

# Att organisera utmattningssyndrom. Om sjukskrivningsprocessen, patienters erfarenheter och rehabiliteringsstyrning

Anders Edvik, Ulrika Flädjemark, Tuija Muhonen, Helena Stavreski  
och Stig Westerdahl

WORK LIFE IN TRANSITION  
# 01 2024



ARBETSLIV I OMVANDLING

## ARBETSLIV I OMVANDLING

är utgiven av Institutionen för designvetenskaper (LTH), Lunds universitet  
i samarbete med Forum för arbetslivsforskning (FALF),  
Centrum för tillämpad arbetslivsforskning och utvärdering (CTA) Malmö universitet,  
och Institutionen för arbetsvetenskap, ekonomi och miljöpsykologi, SLU Alnarp.

Redaktör: Calle Rosengren  
Ansvarig utgivare: Jessica Wadin  
Redaktionssekreterare: Peter Frodin  
Redaktionsråd: Marita Flisbäck, Peter Lundqvist,  
Christina Scholten, Jonas Borell,  
Ulf Eriksson och Måns Svensson  
Teknisk redaktör och grafisk form: Peter Frodin  
Omslagsfoto: Peter Frodin  
Kommunikatör: Jessika Sellergren

Copyright © Institutionen för designvetenskaper (LTH) och författarna.

Institutionen för designvetenskaper (LTH)  
Lunds universitet  
Box 42  
221 00 Lund

ISBN 978-91-87521-32-4  
ISSN 1404-8426

Tryck: Media-Tryck, Lunds universitet  
Lund 2024



**CLIMATE  
COMPENSATED  
PAPER**



**REPA**<sup>®</sup>  
A part of FTI (the Packaging and  
Newspaper Collection Service)

# Förord<sup>1</sup>

Föreliggande rapport har sin grund i projektet ”Att organisera utmattningssyndrom” vid Centrum för tillämpad arbetslivsforskning och utvärdering (CTA), Malmö Universitet. Projektet finansierades av Institutionen för Urbana studier och genomfördes mellan åren 2018 och 2022. Utgångspunkten var att sjukdomen som benämns utmattningssyndrom antar olika namn, tilldelas olika medicinska diagnoser och utgör en betydande samhällelig utmaning. Utmattningssyndromet har i Sverige tilldelats en specifik diagnos och kan därmed ge tillgång till sjukpenning och annan välfärd.

Projektet har inte arbetat med medicinska eller terapeutiska antaganden och kunskapsanspråk, utan sjukdomen betraktas utifrån olika organisatoriska perspektiv. Vi har därför varit intresserade av de processer på vårdcentraler och i andra sammanhang där en diagnos formas och som i sin tur bildar grund för såväl rehabilitering som återgång till arbete. Viktigt i sammanhanget är hur sjukdomen skiljer sig från etablerade somatiska sjukdomar, som exempelvis benbrott eller diabetes, genom att den är svår att diagnosticera, och dessutom är samhälleligt stigmatiserad.

Rapporten fokuserar hur utmattningsdiagnosen aktualiserar osäkerhet och motsättningar i hälso- och sjukvården vilka i sin tur påverkar patienterna och som i slutändan blir politiska. Diagnosens kontroversiella roll i Sverige visas i kapitel två genom att företrädare för olika kunskapssyn på diagnosen kommer till tals. I kapitel tre redogörs för en annat perspektiv på utmattningsdiagnosen, där den i samhället för-givet-tagna arbetslinjen tas som avstamp för den praktiska organiseringen på arbetsplatser där den utmattningsdiagnosticerade arbetar.

Inom projektets ram genomfördes en fältstudie med syfte att studera organiseringen kring utmattningssyndrom och denna ligger till grund för två delar av rapporten; kapitel två och tre.

---

1 Samtliga författare har varit aktiva vid genomförande av projektet som rapporten baseras på. Inledningsavsnittet har skrivits av Ulrika Flädjemark och Tuija Muhonen och det avslutande avsnittet i rapporten har skrivits gemensamt av samtliga författare. I övrigt är Helena Stavreski och Stig Westerdahl huvudansvariga för kapitel 2, Anders Edvik huvudansvarig för kapitel 3 och Ulrika Flädjemark är ansvarig för kapitel 4. Anders Edvik är korresponderande författare till rapporten.

I projektet, dock utan specifikt fokus på diagnosen, har även en avhandling skrivits som har fokuserat organiseringen av funktionen rehabkoordinator inom hälso- och sjukvården. I kapitel fyra återfinns en fördjupning av denna funktion hur den vuxit fram och dess implementering genom dem som agerar i rollen.

Rapporten inleds med en introduktion av övergripande syfte samt en beskrivning av sjukskrivningsprocessen inom det svenska trygghetssystemets ramar. Inledningskapitlet avslutas med att ge röst åt den som ofta hörs minst – patienten – i debatten om hur sjukförsäkringens regelverk kan beröra den som sjukskrivits. Vi introducerar därför vår rapport genom en autoetnografi om hur sjukskrivningsprocessen kan upplevas för den som drabbats.

# Innehåll

Förorod	3
Kapitel 1. Inledning	7
Rapportens disposition	8
Sjukskrivningsprocessen inom trygghetssystemets ramar	9
Aktörer inom trygghetssystemets ramar	11
Autoetnografi – sjukskrivning som upplevelse	14
Reflektioner	19
Kapitel 2. ”Vissa kanske har det. Men många har också något annat” – Om multipla versioner av utmattningssyndrom och organiseringen av rehabilitering	23
Psykisk ohälsa blir en sjukdom	24
Det multipla som utgångspunkt	27
Presentation av vårt material	30
Diskussion och slutsatser	43
Referenser	45
Kapitel 3. Ingenmansland - en studie av vägen tillbaka till arbete för arbetstagare med diagnosen utmattningssyndrom	47
Studiens syfte	48
Bakgrund	48
Utmattningssyndrom och sjukförsäkringen	49
En praktik i behov av rättslig vägledning	50

Varifrån härstammar idén om snabb återgång i arbete? Arbetslinjen och de svenska trygghetssystemen	51
Studier relaterade till Försäkringskassan och organiseringen av sjukskrivning	52
Sammanfattning	54
Teoretiskt ramverk	54
Återgång i arbete– en organiseringspraktik genomtyrad av motstridiga logiker	60
Ingenmansland – en praktik med svaga kopplingar och täta gränser	63
Sjukintyget som organisatoriskt gränsobjekt	66
Sammanfattning av resultat	69
Slutsatser	69
Referenser	71
Kapitel 4. Rehabiliteringskoordinatören som professionspolitiskt janusansikte	75
Rehabkoordinatören som funktion tar form	76
Teoretiska perspektiv på professionspolitisk genealogi	79
Den professionella etiken	82
Den professionella medicinens rationella subjekt	87
Konklusion	89
Referenser	90
Kapitel 5. Avslutande ord	95
Referenser	100
Bilaga 1	101
Undersökningsmaterial avser kapitel 2 och 3	101

# Kapitel 1. Inledning

*Ulrika Flädjemark och Tuija Muhonen*

Det övergripande syftet med rapportern är att gestalta olika perspektiv i förhållande till sjukskrivningsprocess, rehabilitering och återgång till arbete med fokus på utmattningssyndrom.

Att använda olika teoretiska perspektiv blir ett sätt att synliggöra motsättningar i svensk sjukförsäkring utifrån en till synes harmlös benämning av ett sjukdomstillstånd. Sjukskrivning och utmattning är två begrepp som är vanligt förekommande i dagligt tal inom arbetslivet; två begrepp som vid närmare betraktande dock rymmer komplexiteter. För att beskriva sjukskrivningsprocesserna och rehabilitering i förhållande till utmattning krävs att olika perspektiv ges plats för att undvika generaliseringar och förenklingar, och genom att skärskåda den sammansatta helhet som de båda begreppen tillsammans representerar, kan en bild med många olika delar fås att träda fram.

Vad som skapar komplexitet är inte företeelsen sjukskrivning i sig, eller utmattning som tillstånd, utan den betydelse som sjukskrivningen spelar i ett marknadsorienterat – för att inte säga nyliberalt – välfärdssamhälle där individen anses vara ”kund” och samtidigt förväntas ta sitt ansvar för att vara aktiv och produktiv i samhället. Att vara sjukskriven handlar om att tillfälligt, av andra, bli bedömd att sakna denna aktivitetsförmåga. Den som är sjukskriven hamnar i ett ingenmansland inom den repressiva maktens ramar i form lagar och regler men blir likväl föremål för en produktiv makt (Foucault, 1976/2002) representerad av till exempel arbetsgivare samt medicinens företrädare. Hälso- och sjukvården som ett samhällets kontrollorgan, har tydliggjorts i intåget av det som benämns försäkringsmedicin, och som enligt Försäkringskassan innebär hur ”*rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av hur olika försäkringar är utformade*”<sup>1</sup>. Denna kunskapsstyrning ska nu appliceras på individer som riskerar att bli sjukskrivna.

