här en bild av ett sådant projekt i Stockholm.[5]

I Stockholms län pågår flera samordnade rehabiliteringsinsatser mellan AF och FK. I korthet går samverkan ut på att deltagare i ordnade former slussas från den ena myndighetens handläggare till den andra – vanligtvis från FK till AF. Detta återspeglar den traditionella arbetsdelningen mellan de två instanserna: hos FK står sjukdom och arbets(o)förmåga i centrum, medan AF:s handläggare fokuserar på att föra klienterna tillbaka ut på arbetsmarknaden. När FK:s handläggare gör bedömningen att den sjukskrivne kan vara redo för arbetslivet – eller för arbetsträning – överförs hon eller han till AF. De utsedda deltagarna får delta i den arbetsinriktade rehabiliteringen i maximalt ett år, då med rehabersättning från Försäkringskassan.

På AF består den personal som arbetar inom ramen för detta projekt av elva handläggare – de flesta med en socionomexamen och några med en beteendevetarexamen – och två arbetspsykologer. Birgitta, den rehabiliteringshandläggare vi talade med, betonar flera gånger under intervjun att *”vi jobbar rent arbetsmarknadsmässigt”* och *”här bedrivs ingen sjukvård.”* Deltagarna möter handläggare och för samtal om lämpliga arbetsuppgifter och arbetsplatser. Vid behov kan deltagaren prata med en arbetspsykolog och vid särskilda behov kan deltagaren få stöd i form av en stödperson som följer med på arbetsträningen eller som kan föra deltagarens talan i dialog med arbetsplatsens personal. Även ergonomer tillhandahålls när det behövs på arbetsplatserna. Möjlighet till vissa, kortare utbildningar kan erbjudas, till exempel i datorhantering. Utvecklingsanställning är en annan variant verksamheten kan erbjuda individen (och arbetsgivaren). Birgitta säger att arbetsgivare finner avtalen attraktiva och ofta själva ringer direkt för förfrågningar efter personal. Verksamheten går således ut på att först få ut individen i arbetsträning för att slutligen helst hitta en anställning: *”Vårt mål är att 40 procent ska ut i arbete och förra året fick vi ut 35 eller 37 procent.”* De som inte lyckas få anställning *”får gå till vanliga*

[5] En komplettering av denna del av undersökningen genomförs under försommaren 2007.

Arbetsförmedlingen, med rehabhandläggare och lönebidrag”. Vidare berättar Birgitta att deltagarna som kommer dit har genomgående hög motivation och är väldigt ambitiösa, de vill verkligen arbeta. Majoriteten lider av utbrändhet och utmattningssymptom och är kvinnor födda på 1970-talet även om många också är sextiotalister och åttiotalister. Männen har andra psykiska eller fysiska problem. En del anstränger sig för hårt på arbetsträningen, enligt Birgitta, och förväxlar träningen med *”att vara anställd på en riktig arbetsplats.”* Detta leder ibland till att deltagaren *”kanske kommit för tidigt hit till arbetsförmedlingen och får backa tillbaka till Försäkringskassan för medicinsk rehabilitering.”* Birgitta tycker också att *”de är sjukare och sjukare, de som kommer.”* De hinder hon uppfattar i sitt dagliga arbete är att det kan vara svårt att hitta arbetsplatser för arbetsträning, framförallt till de med *”behov av lite speciella arbeten”*. Även de individer *”som saknar sjukdomsinsikt”* anser Birgitta utgöra hinder i rehabiliteringsarbetet. Birgitta fortsätter med att förklara att en del tror sig kunna arbeta mycket mer än vad de egentligen kan. Hon säger att hon får förklara att det tar en månad att ställa om sig, att de inte ska boka in andra aktiviteter när de arbetstränar, eftersom de kommer att vara väldigt trötta innan rutinerna är på plats. Vad hon finner positivt är att hon inte arbetar med lika många ärenden åt gången nu som hon gjorde tidigare *”då individer gick år ut och år in (...) och vande sig vid systemet (...) och var uppgivna.”* Hon tillägger: *”De här vill ut.”* Birgitta berättar också att hon alltid brukar säga till individerna att: *”Nu måste ni ändra på ert tankesätt. Nu ska ni inte fokusera på hur sjuka ni är, det är ingen arbetsgivare som är intresserad av det. Dom vill i stället veta hur arbetsdugliga ni är.”* Hon tycker att många individer kommer för sent från Försäkringskassan för arbetsträning och menar att om de kommit tidigare hade det varit lättare för individerna att ”tänka om” och inte fokusera så mycket på sjukdom, som hon anser att vissa gör och på grund av den långa tiden som sjukskriven har fastnat i. Slutligen föreslår Birgitta att individerna skulle få kognitiv beteendeterapibehandling samtidigt som de arbetstränar, som stöd i att bryta gamla tankemönster och hitta nya attityder till jaget i relation till arbetet. Hon resonerar om utbrändhet: *”De här med utmattningsdepression måste ju komma till en punkt där dom tycker att det är ok att jobba, trots att de inte kan topprestera hela tiden.”*