Medan den repressiva makten sätter gränser inom vilka vi förväntas röra oss, spelar den produktiva makten en annan roll. En roll som ska påverka den som är sjukskriven att navigera rätt. I texterna vill vi åskådliggöra den produktiva maktens

---

1 <https://www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/forsakringsmedicin/forsakringsmedicin-pa-forsakringskassan> hämtad den 2 november 2023

olika ansikten där makt utövas med kunskap och kunskap erhålls genom makt. Även om olika teoretiska utblickar finns representerade i rapportens olika texter kan med ett övergripande foucauldianskt perspektiv konstateras att ”...det är i vetandet som kunskapen tar samhällelig form; det är här den fylls med maktrelationer; det är inför och av vetandet som somliga tystas medan andra ges rätten att tala” (Foucault, 1969/2011, s. 10).

Således vill vi gestalta den kombination av kunskap och makt som Foucault ansåg stärka varandra ömsesidigt (Vågan & Grimm, 2008) – en interaktion som ger form till den produktiva makt som styr den som är sjukskriven. Individens förväntas vara aktiv och ansvarstagande med hänsyn i linje med den kunskapssyn som råder för arbetsgivarrepresentanter, sjukvårdens professionella och för myndighetsutövare vilka i sin tur har olika sätt att uttolka denna kunskap. Inom detta dilemma förväntas individen navigera och ta sitt ansvar för att inte ligga samhället till last.

## Rapportens disposition

Rapporten är indelad i fem kapitel. I *kapitel ett* ges en övergripande introduktion till dagens sjukskrivningsprocess inom det svenska trygghetssystemets ramar. Introduktionsdelen fortsätter med ett autoetnografiskt narrativ där vi får följa sjukskrivningsprocessen ur ett patientperspektiv. Med hänsyn till att individer på grund av sin sjukdom eller skada har begränsad ork och/eller förmåga anser Karlsson m fl (2020) att det inte är rimligt att dessa individer ska kunna ta det fulla ansvaret för att få tillgång till sjukförsäkring såsom sjukförsäkringssystemet kräver. Genom en autoetnografisk ansats vill vi skildra enskilda patienters röst och ge deras upplevelser den uppmärksamhet som de sällan får.

I *kapitel två* beskrivs hur organiseringen av diagnosen utmattningssyndrom iscensätts i olika sammanhang mot bakgrund av hur osäkerheten kring denna diagnos bidrar till att forma olika praktiker. Kapitlet har sin bakgrund i en fältstudie där återgång i arbete för personer med utmattningssyndrom stått i fokus.

*Kapitel tre* som också har sin grund i resultatet från ovan nämnda fältstudie, fokuserar på hur den till synes enkla idén om snabb återgång i arbete utvecklas till en komplex organiseringspraktik i vilken arbetstagare med diagnosen utmattningssyndrom har svårt att navigera. Kapitlet tar utgångspunkt i Arbetslinjen och belyser hur multipla och viss mån kontrasterande logiker formar sättet som nämnda patientgrupp hanteras på.

I *kapitel fyra* redogörs för framväxten av rehabiliteringskoordinatören som professionspolitisk funktion. Från och med 1 februari 2020 finns det en lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter vilket innebär att regionerna har skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till arbete eller inträde i arbetslivet. För detta ändamål har en ny funktion inrättats inom vården; rehabiliteringskoordinatören som här ges en beskrivning.

*Kapitel fem* avslutar rapporten med en sammanfattande konklusion.



## Sjukskrivningsprocessen inom trygghetssystemets ramar

När en medarbetare på en arbetsplats upplever sig för sjuk för att kunna arbeta kan sjukskrivning förefalla som en naturlig och till synes enkel åtgärd som individen råder över. Så är det också i många fall av sjukfrånvaro. Inte sällan förvandlas dock denna till synes okomplicerade process till något annat. Speciellt i de fall där anledningen till ohälsa inte är objektifierbar och lätt att avgränsa. Rapporten tar sin utgångspunkt i diagnosen utmattningssyndrom<sup>2</sup> som ett exempel på sjukdomstillstånd som i sjukskrivningsprocessen inte enkelt låter sig fastställas och beskrivas med mätbara parametrar. Till exempel kännetecknas utmattningssyndromets initiala fas av varierande, ofta både fysiska och psykiska symtom, där samsjuklighet med andra tillstånd är vanligt. Sammantaget blir sjukdomsbilden svårbedömd utifrån ett sjukskrivningsperspektiv.

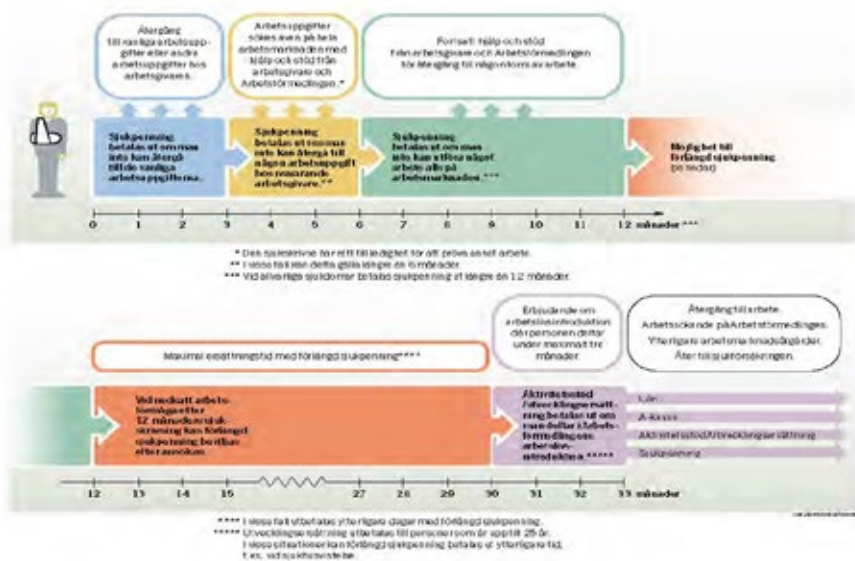
Den som innehar medicinsk professionsexpertis är tränad i att hantera liknande komplicerade sjukdomstillstånd. Det som kvarstår är svårigheten att få den konkreta medicinska bedömningen att överensstämma med det fyrkantiga system som nuvarande sjukskrivningsregelverk innebär. Regelverket har till övergripande uppgift att styra sjukskrivna individer tillbaka till arbete så effektivt som möjligt. I sig ett vällovligt initiativ då många sjukskrivna i en inte allt för avlägsen dåtid blev *förtidspensionerade* vilket innebar att sjukskrivna som bedömdes inte kunna arbeta blev bortsorterade från arbetslivet under rubriken sjukpension, i många fall efter så kort tid som två månader (Riksrevisionen, 2005), för att på så sätt hamna i en annan statistik. Således motsatsen till det försäkringsmedicinska angreppssätt som råder idag för att statistiskt begränsa sjukskrivningstalen.

Sjukskrivningsprocessen har varit föremål för omfattade studier, företrädesvis efter att den så kallade rehabiliteringskedjan infördes 1 juli år 2008, med intentionen att effektivisera sjukskrivningsprocessen med tidig(are) arbetsåtergång för sjukskrivna

### 2 Diagnoskriterier för utmattningssyndrom (Almén, 2017)

- A. Fysiska eller psykiska symtom under minst två veckor som utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer under minst sex månader
- B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet, eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning
- C. Minst fyra av följande symtom i stort sett varje dag senaste två veckorna:
  - i) Koncentrationssvårighet eller minnesstörning, ii) Påtaglig nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress, iii) Känslomässig labilitet eller irritabilitet, iv) Sömnstörning, v) Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet, vi) Fysiska symtom som värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, mag-tarmbesvär, yrsel, ljudkänslighet
- D. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller andra viktiga avseenden
- E. Beror ej på andra fysiologiska effekter av någon substans eller någon somatisk sjukdom

individer som målsättning. Tidigare studier problematiserar hur vändningar i politiska styr signaler tolkas och omsätts internt i Försäkringskassan (FK), vilket i sin tur fått konsekvenser för handläggning av individens sjukpenning (ISF, 2018; Jacobsson et al., 2019). När allmänhetens förtroende för FK var i fokus tillämpades reglerna mer generöst, medan när rättssäkerhet och sänkning av sjukpenningtalet kom i fokus tillämpas reglerna mer restriktivt. Det viktigaste i handläggningen blir nu att utreda noggrant innan sjukpenning beviljas (Jacobsson m fl 2019). Läkare kan beskyllas för att de är för frikostiga när de skriver sjukintyg och blir då ifrågasatta av FK med krav på kompletterande utlåtande. Det räcker inte att läkaren anger en diagnos, utan hen måste också bedöma funktionsnedsättning och patientens arbetsförmåga i förhållande till denna begränsning, dvs. beskriva på vilket sätt patientens tillstånd hindrar denne från att arbeta (Karlsson m fl 2020). Om sjukpenning beviljas, bedöms arbetsförmågan kontinuerligt vid bestämda tidpunkter enligt rehabiliteringskedjan (se figur 1 nedan).



**Figur 1.** Rehabkedjan (hämtad från RiR 2010:9), som infördes år 2008, visar tidpunkter för olika ställningstaganden. De första 90 dagarna bedöms rätten till sjukpenning i förhållande till individens ordinarie arbete, mellan 90 till 180 dagar till förekommande arbete hos arbetsgivaren och efter 180-dagarsgräns bedöms om patienten kan stå till arbetsmarknadens förfogande i sådant förvärsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden (detta gällde under 2008–2021 då vissa lättnader infördes).

Tonen i samhället har hårdnat under åren vilket visar sig bland annat genom att bidragsfusk och överutnyttjande av sjukförsäkring och andra bidragsformer ofta lyfts fram i den allmänna debatten (Johnson, 2010; Junestav 2009; Karlsson, 2022). Å andra sidan känner sig de sjukskrivna maktlösa, skamsna och frustrerade eftersom de upplever att de blir ifrågasatta och inte tagna på allvar (Karlsson, 2022). Mellan 2013–2019 ökade antalet personer vars sjukfall avslutades genom ett avslag kraftigt från knappt 7 900 till 36 700 personer (Försäkringskassan, 2020). Många sjukskrivna (av olika aktörer benämnda ”den försäkrade”/kund/patient/medarbetare) har svårt att förstå sjukförsäkringssystemet (Kaluza, 2018; Karlsson m fl, 2020), som formas av att det finns så många olika aktörer involverade i processen: läkare, arbetsgivare, Försäkringskassan, företagshälsovård, facket och vissa fall även Arbetsförmedlingen eller socialtjänsten.

Grundtanken i denna rapport är att patienter med symptom som inte enkelt kan diagnostiseras är en fråga om organisation och politik – här räcker det inte med den medicinska sakkunskapen. Det beror på att sjukförsäkringen utgör del av det offentliga trygghetssystemet, och vad som ingår här är ytterst en fråga för våra politiker. Även sjukdomar som inte kan fastställas med röntgen eller lab-resultat ger rätt till sjukskrivning utifrån regler som bestäms i riksdag och myndigheter – men var går gränserna och varför är detta så konfliktfyllt? Förutom denna politiska fråga som behandlas i våra texter, vill vi lyfta även det organisatoriska perspektivet. Insatser inom sjukförsäkringen förutsätter samverkan mellan en rad organisationer eller fungerande kopplingar inom en organisation, säg vårdcentralen eller Försäkringskassan. Särskilt viktig är länken mellan arbetsplatsen och vården, grunden i det som kallas rehabiliteringsstyrningen. För att förstå detta behöver vi insikter i organisering och hur olika organisationer samarbetar (eller inte samarbetar). Det sammantagna syftet med denna rapport är därför att visa hur den kontroversiella diagnosen utmattningssyndrom inte kan förstås enbart inom det medicinska skräet, utan behöver teorier från andra kunskapsfält för att göras begriplig.

## Aktörer inom trygghetssystemens ramar

### Försäkringskassan

Försäkringskassan har i uppdrag från regeringen att inom sjukförsäkringen ge rätt ersättning till rätt person genom en rättssäker och effektiv handläggning. Sjuklön vid sjukfrånvaro betalas av arbetsgivaren till och med dag 14. Från och med dag 15 skall sjukfrånvaron meddelas till Försäkringskassan som tar ställning till om och i vilken omfattning arbetsoförmåga och därmed sjukpenning kan godkännas, om så

är fallet betalas sjukpenning från Försäkringskassan ut i motsvande grad till vilken arbetsoförmågan har bedömts; 25, 50 eller 75%.

Arbetstagaren ansöker således om sjukpenning hos Försäkringskassan som gör en bedömning av rätten till ersättning med utgångspunkt i gällande regelverk, vilket ligger till grund för beslut om nivå av sjukpenning. Den senare uppgår till 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) och som baseras på arbetstagarens årsinkomst. Försäkringskassan ansvarar även för att kartlägga behov av rehabilitering samt ska samverka med hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och andra aktörer. Det långsiktiga målet är att så få människor som möjligt ska behöva vara borta från sitt arbete på grund av sjukdom.

## Primärvården

Sjukskrivning kan göras på egen hand till och med dag sju i en sjukfrånvaroperiod. Från och med dag åtta krävs ett läkarintyg vilket ofta utfärdas av den regionalt styrda primärvården som utgör en central länk i sjukskrivnings- och rehabiliteringskedjan. Det är framför allt via vårdcentraler som arbetstagare med utmattningssyndrom både får sin sjukdomsdiagnos fastställd och hjälp med rehabiliteringsinsatser.

Det är framför allt läkare, sjuksköterskor, psykologer, psykoterapeuter, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och rehabiliteringskoordinatorer som möter och hjälper arbetstagare med stressrelaterade utmattningssyndrom. Av dessa har läkarna en central funktion som den med det medicinska helhetsansvaret för sjukskrivningen som i sig ska ses som en del av den vård och behandling som läkaren ansvarar för. För att arbetstagare med utmattningssyndrom ska kunna få rätt stöd i form av ekonomisk ersättning – sjukpenning – vilket Försäkringskassans handläggare beslutar om, fordras ett *läkarintyg* som informerar dels om vad arbetstagaren är sjuk i – diagnos – dels i vilken omfattning sjukskrivningen bör uppgå till ur ett medicinskt perspektiv. Intyget baseras på en medicinsk bedömning av arbetstagarens *arbets(o)förmåga* i relation till hans arbetsuppgifter, vilket utgör underlag för Försäkringskassans beslut om nivå av sjukpenning. Läkarintyget fyller således en funktion i relation till externa organisationer/aktörer, men har även en *intern* funktion som del av patientens journal där information samlas rörande bland annat sjukdomshistorik, pågående sjukdom, undersökningsresultat, diagnoser, genomförda och planerade insatser.

## Rehabkoordinator

För att hantera komplexiteten i de processer som organiserar sjukfrånvaro, och särskilt i relation till psykisk ohälsa, till exempel utmattningssyndrom, har en ny specialfunktion för koordinering – rehabkoordinator – tilldelats uppgiften. Regeringens har lagstadgat att rehabkoordinator ska finnas tillgängliga i alla regioner. År 2017 satsades 420 miljoner och år 2018 ytterligare 430 miljoner i

stimulanspengar för detta ändamål (Regeringen, 2017). Även om alla patienter som bedöms vara i behov av stöd kan bli föremål för koordineringsinsatser blir det av givna skäl ofta komplexiteten kring utmattningssyndrom som hanteras. Syftet med rehabkoordinatorfunktionen är att vara ett stöd till patienten, att samverka och samordna internt och att samverka med externa aktörer. Mycket av arbetet innebär att bistå läkare med att samordna stödet till patienten för att underlätta återgång i arbete. Detta kan uppnås genom att anordna samverkansmöten med sjukvård, arbetsgivare och myndigheter. Enligt Grubb (2016) har en utvärdering i Region Skåne visat att bland framgångsfaktorerna för rehabkoordinator är samverkan för att fokusera på återgång i arbete.