I samtalen med handläggarna från AF och FK blev det tydligt att, trots samordningen, är handläggaren ändå främst präglad av sin egen verksamhet. På Försäkringskassans centralkontor berättar rehabiliteringssamordnarna Britt-Marie och Ingrid om sitt tillvägagångssätt i rehabiliteringsarbetet. Till skillnad från Birgitta arbetar Britt-Marie och Ingrid med sjukskrivna med anställning och arbetet går till stor del ut på att komma överens med arbetsgivarna om hur en eventuell omplacering för den enskilde skulle kunna se ut på arbetsplatsen. Även Britt-Marie och Ingrid uppger stress- och utmattningssymptom som dominerande och att majoriteten av de sjukskrivna är kvinnor. De har även fram till nu (Försäkringskassan befinner

sig för närvarande i en massiv omorganisering) arbetat som kontaktpersoner för arbetsgivare som därmed haft en direkt ingång till Försäkringskassan vid rehabiliteringsärenden. Detta tillvägagångssätt, framhåller de, har varit framgångsrikt för alla inblandade parter och rehabiliteringsärendena har blivit lyckade med tjänster, utbildningar och långsiktiga lösningar för individen och arbetsgivaren. De befarar att kvaliteten på rehabiliteringsarbetet i och med omläggningen nu kommer att äventyras. Misslyckat rehabiliteringsarbete kopplar de ihop med att: *”patienten inte är redo”* eller att *”arbetsgivaren inte funnit bra arbetsuppgifter och då sägs personen upp.”* Ingrid menar att: *”Inom offentlig sektor, stadsdelar och vårdyrken är det knepigare”* Britt-Marie fyller i: *”Sen så finns det ju alltid såna som hamnar i sjukrollen, som fastnar där.”* Ingrid tillägger att hon arbetar med en patient som skaffat hund under sjukskrivningen och som nu inte vet vad hon ska göra av hunden när hon ska börja arbetsträna. Båda är överens om att många lätt vänjer sig vid att vara sjukskrivna och att de skaffar sig vanor och sysselsättningar som är svåra att förena med ett arbetsliv. Britt-Marie beskriver de ”svåra lösningarna”: *”Det ligger mycket hos individen, man är kanske rädd för förändringar och har fastnat i sin roll, man vill kanske inte flytta eller resa långt inom länet eftersom man har dagis där man bor till exempel. Vi förstår ju självklart detta, men vi får inte ta hänsyn till det.”* Hon säger att om man inte kommer tillbaka kan det också bero på att man har flera diagnoser eller en tråkig arbetsplats. Ingrid inflikar: *”Bemanningsföretagen kan vara knepiga när man ska hitta arbetsträning också.”*