## Arbetsgivaren

Den medicinska bedömningen av arbetstagarens arbets(o)förmåga (genom läkarintyget) har betydelse för arbetsgivaren som extern aktör. Från och med den åttonde sjukfrånvarodagen ska arbetstagaren lämna sjukintyg i vilket det ska framgå hur omfattande nedsättningen i arbetsförmåga är. Detta för att arbetstagaren ska ha rätt till ekonomisk ersättning under sjukfrånvaroperioden då det är arbetsgivaren som betalar sjuklönen under de 14 första sjukfrånvarodagarna. Efter denna period fordras att läkarintyget skickas till FK samt att arbetstagaren fortlöpande lämnar intyg till arbetsgivaren som är beroende av läkarintyget för hanteringen av sjukfrånvaro. Utan läkarintyg saknar arbetstagare arbetsrättsliga skäl till frånvaro, vilket kan utgöra grund för uppsägning. Läkarna och läkarintyget fyller även en central funktion för arbetstagarens rätt till rehabilitering och anpassningar av befintliga arbetsuppgifter. Det handlar exempelvis om stödinsatser som arbetsgivaren är skyldig att vidta för att underlätta arbetstagarens återgång i arbete.

## Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen har av regering uppdrag att bland annat bidra till en välfungerande arbetsmarknad, samt att ”rusta” individer som står långt från arbetsmarknaden för att därigenom minska risken för utslagning och bidra till ökad sysselsättning. För arbetstagare som varit sjukskrivna under längre perioder med diagnosen utmattningssyndrom, och som inte har möjlighet att återgå till sin tidigare anställning, utgör Arbetsförmedlingen en länk i att finna annat arbete och/eller vidareutbildning. En förutsättning för sådana insatser är att individen av Försäkringskassan bedöms *ha arbetsförmåga*. Arbetstagare som av handläggare anses vara alltför sjuka för att kunna utföra ett arbete, faller därför

utanför Arbetsförmedlingens uppdrag. Bedömningen av arbetsförmågan gös med stöd av bland annat sjukintyg och annan hälsorelaterad dokumentation.

## Företagshälsovården

Företagshälsovården är en annan aktör som ofta blir en del av en patients sjukskrivningsprocess i den mån arbetsgivaren har avtal med en företagshälsa och väljer att använda sig av hälsans tjänster. Företagshälsovården är således inte en aktör inom trygghetssystemets ramar. I stället styr arbetsgivarens upphandling av avtal vilka tjänster och i vilken omfattning dessa ska tillhandahållas. I avtalet ingår även beskrivning vem i organisationen som rätt att kontakta företagshälsan för beställning av tjänster som kommer att faktureras arbetsgivaren.

## Sjukskrivning – en komplex process

Oavsett om ovanstående aktörer befinner sig inom eller utanför trygghetssystemets ramar har aktörerna olika förutsättningar, perspektiv och uppfattningar om hur sjukskrivningsprocessen ska organiseras vilket bidrar till svårförståelighet, inte minst för den sjukskrivna (SOU 2023:48). Nedanstående autoetnografiska berättelse illustrerar komplexiteten i sjukskrivningsprocessen ur ett patientperspektiv: hur processen kan gå till, vad som förväntas av den sjukskrivna/försäkrade och den enskildes utsatthet under processen.

## Autoetnografi

Autoetnografisk ansats innebär att ett socialt och ett samhälleligt fenomen beskrivs och analyseras utifrån personliga erfarenheter och upplevelser (Ellis, m fl, 2011; Wall, 2006). I det här fallet handlar det om personliga erfarenheter av att bli sjukskriven, ett fenomen som många konfronteras med i det svenska samhället. Materialet i detta kapitel är hämtat från anteckningar som jag förde under den här perioden, men även dokument såsom sjukintyg, brev och beslut från Försäkringskassan. I en autoetnografisk studie utgör forskaren både subjekt, dvs. skribent, och objekt, dvs. föremålet för studien i relation till det undersökta fenomenet (Ngunjiri m fl, 2010). Detta innebär även att forskaren kan ge röst åt andra som är (eller har varit) i liknande situation och vars röster inte hörs eller kommer fram. Även om det autoetnografiska innehållet baserar sig på en av författarnas erfarenheter, bidrar medförfattarna med sina kommentarer och reflektioner. På så sätt skulle man kunna kalla detta även för en partiellt kollaborativ autoetnografi (Chang et al., 2016). Inledningsvis beskrev första författare sina erfarenheter av att vara sjukskriven, därefter läste och kommenterade medförfattare texten utifrån sina olika kompetenser och ämnesområden.

Till skillnad från traditionell epistemologisk syn på vetenskap uppfyller autoetnografi inte kravet på objektivitet, utan tvärtom det är författarens subjektiva upplevelser, erfarenheter och känslor om ett socialt och/eller samhälleligt fenomen. Detta innebär också att författaren har makten över texten, dvs. vad som inkluderas och fokuseras respektive exkluderas. I den aktuella texten är kontakter med FK i fokus, medan kontakter med andra aktörer i sjukskrivningsprocessen, t.ex. arbetsgivare, inte är lika synliga.

## En berättelse om sjukskrivningsprocessen

Inledningsvis vill jag ge en kort beskrivning av min bakgrund för att situera berättelsen (Haraway, 1988). Jag är född 1960 i Finland, flyttade till Sverige 1982 och till Skåne 1987. Under min tid i Sverige har jag jobbat som vårdbiträde, postiljon, läkarsekreterare (medicinsk sekreterare), forskningsassistent, doktorand, adjunkt, universitetslektor och professor. Min forskning rymmer huvudsakligen inom området organisatorisk och social arbetsmiljö (psykosocial arbetsmiljö) där fokus har varit på arbetsrelaterad stress, stresshantering (coping), arbetsplatsmobbing, karriärutveckling, ledarskap och genus. Nedanstående händelseförlopp äger rum under projektet som den här rapporten grundar sig på.

*13–19 mars.* På onsdag den 13 mars, 2019, sjukskriver jag mig själv. Anledningen är att jag mår dåligt både psykiskt och fysiskt. Varje gång människor runtomkring mig frågar – *hur är det?* – börjar jag gråta. Till slut inser jag att det här går inte och att jag måste sjukskriva mig. Det här är första gången jag sjukskriver mig sedan -80 talet då jag jobbade inom vården och var tvungen att sjukskriva mig en kortare period på grund av ont i ryggen. Därför är jag inte insatt i själva sjukskrivningsprocessen och alla regler som den omgärdas av. På arbetsgivarens hemsida läser jag att när en blir sjuk så ska detta rapporteras in det i ett elektroniskt personalärendehanteringssystem den första sjukdagen. Chefen eller någon annan person behöver inte kontaktas. Det här första steget i sjukskrivningsprocessen var således enkelt.

*20–26 mars.* Det framgår också på hemsidan att från och med dag 8 måste den sjukskrivne lämna in ett läkarintyg. Här tänker jag först att det handlar om arbetsdagar, men nej, man ska räkna alla veckans dagar, även om en som jag, arbetar måndag-fredag.

Eftersom jag inser att mitt tillstånd skulle kräva längre sjukskrivning än 8 dagar, försöker jag kontakta Företagshälsovården, ett råd som jag fått från ett fackligt ombud. Det går inte att komma fram till Företagshälsovården, utan jag lämnar ett meddelande i företagets telefonsvarare. Efter någon dag ringer en person (handläggare?) därifrån och upplyser mig om att det inte är så det fungerar utan jag skulle söka primärvården för att sjukskriva mig. Man kan överhuvudtaget inte komma till företagshälsovården utan chefens godkännande!

Under denna tid söker jag behandling hos en kiropraktor och hen vill att jag ska röntga min rygg för att kunna behandla mig adekvat. Hen förmedlar en läkarkontakt som skulle skriva en remiss till röntgen. När jag är hos läkaren, berättar jag om min situation och att jag nu behöver även ett läkarintyg, inte bara en remiss till röntgen. Vi samtalar och jag beskriver min situation. Hen visar förståelse och förser mig med både en remiss och läkarintyg, sjukskrivningsperiod heltid från 20 till 26 mars. Detta är tur i oturen eftersom jag aldrig hade kunnat få tid hos den läkare jag var listad hos under de 8 dagarna.

Eftersom jag inte känner mig kapabel att återgå till arbetet på heltid, söker jag och får tid hos min ordinarie doktor den 26 mars. Jag har förmånen att ha samma läkare under ca 20 år, vilket är en fördel på många sätt, och även när det gäller att bedöma behovet av sjukskrivning. Hen kunde se omedelbart att jag inte mår bra, och efter ett längre samtal med hen, blev jag sjukskriven 50% fortsättningsvis, dvs. från den 27 mars till 23 april 2019. Hen kommenterar också att det är bra i förhållande till Försäkringskassan att jag har en fysisk diagnos (lumbago) utöver en psykisk diagnos (en akut stressreaktion).

Här tänker jag på alla som inte har en kontinuerlig läkarkontakt med samma läkare, utan hamnar hos en stafettläkare som inte alls känner patienten. Hur ska en sådan läkare kunna bedöma ens arbets(o)förmåga på ett pålitligt sätt, när det handlar om smärta, stressreaktion, nedstämdhet osv. som inte syns på röntgen eller kan bedömas med 100 procentiga "objektiva" fynd. Men kanske anses det vara bra ur försäkringssynpunkt att läkaren inte alls känner patienten och därmed inte riskerar att vara partisk till patientens förmån? Samma resonemang antyds ligga bakom FK:s nedprioritering av klientmöten, det anses bli "mer rättssäkert utan kundkontakt" (Jacobsson m fl, 2019, s 686), eller agera mera regelmässigt utan personlig relation till klienten (Fransson & Quist, 2018).

*27 mars–22 april.* Nu uppnår jag den första magiska gränsen, nämligen att från och med dag 15 bli långtidssjukskriven, och skulle söka sjukpenning från Försäkringskassan (FK). Läkaren skickar sitt intyg till FK, patienten skickar intyget till arbetsgivaren som i sin tur gör en sjukanmälan till FK. Den 4 april fick jag ett brev från FK med rubriken *Nu kan du ansöka om sjukpenning*. Detta görs *enklast och snabbast* i Mina sidor på webben. Där skulle jag lämna in uppgifter kring lön och årsarbetstid. I sig enkla och begripliga uppgifter, som jag fyllde i på nätet. *Tack! Vi har tagit emot din ansökan* får jag ett meddelande om, där det också står att det normalt tar 30 dagar att handlägga ett ärende. Ok, det får man väl acceptera, även om det kändes som en lång tid. Den 9 april får jag telefonsamtal från Handläggare Nr 1, som vänligen påpekar att jag har angett årsarbetstiden felaktigt. Jag förklarar att det här är första gången jag är sjukskriven och därför inte känner till alla detaljer. Jag hade utgått ifrån arbetsgivarens sätt att ange årsarbetstiden, vilket inte är det sätt som FK räknar. Ok, jag lovar kolla detta med *HR-avdelningen*, men där får jag samma svar som jag hade angett till FK, dvs. ett felaktigt sätt att ange årsarbetstiden. Hur ska jag lösa detta? Jag loggar in på FK:s hemsida där jag söker ytterligare information och kommer fram till att jag bör ange 260 dagar och



att jag arbetar 8 timmar måndag-fredag. Bäst att hålla sig till default värden, även om min arbetstid inte regleras på det här sättet. Då rättar jag till det hela och den 10 april får jag ett beslut från FK angående sjukpenningsgrundande inkomst. Då rullar det väl på tänker jag mig i min enfald.

Den 15 april 2019 får jag ett brev från FK (Handläggare Nr 2), att det saknas uppgifter i läkarintyget som måste kompletteras av min läkare senast den 22 april (Annandag Påsk!).

*Om läkaren inte gör det så kommer vi att bedöma din rätt till sjukpenning utifrån de uppgifter vi har nu. Det kan innebära att du inte får sjukpenning. En kopia av frågorna till läkaren följer med som bilaga till det här brevet för att du ska kunna se vilka uppgifter det gäller.*

Ord och inga visor. Frågorna som ställs till läkaren handlar om aktivitetsbegränsning, dvs. vad patienten (jag) inte klarar av på grund av sina besvär. Läkaren förväntas specificera de arbetsuppgifter, arbetsställningar och aktiviteter som jag inte klarar av. Dessutom vill Handläggare Nr 2 att läkaren ska ange lediga tider för ett avstämningsmöte. Brevet kom alltså under påskveckan och nu blir jag ytterligare stressad och orolig över hur min läkare skulle hinna svara på frågorna under den utsatta tiden. Hen behöver ju veta mer om mina exakta arbetsuppgifter och vad jag inte klarar av. Hur ska jag hinna få kontakt med hen? Jag lägger ett meddelande till hen via Mina vårdkontakter och som tur är så ringer hen på kvällen, vi har ett samtal, varefter hen gör en komplettering. När det gällde avstämningsmöte anser hen att det var för tidigt att föreslå det, det brukade äga rum längre fram i sjukskrivningsprocessen.

*23 april–2juni.* Den 23 april förlängs min sjukskrivning (50%) till 3 juni. Den 25 april ringer Handläggare Nr 2 och ställer en fråga om jag får behålla mer än 10% av min lön. Vad? Jag förklarar till hen att jag inte har haft sjukpenning tidigare, och kan inte svara på hans fråga. Hen visar ingen som helst empati, är mycket kort i tonen och redogör reglerna för mig närmast som en robot.

*Du vet väl reglerna, under de första 90 dagarna har du rätt till sjukpenning om du inte kan utföra ditt vanliga arbete, eller ett annat tillfälligt arbete, hos din arbetsgivare. Efter 90 dagar har du bara rätt till sjukpenning om du inte kan utföra något arbete alls hos din arbetsgivare. Efter 180 dagar har du rätt till sjukpenning om du inte kan utföra något arbete på den vanliga arbetsmarknaden.*

Det känns som hen vill skrämma mig och ifrågasätta om jag verkligen behöver vara sjukskriven. Hen får mig att känna mig som om jag vore kriminell. Samtal avslutas

utan att jag riktigt vet vad som förväntas av mig. Jag förstod inte vad hen hade frågat. Efter att ha ringt runt HR avdelningen hos arbetsgivaren kommer jag till slut fram till en person som kan säga vad jag skulle svara. Att jag skulle svara nej! Då försöker jag ringa tillbaka Handläggare Nr 2, men möts av en telefonsvarare som informerar mig om att hen är på semester, åter om en vecka. Det finns ingen hänvisning till någon annan handläggare eller möjlighet att lämna meddelande. Nu har tiden börjat ticka iväg och jag känner att ärendet skulle nog bli liggande under hans frånvaro. Vad ska jag göra? Jag ringer telefonväxel på FK och möts av meddelandet: Just nu är det många som ringer, din plats i kö är 76! Det gäller att ha tålamod och ork, jag biter ihop och efter ca 50 minuter är det min tur. Jag möts av en saklig äldre handläggare, som reder ut mitt ärende. Jag passar på att klaga på Handläggare Nr 2s tråkiga bemötande, vilket hen verkar inte riktigt registrera. För mig kändes det ändå skönt att ha framfört kritiken och få det delvis ur mitt system. Detta hände den 26 april och den 2 maj 2019 får jag den första (magra) betalningen. Så nu börjar det rulla på med ersättningen. Den 2 maj träffar jag en psykolog genom företagshälsovården. Jag får olika kroppsskanning/mindfulness övningar. Psykologen vill att jag inte ska "älta" mina problem utan trycka undan dem.

*3 juni –27 augusti.* Den 3 juni förlängs min sjukskrivning till 28 augusti, fortfarande 50%. I samband med återbesök föreslår läkaren även ett avstämningsmöte med arbetsgivare och FK. Någon gång innan semester ringer Handläggare Nr 3, för att bland annat informera mig om att jag skulle meddela FK ifall jag reser utanför landets gränser. Hen poängterar också att hen *inte* skulle hantera mitt ärende framöver utan jag skulle bli kontaktad av en ny handläggare efter sommaren inför det föreslagna avstämningsmötet.

Eftersom jag inte hör något från FK under augusti, och datumet för avstämningsmötet börjar närma sig, tar jag själv kontakt med FK. Nu får jag kontakt med Handläggare Nr 4, en vänlig person, som informerar mig att det inte ska bli ett avstämningsmöte det datumet, utan hen ska höra av sig lite längre fram. Under den här perioden passerar jag också den magiska 90 dagars gränsen (se figur 1).

*28 augusti–17 november.* Den 28 augusti förlängs sjukskrivningen till 20 oktober. Den 2 september träffar jag psykologen sista gången. Vi bokar visserligen ett möte till, vilket jag senare avbokar eftersom jag känner mig behärska mindfulness hyfsad bra vid det här laget.

I början av september blir jag kontaktad telefonledes av Handläggare Nr 4, som vill följa upp läget, lyssnar empatiskt och föreslår att vi skulle göra en så kallad SASSAM - kartläggning (Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredningar och samordnad rehabilitering). Hen undrar också om det var ok att hen har med sig en mer erfaren kollega, eftersom hen är ganska ny på jobbet. Hen skickar även frågorna i förväg som jag kan läsa och fundera över.