På frågan om hur man ska hantera ”knepiga personligheter” som inte är förändringsbenägna suckar Britt-Marie och Ingrid uppgivet: *”Vi förklarar våra regler, vad som gäller.”* Man gör så gott man kan, man gör sitt jobb, mer kan vi inte göra, tycks de mena. Ingrid och Britt-Marie berättar om utmattningsdiagnoser delvis på ett liknande sätt som Birgitta: *”Det här är ju personer som har svårt att säga nej. (...) Gränssättning är det centrala problemet här.”* Emellertid beskriver de utmattningssymptomen även ur en annan synvinkel. Ingrid säger i samband med förklaringen om varför utmattade tillhör den svåra gruppen, de som det tar lång tid för att komma ut i arbete: *”Vid en utmattningsdepression dör neuronerna i hjärnan (...) de kommer tillbaka men det kan ta jättelång tid. Patienter har berättat att de känner sig dumma och slöa, att de inte fungerar. (...) de har väldiga koncentrationssvårigheter.”* Britt-Marie inflikar: *”Det finns ju förstås olika grader här.”*

Att diskutera utmattningsdiagnoser i relation till hjärnans nervceller och omvandlingsprocesser är ett sätt att försöka förstå problematiken med stress och utmattning. Man kan också säga att det är en beskrivning utifrån ett vårdperspektiv. Sjukdomsperspektivets plats i berättelserna gör Försäkringskassans anknytning till olika instanser kring deltagaren tydlig; de är lite av ”spindeln i nätet” och arbetar i samarbete med

Arbetsförmedlingen, olika arbetsgivare och företag, men också med primärvård och läkare, där fokus ligger på sjukdom. Att tala om deltagarna i termer av patienter tydliggör också denna koppling. Hos Birgitta däremot, som har sin bakgrund hos Arbetsförmedlingen är det mer uttalat att man efter rehabilitering ska kunna jobba ändå, trots utmattningssyndrom. Denna uppfattning skymtade fram något även hos Britt-Marie och Ingrid, men aldrig uttalat i samband med utmattningsdiagnoser.

När det gäller uppfattningar om deltagarnas inställning till arbete säger Britt-Marie att hon upplever deltagarna som väldigt motiverade: *”De är inga som ligger på soffan, så att säga. (...) Men det här är vi tidiga med, vi berättar klart och tydligt för individen vad som gäller från Försäkringskassans sida.”* Denna uppfattning om genomgående hög motivation delas av Birgitta. Vidare anser Britt-Marie att media ensidigt lyfter fram omotiverade sjukskrivna: *”Tidigare talades det ju mycket om dem, men det tycker jag inte alls stämmer om man tittar här internt.”*

I de båda intervjuerna framhölls således den höga motivationen från deltagarhåll. Samtidigt talade man om ”svåra fall”, med individer som var utmattade, saknade sjukdomsinsikt, fastnat i en sjukroll utan tilltro till sin arbetsförmåga, ovilja till förändring och så vidare. Om vi återgår till utgångspunkten att återgång till arbetslivet är kopplat till ”de tre benen”, det vill säga att det finns en arbetsmarknad att komma tillbaka till, att rehabiliteringen varit lyckad och att individen har en egen vilja, eller motivation till att arbeta, reser sig frågan: Varför arbetar då inte alla efter rehabiliteringen? Motivationen framstår som hög, arbeten finns och rehabiliteringen beskrivs ju som lyckad. Paradoxalt nog kvarstår de höga ohälsotalen. En förklaringsmodell blir att betrakta de utmattade kvinnorna (de som står för de höga ohälsotalen) som sjuka.

Avslutande diskussion

Vi har i denna studie på uppdrag av Statskontoret undersökt Finsaminsatsen ur ett deltagarperspektiv, med ett uttalat fokus på just arbetsförmågan hos individerna. De övergripande frågeställningarna har i detta sammanhang varit: Är målgruppen homogen? Finns det några gemensamma nämnare i målgruppen? På vilket sätt liknar individerna varandra, på vilket sätt gör de det inte? Vad anser individerna om Finsam? Vad har de studerade Finsaminsatserna betytt för individernas arbetsförmåga, fysiska och psykiska hälsa, sociala faktorer och försörjning? Hur ser likheter och skillnader ut mellan Finsaminsatser och ordinarie verksamhet eller annan samverkan? Stämmer antagandet att man med Finsaminsatser når individer som inte fått så omfattande hjälp tidigare? Får Finsamdeltagarna mer effektiv hjälp i relation till arbetsförmågan än de som inte medverkar i Finsam?