SASSAM är en strukturerad metod där man kartlägger individen (kroppsfunktioner, psykiska funktioner, stressreaktioner/psykosomatik, substansintag, historik), omgivningen (sociala förhållanden, arbetsförhållanden, utbildning-kompetens, fritidsintressen, professionellt (stödande) nätverk) samt motivation. Jag antar att syftet är att försöka komma underfund med om det är andra bakomliggande orsaker än arbetet (missbruk, våld i hemmet osv.) som orsakar arbetsoförmågan.

Kartläggningssamtalet äger rum den 19 september i det lokala FK kontoret. Vid den här tidpunkten passerar jag 6 månaders gränsen. Även om kartläggningen är omfattande, är samtalstonen konstruktiv och stödande. Efter samtalet kommer vi överens om jag ska ha telefonkontakt med Handläggare Nr 4, efter att jag hade fått beslut om eventuell operation av min höftled. Jag har ett telefonsamtal med handläggaren den 10 oktober för att informera om den planerade operationen. Den 21 oktober förlängs sjukskrivning till den 30 november, 50 %.

Den 8 november är jag kallad till företagshälsovården för ett bedömningsamtal med en rehabsamordnare. Samtalet följer samma modell som SASSAM, dvs. kartläggning av mina funktioner och vanor som individ, men inte så mycket om min arbetssituation.

*18 november–19 januari 2020.* Jag genomgår en höftledsoperation den 18 november och blir sjukskriven heltid till och med 19 januari 2020. Den sjukrivande läkaren förvarnar mig om att det kunde hända att FK inte skulle acceptera sjukskrivningen, det hade hen varit med om! Det gick dock bra att ändra omfattningen från 50% till 100%, efter att ha intygat på heder och samvete att de inlämnade uppgifterna var riktiga.

Som tur är går rehabilitering bra och jag kan börja arbeta deltid den 18 december och heltid från och med 20 januari. Jag ringer Handläggare Nr 4 i samband med att jag börjar arbeta 50% för att informera hen, jag möts av en telefonsvarare och meddelandet att personen du söker är tjänstledig tills vidare. Där slutar mina kontakter med FK för den här gången och förhoppningsvis för resten av mitt yrkesverksamma liv! Den 20 januari 2020 avslutar jag min sjukpenning och börjar arbeta heltid.

## Reflektioner

Som framgår av berättelsen ovan förväntas den som blir sjuk och behöver sjukskriva sig vara insatt i Försäkringskassans regler, oavsett hur dåligt hen mår med nedsatta funktioner både kognitivt och känslomässigt på grund av sjukdom. Det var också förvånande att varken HR eller facket var insatta i regler och riktlinjer kring sjukskrivningsprocessen och de olika aktörers roll (t.ex. Försäkringskassan, företagshälsovård, primärvård). Sedan fanns det överlappningar när det gäller kartläggande samtal, samma typ av kartläggningar genomfördes både av Försäkringskassan och Företagshälsovården.

Det var frustrerande att psykologen inte ville höra något om min arbetssituation utan fokuserade bara på att jag inte skulle ha negativa tankar. Men eftersom jag kände mig ensam och utsatt så ville jag ventileras och bli bekräftad att min reaktion var

”normal” i den rådande situationen. Företagshälsovården, en upphandlad funktion, verkar hellre vilja ha individfokus, dvs. hitta fel hos den enskilda individen än rikta kritik mot organisationen eller sättet hur arbetet är organiserad. Företagshälsovården vill väl ogärna bita den handen som föder den...

Samtliga läkare som jag var i kontakt med ansåg att det är bättre om en psykisk diagnos kunde kompletteras med en fysisk diagnos. Bättre gentemot Försäkringskassan alltså, för att inte sjuktyget ska bli ifrågasatt i lika stor utsträckning. På så sätt hade jag ”tur” eftersom jag hade dubbla diagnoser.

Nu var jag sjukskriven mestadels halvtid, det hade förmodligen varit ännu barskare bemötande av Försäkringskassan vid heltidssjukskrivning. Det kändes som grundinställningen var att alla som sökte sjukpenning var fuskare, oavsett om personen tidigare haft sjukpenning eller inte.

Berättelsen utgör en sorts inledning till resten av rapporten, där både diagnoser, organisering av sjukskrivning och återgång till arbete behandlas mer på djupet.

## Referenser

- Almén, N. (2017). *Stress och utmattningsproblem Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder* (2:a ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Chang, H., Ngunjiri, F., & Hernandez, K. A. C. (2016). *Collaborative autoethnography*. New York: Routledge.
- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2011). Autoethnography: an overview. *Historical social research* 36(4), 273-290.
- Foucault, M. (2002). *Sexualitetens historia. Band I: Viljan att veta*. Daidalos.
- Foucault, M. (2011). *Vetandets arkeologi* (2a ed.). Arkiv förlag.
- Fransson, M., & Quist, J. (2018). *Fri som en fågel. En studie av återprofessionalisering inom Försäkringskassan*. Rapport, Centrum för tjänsteforskning (CTF), Karlstads universitet.
- Försäkringskassan (2020). Uppföljning av personer som nekats sjukpenning. Rapport, FK 2020/000190. <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/e401db91-b49d-4745-98d1-1e48e7a3c12f/uppfoljning-av-personer-som-nekats-sjukpenning-svar-pa-regeringsuppdrag-fk-2020-000190.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Grubb, F. (2016). *Rehabkoordinator Plus: 5 års erfarenheter i sammanfattning*. Samordningsförbundet i Trelleborg.
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges. The science question in feminism as a site of discourse on the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-579.
- ISF - Inspektionen för socialförsäkringen (2018). *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning*. Rapport 2018:16.

- Jacobsson, K., Seing, I., & Hollertz, K. (2019). Följsamhet som styrningsideal hos Försäkringskassan-ett hot mot rättssäkerheten? *Socialmedicinsk tidskrift*, 96(5), 682–689.
- Johnson, B. (2010). *Kampen om sjukfrånvaron*. Lund: Arkiv förlag.
- Junestav, M. (2009). Sjukskrivning som politiskt problem-sociala normer, institutionell förändring och det politiska språket. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 15(4), 9–27.
- Kaluza, J. (2018). Sjukskrivnas arbetsbörda: Arbetande medborgare möter en kundorienterad byråkrati (Doctoral dissertation, Karlstads universitet).
- Karlsson, E. (2022). Legitimacy and comprehensibility of work-related assessments and official decisions within the sickness insurance system (Doctoral dissertation, Linköping University).
- Karlsson, E. A., Seing, I., Sandqvist, J., & Ståhl, C. (2020). Communication characteristics between clients and stakeholders within the Swedish sickness insurance system—a document analysis of granted and withdrawn sickness benefit claims. *Disability and Rehabilitation*, 42(23), 3316–3326.
- Ngunjiri, F. W., Hernandez, K. C., & Chang, H. (2010). Living autoethnography: Connecting life and research [Editorial]. *Journal of Research Practice*, 6(1), 1-17.
- Regeringen (2017). En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings-och rehabiliteringsprocess. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2018*.
- RiR 2010:9 En förändrad sjukskrivningsprocess. Riksrevisionen.
- RiR 2005:14 Förtidspension utan återvändo. Riksrevisionen.
- SOU 2023:48. Rätt förutsättningar för sjukskrivning. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2023/08/sou-202348/>
- Wall, S. (2006). An autoethnography on learning about autoethnography. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(2), 146-160.
- Vågan, A., & Grimm, H. (2008). Profesioner i maktteoretiskt perspektiv. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 411–426). Universitetsförlaget.



# Kapitel 2. ”Vissa kanske har det. Men många har också något annat” – Om multipla versioner av utmattningssyndrom och organiseringen av rehabilitering

*Stig Westerdahl & Helena Stavreski*

I det här kapitlet beskriver vi motsättningar i svensk sjukförsäkring utifrån en till synes harmlös kod. Benämningen ”F43.8A” återfinns i den svenska versionen av handboken ICD-10, Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, (Socialstyrelsen, 2023, s. 190), som klassificerar medicinska diagnoser. Koden står för *Utmattningssyndrom* och innebär att en patient med denna diagnos har rätt till sjukpenning förutsatt att Försäkringskassan godkänner läkarintyget. Problemet är att diagnosen är osäker och omtvistad med konsekvenser för både patienter och vårdpersonal. I kapitlet kopplas ifrågasättandet av diagnosen till den politiska debatten om sjukfrånvaro i Sverige under de senaste 30 åren, och hur kontroverser om diagnosen i sin tur påverkar svenskt arbetsliv. Vi använder filosofen och antropologen Annemarie Mols förståelse för ’verkligheten’ som multipel, och hur multipla versioner av diagnoser iscensätts i olika praktiker i hälso- och sjukvården (Mol, 2002). Annemarie Mol använder det engelska begreppet *enact*, som vi valt att översätta till *att iscensätta*. Detta vetenskapsteoretiska perspektiv förvandlar olika praktiker till en ontologisk fråga, eftersom de var och en resulterar i en specifik *version* av verkligheten.

Artikeln har sin grund i resultatet från en fältstudie där återgång till arbete för personer med utmattningssyndrom stått i fokus. Vi har genomfört intervjuer med läkare, patienter, och representanter för arbetsgivare och fackföreningar, företagshälsovård, Försäkringskassan och arbetsförmedlingen (se bilaga 1). Det är personer som på olika sätt möter diagnosen och dess, visar det sig, multipla väsen. Vi har också följt diagnosens

väg genom ett antal myndighetsdokument; uppföljningar, riktlinjer och beslutsstöd, kartläggningar och utvärderingar.

Vårt syfte är att studera hur diagnosen iscensätts i olika sammanhang i organiseringen kring personer med diagnosen utmattningssyndrom. Frågor som ställs i artikeln är vilken roll patienten har i organiseringen av sin egen rehabilitering och vid iscensättningen av diagnosen. Studien har genomförts mot bakgrund av hur diagnosen utmattningssyndrom blir politisk genom den osäkerhet som präglar praktiken kring psykisk ohälsa och hur osäkerheten i slutändan påverkar den patient eller medarbetare som drabbats.

Efter denna korta introduktion följer en historisk bakgrund och en fördjupning av det teoretiska ramverket, följt av ett avsnitt som presenterar resultaten från fältstudien och de intervjuer och dokumentstudier som genomförts. Artikeln avslutas med slutsatser och diskussion.

## Psykisk ohälsa blir en sjukdom

### Utmattningssyndromets historia

Friberg (2009) härleder historien om diagnosen utmattningssyndrom ("burn-out" i engelsk språkdräkt) till tidskriften «Journal of Social Issues» och en självbiografi författad av psykoanalytikern Freudenberg, också kallad «utbrändhetens fader» (Freudenberg, 1974). Efter Freudenbergers artikel vann diagnosen ytterligare respekt genom ett mätverktyg ("Burnout Inventory" i Maslach & Jackson, 1981) där fem indikatorer utvecklades. Diagnosverktyget iscensätter sjukdomen som något som kan mätas genom eller via kunskapen hos patienten, alltså en självskattning. Introduktionen i en vetenskaplig tidskrift följt av en metod för mätning, banade så väg för ett sista viktigt steg: införandet år 1992 i WHO-publikationen *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) (WHO, 1992). Detta internationella erkännande av sjukdomen utgjorde förutsättningen för översättning till den svenska versionen av ICD år 2003 efter en utredning (Socialstyrelsen, 2003) med representanter för relevanta medicinska specialiteter som förordade ett införande av en specifik diagnos för utmattningssyndrom som specifik stressrelaterad psykisk ohälsa. Genom att ingå i det officiella dokumentet blev diagnosen inte bara kopplad till ett system av medicinska kategorier. Utmattningssyndrom (*burn-out*) blev samtidigt en del av det svenska socialförsäkringssystemet och berättigade en patient till ekonomisk ersättning. Det är härigenom, förklarar Friberg (2009), som utmattningssyndrom blir en *politisk fråga*. Schaufeli (2017) presenterar en liknande historisk redogörelse i ett globalt perspektiv. Schaufeli hävdar att fenomenet "utbrändhet" blev populärt i Nordamerika tack vare en icke-medicinsk etikett vilket i sin tur kom att resultera i ett mer begränsat stigma för den som drabbats. Mottagandet i Europa kom istället att baseras på en



medicinsk diagnos som kopplades samman med en möjlighet att erhålla sjukpenning. Möjligheten till ersättning för sjukledighet fanns alltså inte i Nordamerika, medan det i Europa innebar en potentiell *risk* att stora grupper med utmattningssyndrom genom detta skulle få tillgång till välfärdssystemen genom sjukförsäkringen.

## Historien om psykisk ohälsa

I ett bredare perspektiv kan uppkomsten av utmattningssymptom studeras med hjälp av historien om psykisk ohälsa i stort. I Clemmensen och Køppe (2021) framställs psykiatri som en relativt ny vetenskaplig disciplin född på 1800-talet. I sin genealogi över dansk psykiatri 1838–2017 framhåller de att diskurser om psykisk ohälsa historiskt har rört sig kring frågan om normalitet. Författarna inspireras av Foucault och hans *Vansinnets historia* (Foucault, 1986) när de förklarar hur det blev nödvändigt att etablera föreställningen om den normala människan för att i ett nästa steg förstå galenskapen. Rose (2006) följer också Foucaults tänkande när denne hävdar att psykiatri föddes på de sanatorier där människor samlades som inte kunde uppfylla kraven från lönearbete, industristäder och familjeliv. Härigenom blev dessa institutioner födelseplatsen för moderna diagnostiska klassificeringssystem för psykiska sjukdomar.

I ännu en Foucault-koppling fördjupar Mol och Law (2004) vår förståelse av denna historia genom att bredda perspektivet och peka på den avgörande roll som sjukhusen spelar för modern medicin i stort. Dessa institutioner där olika vårdspecialiteter kunde samlas, blev en förutsättning för medicinsk utbildning och framarbetandet av behandlingspraktiker. Något som Mol och Law (2004) lyfter fram som ännu viktigare är att sjukhusen också möjliggjorde en uppdelning mellan kroppen som subjekt å ena sidan, och kroppen som objekt å den andra. Med denna uppdelning, som de betraktar som ett radikalt epistemologiskt skifte, kom sjukdom att uppfattas som ett tillstånd i kroppen vilket kräver ett vältränat öga för att identifieras. Kroppen blev ett objekt i vården. Därmed utforskades inte längre sanningen om en sjukdom genom att också lyssna på patientens redogörelse – som i fallet då kroppen fortfarande var ett subjekt. Genom nya medicinska praktiker kom inte bara distinktionen kroppen som objekt i stället för kroppen som subjekt att känneteckna den framväxande moderna medicinen. Uppdelningen innebar också att patientens egen upplevelse och kunskap degraderades till en privat angelägenhet och att frågor om kroppen som något vi antingen har eller något vi är aktualiserades.

Uppdelningen innebär nämligen att kroppen vi har undersöks vid ett observationsbord eller med hjälp av ett laboratorieprov, medan Mol och Law (2004) istället hävdar att den kropp vi är, eller gör, i stället är en komplex sammanfogning där livets uppgift är att hålla ihop den. Utifrån sin studie på patienter med diabetes, förespråkar Mol och Law (2004) användandet av bra fallhistorier för att fördjupa förståelsen för patienten. Diabetes kräver exempelvis kontinuerlig provtagning, men patienten som känner sin kropp kan avgöra vad som krävs utifrån både mätningen och hur kroppen upplevs i varje situation. Detta pekar, enligt författarna, på vikten av att

se till hela patientens liv där en sjukdom bara är en del att hantera när ett liv ska hållas samman. Härigenom vänds fokus från isolerade variabler som blodsockernivåer, till rika berättelser om levda kroppar där medicin endast utgör en komponent när man som patient formar ett dagligt liv (Mol & Law, 2004, s. 58).