All rehabilitering ska syfta till att få människor ut i arbete och den så kallade arbetslinjen går som en röd tråd genom rehabiliteringsprocessen. Den här studien har i velat belysa den komplexitet som omgärdar den arbetsorienterande aspekten av rehabiliteringsinsatsen. För att få syn på hur rehabilitering kan gripa in i människor liv har vi orienterat oss kring deltagarnas liv före, under och i vissa fall efter insatsen. Det som förenar deltagarna är det utanförskap som följer med att inte arbeta, vara sjuk och få sin ersättning av det allmänna. En ytterligare aspekt som deltagarna har gemensamt är vaga symtomdiagnoser med uttryck som psykisk ohälsa och upplevd trötthet, utmattning, ångest, sömnproblem, apati och liknande.

Under arbetet har vi slagits av de intervjuade deltagarnas höga förväntningar i relation till arbetet. Arbetet ska motsvara individens intressen och vara självutvecklande. Att arbeta enbart för lön och nytta framstår inte som lockande för många av deltagarna.

Det har varit en metodisk poäng att göra *jämförelser* mellan de olika Finsaminsatserna för att få syn på det specifikt lokala. Vi har använt de olika orterna – Angered, Majorna och Örnsköldsvik för att tydliggöra olika kulturella förhållningssätt till utanförskapet från och den svåra vägen tillbaka in på arbetsmarknaden. De skillnader som synliggörs mellan deltagarna bottnar i olika kulturella och lokala sammanhang. I Angered, som kännetecknas av att vara ett eftersatt område med sociala problem, fanns – för det mesta men inte alltid – en uppgivenhet i relation till arbete. Här var deltagarnas ålder, generellt sett, också högre vilket spelar in i förhållande till närheten till arbetsmarknaden. I ett jämförande perspektiv framstod

motivationen till arbete här vara lägre. Här förekom även uttalad kroppslig värk och en uttalad och komplex problematik kring individernas hälsa och funktionsduglighet. I Majorna, centrala Göteborg, befann sig individerna i en storstadskultur, med dess utbud och möjligheter. Här fanns en trend-känslighet där arbetet skulle spegla en trendriktig personlighet. Här synliggjordes en medvetenhet kring ”oattraktiva” jobb. I Örnsköldsvik rådde en ”Gnosjöanda” där deltagarna lärde sig positiv disciplinering genom arbetstider, arbete och gemenskap.

Deltagarnas inställning är genomgående god till Finsaminsatsen i fråga. Alla deltagare uttryckte sig i positiva termer kring utförande, stöd och arbetsledare. Överlag framkom även uppfattningar om att man utvecklats på alla plan och i rätt riktning tack vare insatsen. I Angered ansåg de flesta av individerna att de ännu inte var arbetsförmögna. Som tidigare nämnts kännetecknades problematiken här av att vara komplex, vilket medför en längre process mellan insats och arbetsliv. Här bestod effekterna av rehabiliteringen främst av att klara av vardagen och dess krav. I Örnsköldsvik innebar insatsen ökad trygghet både i fråga om vardagliga krav och också arbetsförmåga. I Majorna innebar däremot insatsen en ökad medvetenhet kring vad individerna ville/inte ville arbeta med. Angående insatsen i relation till den egna hälsan (både psykiskt och fysiskt) var den dominerande inställningen att man blivit bättre på grund av insatsen, men att man ännu inte var helt bra. Detta svar förekom såväl av de som mer eller mindre hade avslutat sin insats som av de som befann sig mitt inne i rehabiliteringsarbetet. Gällande ersättning hade samtliga deltagare, bortsett från en deltagare, någon form av samhällelig ersättning. Deltagaren utan ersättning hade oregelbunden lön emellanåt och hjälp av sambo. Fyra deltagare var sjukskrivna med ersättning. Övriga deltagare uppgav aktivitetsstöd, socialbidrag eller försörjningsstöd.

När deltagarna gjorde jämförelser med annan stödverksamhet framkom överlag åsikter som generellt sett kan uppfattas som kritiska. Antingen hade man fått gå till arbetsforum ”och suttit av tiden” eller så hade man fått hjälp som barn då man inte själv varit medveten kring sin problematik och därmed inte upplevt förbättringar. Finsaminsatsen upplevdes generellt sett som positiv, både vad gäller arbetsförmåga, hälsa och sociala faktorer. En del av Finsamdeltagarna uppger att de fått hjälp i någon form tidigare men den hjälpen har inte uppfattats som någon insats och heller inte lika effektiv som Finsaminsatsen. Framförallt understryker deltagarna att det är först nu de blir sedda och upplever ett personligt stöd. Även erfarenheten av att ingå i en gemenskap, framhålles i Örnsköldsvik och Angered och betonas av deltagarna som positivt och specifikt för Finsaminsatsen. I Majorna uttryckte en av deltagarna en önskan om gemenskap med insatsens övriga deltagare. En ytterligare positiv aspekt som är framhållen är att man kan spara a-kassedagar. Överhuvudtaget ses det som positivt av deltagarna att insatsen innebär en ekonomisk trygghet i form av ersättning, men det är

kombinationen mellan ersättning och personlig hjälp som uppskattas. Inte sällan har deltagarna framhållit arbetsförmedlingen som en motpol till Finsaminsatsen, där arbetsförmedlingen uppfattats som negativ och fått representera en opersonlig, respektlös, inkompetent och byråkratisk myndighet.

Vad som verkar utmärka Finsaminsatser är en helhetssyn på individen vilket uppskattas stort ur ett deltagarperspektiv. Då denna helhetssyn appellerar till deltagarna är det detta som framstår som det utmärkande draget och även som orsak till att Finsaminsatser upplevs som annorlunda och bättre. Helhetssynen kännetecknas av att man blir bemött kamratligt, med respekt och utan ett dömande beteende. Handläggarna känner brukaren väl, är engagerad i henne eller honom och tilltalar personen vid namn. Det tycks finnas en kontinuitet i mötet där handläggaren visar att hon eller han är insatt i personens liv och därmed även visar intresse för det. Därigenom uppstår en vi-känsla med teampersonalen. I Angered tycktes också det positiva, i vissa fall, bestå av att handläggaren inte stressade med återgång till arbete (till skillnad från andra myndigheter).

De studerade Finsaminsatserna har visat sig variera i sin utformning. I Angered har insatsen bland annat fokuserat på stresshantering och fysisk smärta genom till exempel kroppskännedom och akupunktur. I Majorna låg fokus i huvudsak på samtal. Gemensamt för dessa två insatser var att deltagarna besökte insatsernas verksamhet en eller två gånger i veckan. I Örnsköldsvik däremot var insatsen utformad som på en arbetsplats med dagliga längre besök. Här var den sociala rehabiliteringen sammanflätad med arbetsträning.

En viktig uppgift för Finsam har varit att fånga upp individer med behov av rehabilitering som inte tidigare fått hjälp. Här tycks de studerade insatserna lyckats bra då flertalet av de intervjuade uppger att de tidigare antingen inte fått adekvat eller effektiv hjälp, eller ingen hjälp överhuvudtaget. Brukarna är som sagt enhälligt nöjda med Finsaminsatserna, dock finns ingen uttalad medvetenhet om Finsams specifika samordning mellan de berörda parterna. Det som nämns som positivt är framförallt mötet med handläggare där individen bemöts med en känsla av jämlikhet, lyhördhet och respekt. Genom mötet uppstår känslor av gemenskap med personalen hos deltagarna.

Motivationen till arbete varierar i de olika insatserna. Där motivationen varit lägre har det funnits en ifrågasättande inställning till arbetslinjen i insatsen. Tveksam inställning till arbete är ett allmängiltigt samhällsproblem, dock. Här skulle Finsam generellt möjligtvis kunna arbeta mer aktivt med motivationshöjande insatser i relation till arbete. Av materialet att döma tycks detta göras mer uttalat i vissa insatser och nedtonas i andra. Detta är

centralt då mycket tyder på att om man ska lyckas med att få arbete snabbt efter rehabilitering måste *de tre benen* samspela; det vill säga att rehabiliteringen ska vara adekvat för individen, att det ska finnas en arbetsmarknad att komma tillbaka till och att den egna motivationen hos individen ska vara hög.

Finsam i relation till övrig verksamhet

Den samordnade aspekten av rehabilitering är en gemensam faktor för AF/FK och Finsam, dock i varierad form. I samordningen mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan sker samordningen på ett mer organisatoriskt plan mellan handläggare och samordningen är inte direkt något som deltagaren upplever.

Syftet med Finsam är bland annat att handläggare från olika myndigheter ska samarbeta runt individen. Inblicken i övrig verksamhet tyder på att handläggare är präglade av sin verksamhet och sina egna perspektiv. I detta sammanhang vittnar Finsam om att vara mer heltäckande där de olika perspektiven kan samsas sida vid sida vilket torde vara fruktsamt för inblandade parter. Helhetsbilden är även något som Finsamdeltagarna lyfter fram som något positivt. Arbetsförmedlingen markerar tydligt sin roll och uttalar att de inte sysslar med ”sjukperspektivet” och hänvisar till Försäkringskassan. Försäkringskassan förklarar också klart för deltagarna vad de kan och inte kan förvänta sig av Försäkringskassan. Denna rollmarkering har inte varit närvarande i intervjuer eller annat material av Finsam. Här tycks man inte ha problem, i lika hög grad, med att vandra in och ut ur roller eller bemöta deltagarna från olika perspektiv, vilket måste betraktas som en stor fördel för deltagarna. Även om de olika Finsaminsatserna skiljer sig åt i betoning av olika perspektiv finns alla delarna med i rehabiliteringen. Den läkande aspekten, den sociala och den arbetsmässiga aspekten synliggörs såväl i informationsmaterial som i intervjuer. Finsams målsättning att ”se helheten” är följaktligen mer uttalad än vad som synliggörs i övrig verksamhet. Där övrig verksamhet kan riskera att låsas fast på grund av sina givna roller framstår Finsam som ett mer dynamiskt alternativ, där man tack vare möten mellan olika perspektiv ges förutsättningar för att kunna tänka ett steg längre kring rehabiliteringens mål och medel. Möjligtvis är det så att Finsam erbjuder en organisatorisk ram där handläggarna inte behöver känna att de måste representera och upprätthålla ”sin myndighets” ståndpunkter och perspektiv. Handläggarna blir därmed friare när det gäller att fokusera den hjälpbehövande individen, snarare än regelverkets tillämpning.

I Finsaminsatserna tycks man vilja motivera individen till återgång i arbete, på ett lite mer ”skräddarsytt” sätt, efter individens utgångspunkt och även motivera individen till hantering av vardagen genom olika strategier. För att återknyta till detta kapitels inledningsord om arbetslinjens centrala ställning

i samband med rehabiliteringsinsatser framskymtar i detta sammanhang ett paradoxalt förhållande. Samtidigt som rehabiliteringen i huvudsak är fokuserad på att få individer ut i arbete, vilket som helst och så fort som möjligt, ställer sig samtidens individer, i högre grad än tidigare, frågande till ett arbete vilket som helst. Trenden är i stället att ställa krav på det egna arbetet som ska motsvara individens intressen och spegla dess personlighet. Fenomenet har sin förklaringsmodell utanför individen och beror snarare på den samtida specifika och kulturella kontext som individerna befinner sig i. Individers beteenden formas i den lokala miljön och bekräftas i gemenskapen med likasinnade. För att återgå till Susanne i Angered som i framtiden önskar arbeta med sin hobby att bevara fotografier och Andreas i Majorna som önskar bli konstnär. Kan det måhända vara så att de båda, i sina respektive insatser, blivit uppmuntrade till att likställa hobby med arbete?

Slutord

Utifrån denna studies material tycks det som om Finsam når ut till människor som inte är ”inne i systemet” men ändå har rehabiliteringsbehov, i högre grad än ordinarie verksamhet där rehabilitering tycks göras möjlig främst i fall där man uppfyller särskilda kriterier, som sjukskrivning, viss arbetsförmåga eller redan befintlig anställning. För deltagarna framstod emellertid inte samordningen som princip som något som har ett egenvärde, för dem var det som uppfattades som betydelsefullt snarare kvaliteten på *mötet* mellan dem och handläggarna. Den konkreta, förenklade proceduren där man i större utsträckning var en bekant person och slapp upprepa sitt ärende, nämndes ibland som positiv. Dock hade majoriteten relativt liten egen erfarenhet av den typen av slussningsverksamhet. Ur ett deltagarperspektiv är det centrala med Finsam den positiva upplevelsen av något *mer* än endast det ordinära mötet med en handläggare på en myndighet.

Litteratur

Beland, Markus 2003: Kultursjukdomar med högt pris. *Läkartidningen* nr 48, vol. 100.

Bågenholm, Eva Nilsson 2003: Läkarens roll i sjukskrivningsprocessen. I: Swedenborg, Birgitta (red.): *Varför är svenskarna så sjuka?* Stockholm. SNS Förlag.

Frykman, Jonas & Kjell Hansen 2005: *Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur.* Stockholm. Försäkringskasan (Försäkringskassan Analyserar 2005:4).

Gerner, Ulla 2002: Åter till arbete – hinder och möjligheter. En studie av motivationens betydelse i rehabiliteringsprocessen för långvarigt sjukskrivna. Rapport i Socialt arbete 105. Stockholm: Socialhögskolan.

Gerner, Ulla 2005: *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen. Hinder och möjligheter.* Rapport i socialt arbete nr 113 – 2005. Stockholm: Socialhögskolan

Giddens, Anthony 1990: *The consequenses of modernity.* Cambridge. polity in association with Blackwell.

Goine, Hans & Edlund, Curt 2003: Regionala skillnader i försörjningskostnad. Sammanlagda kostnader för sjukpenning, förtidspension, aktivitetsstöd, arbetslöshetsersättning och socialbidrag i 52 kommuner i fem län. Försäkringskassornas Förbund. Fakta och Debatt nr 2, 2004.

Larsson, Tor 2005 (med Staffan Marklund och Peter Westerholm): *Den galopperande sjukfrånvaron. Sken, fenomen och väsen.* Arbetshälsa, RAR-projektet, forskningsrapport nr 1. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Lindqvist, Rafael 2001: *Sjukförsäkringen 40 år – historik och reflexion.* SKUR-notat nr. 1/2001. Bodö: Statens kunnskaps- og utviklingssenterfor helhetlig rehabilitering (SKUR).

Lundén, Mia-Marie 2005: *The Price of Burnout or Burnout as Prize*. Ethnologia Scandinavia. A Journal for Nordic Ethnology. Lund.

Marklund, Staffan 1995: Vilka långtidssjuka blir rehabiliterade? I: Marklund, Staffan (red.) 1995: *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv.* Lund: Studentlitteratur.

Marnetoft, Sven-Uno 2000: Vocational Rehabilitation of Unemployed Sick-listed people in a Swedish Rural area. An individual-level study based on social insurance data. Stockholm: Karolinska Institutet.

SOU 1988:41: Tidig och samordnad rehabilitering. Stockholm: Fritzes.

SOU 1990:49: *Arbete och hälsa.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2000:121: Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag. Stockholm: Fritzes.