## Diagnosens många roller idag

Den moderna medicinens framväxt är således nära kopplad till diagnostiken och dess praktiker, något som blir särskilt kontroversiellt när det gäller samtida psykiatrisk medicin. Utifrån ett tvärvetenskapligt synsätt belyser Rose (2013) de förändringar som vår syn på diagnoser har genomgått över tid. Det ursprungliga syftet med diagnoser var att identifiera, namnge och behandla en sjukdom, alternativt att lindra effekterna av ett sjukdomstillstånd. Diagnosens funktion var således primärt att underlätta kommunikationen mellan yrkesverksamma inom vården men också att underlätta forskning och utbildning. Detta exemplifieras av den roll som DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)<sup>3</sup> har fått sedan dess tillkomst på 1980-talet. Handboken, och de otaliga tvister kring psykiska störningar som härrör från den, är utgångspunkten för Rose (2013) när han beskriver diagnosernas numera många fler funktioner. Förutom det ursprungliga syftet att namnge ett tillstånd, ger dagens diagnoser även patienten rätt till behandling vilket i sin tur utgör en pelare i trygghetssystemet. En diagnos kan täcka kostnaden för behandlingen i många länder och göra det möjligt att vara frånvarande från arbetet i andra. Flera andra funktioner presenteras av Rose (2013) när han sammanfattar översikten genom att förklara hur diagnoserna är djupt inbäddade i vår förståelse av medicinsk vård. Även om diagnoser kan vara diffusa, konfliktladdade och baserade på diskutabla definitioner, är de ändå grundläggande i samhällets organisering. Trots att diagnoserna, enligt Rose (2013), i bästa fall bara erbjuder en provisorisk riktlinje för sjukvården, formar de praktiker inom discipliner som psykologi, ekonomi och statsvetenskap. De versioner av '*verkligheter*' som skapas utifrån denna kunskapsbas bekräftas med hjälp av en rad samhällsvetenskapliga metoder: statistik, demografiska beräkningar, hälsoekonomi och policystudier.

Mot bakgrund av den roll diagnosen har fått i det moderna samhället, föreslår Rose (2013) att vi istället borde sätta den sjuka individen i fokus och lyssna på de problem och funktionsnedsättningar som patienten lider av. Detta skulle innebära ett diagnostiskt system som inte enbart fokuserar på sjukdomsenheter eller neurobiologiska markörer, utan som också identifierar vilket stöd som skulle behövas för att lindra eller mildra problemen. Oavsett om dessa har sitt ursprung i familjära, sociala, kulturella eller ekonomiska förhållanden.

---

3 DSM (ges ut av American Psychiatric Association) används i Sverige som komplement till ICD-10 men har ingen status som klassificeringsinstrument för att namnge tillstånd.

## Det multipla som utgångspunkt

Vår fältstudie om sjukfrånvaro och utmattningsdiagnosens ontologi aktualiserar osäkerhet och motsättningar i hälso- och sjukvården som påverkar patienterna och som i slutändan blir politiska. Texten bygger på Mol (1999, 2002) och hennes tanke att en komplex hälso- och sjukvård med olika specialiteter och omfattande koordinationsutmaningar kan förstås med hjälp av begreppet *Body Multiple* eller på svenska *den multipla kroppen*. Enligt denna vetenskapsteoretiska syn *iscensätter* medicinska specialister olika verkligheter när de undersöker och observerar kroppen/patienten. Med hjälp av röntgen iscensätts en form av verklighet, blodproverna på labbet åskådliggör en annan, och ytterligare en framkommer i interaktioner med patienten. Detta vetenskapsteoretiska perspektiv förvandlar olika medicinska specialiteter och deras undersökningsmetoder till en ontologisk fråga, eftersom var och en av dessa praktiker i sjukvården resulterar i en specifik verklighet. Det speciella är att varje verklighetsuppfattning samtidigt samexisterar med andra.

Utmattningsdiagnosen är ett tydligt exempel på hur psykiska sjukdomar är komplexa och ställer sjukvårdsorganisationer inför en grundläggande osäkerhet. Problemet är att diffusa symtom måste synliggöras, objektifieras och diagnostiseras, vilket öppnar upp för förhandlingar (Nyberg, 2012). Det finns heller inte några etablerade 'legitima' metoder för att diagnostisera symtom som kan fastställa grunden för en sjukskrivning. Ett närbesläktat fenomen är '*Medicinskt oförklarade symtom*' som utvecklats av Greco (2012) för att beskriva spänning mellan professionell kunskap och lekmannaerfarenhet – två positioner som ofta står i konflikt.

Vårt tillvägagångssätt följer också en uppmaning från Alcadipani och Hassard (2010) om ett kritiskt perspektiv på organisering för att göra studier mer explicit politiska. De föreslår *en politisk ontologi för organisering*, med hänvisning till Mol (1999) och hennes term *ontological politics*. Mer precist försöker vi i den här artikeln flytta dessa teoretiska perspektiv också till arbetsplatsen, där de medicinska praktikernas verkligheter möter samverkansfrågor och organiseringen kring patientens rehabilitering.

Med avstamp i frågor om medicinsk terminologi vidgar vi alltså perspektivet till arbetsplatsen. Samverkan kring sjukskrivning får som konsekvens att den osäkra medicinska kunskapsgrunden möter kunskapssyner och praktiker från andra discipliner. Sammantaget formar det förutsättningar och får konsekvenser för den patient och arbetstagare som fått den kontroversiella diagnosen Utmattningssyndrom, alltså koden F43.8A som vi inledde kapitlet med.

### Iscensatta verkligheter

I sin uppmärksammade bok *The Body Multiple* utforskar Annemarie Mol (2002) i detalj hur sjukdom (ateroskleros) iscensätts med hjälp av olika medicinska metoder och i interaktion med patienten. Varje vårdprofession har en egen ontologi som, genom de egna praktikerna, bidrar till att forma en version av sjukdomen. I Mols etnografi gör en

allmänläkare en bedömning utifrån sin kommunikation med patienterna, laboratoriet analyserar blodprover medan röntgen har sitt eget sätt att iscensätta sjukdomen genom att screena röntgenbilder. Kärnan i Mols resonemang är att samtidigt som dessa olika praktiker skapar olika uppsättningar eller versioner av verkligheten, innebär det inte att verkligheten i sig faller sönder. Professionella som diagnostiserar sjukdomen representerar visserligen olika former av kunskap och använder skilda tillvägagångssätt, men de är sammankopplade och beroende av varandra och skiljs aldrig helt åt. Ett sjukhus med sina många specialiteter skulle annars inte fungera. Det finns en tydlig distinktion här, eftersom det inte handlar om att inta olika perspektiv på en och samma verklighet. I stället gäller att olika samtidiga verkligheter formas eller iscensätts och att världen och verkligheten därför måste förstås som multipel; den finns i olika versioner.

Det grundläggande antagandet är alltså att 'verkligheten' skapas och kan skapas på många olika sätt, närmare bestämt med olika tillvägagångssätt eller praktiker. Mol (2002, s. 41) föredrar *enacted* eller *iscensättande* som en term för detta görande, eftersom varje medicinsk specialitet iscensätter kroppen på nytt, och att det härigenom uppstår olika versioner av den. En metodologisk konsekvens av denna syn är att det faktiska "görandet", det performativa eller "konstruerande" arbetet, kan förstås som en pågående praktik. Vidare utmanar synsättet uppfattningen att verkligheten är singular eftersom det förutsätter en relation mellan hur världen beskrivs, å ena sidan, och de möjligheter för annan praktik som å andra sidan finns. Följden är att även det icke-existerande kan tas upp, med konsekvensen att det som inte iscensätts och praktiker som inte tillämpas också tillmäts betydelse. Om vi accepterar att verkligheten uppfattas som iscensatt på flera olika sätt, uppstår dessutom spänningar och friktioner mellan dessa multipla verkligheter. Det är sådana motsättningar som bildar utgångspunkt i Mol (1999) där hon undersöker hur termen *ontologisk politik* inte primärt sysslar med hur man agerar på verkligheten utan diskuterar utifrån *vilken version av verkligheten* en ska agera.

## Organisering och verklighetsanspråken

Alcadipani och Hassard (2010) knyter an till Mol (2002) och hennes tankegångar att multipla verkligheter iscensätts i och genom olika praktiker och hur detta i sin tur får flera konsekvenser. För det första innebär det att visa hur relationer är grundläggande för att upprätthålla organisering. För det andra betonar Alcadipani och Hassard hur dessa relationer i sin tur måste förstås utifrån begreppet kunskapsgrund, eftersom olika berättelser med sin kunskapsgrund "formar" verkligheter och inte bara "beskriver" dem. Detta pekar på den tredje implikationen, att berättelserna är *ontologiskt politiska* eftersom varje verklighetsanspråk också gör 'verkligheten' mer 'verklig' eller mindre 'verklig'. I slutet av detta resonemang döljer sig föreställningen att saker och ting kunde vara annorlunda, organisering ske på annat sätt med en annan uppsättning relationer

och att en annan form av verklighet hade kunnat formas. Detta för oss tillbaka till praktiker, de aktiviteter eller handlingar varigenom verkligheter iscensätts.

## Uppsummering

Utmattningsyndromets historia är genom diagnosers förändrade roll kopplad till politik, mest uppenbart eftersom ett läkarintyg kan ge tillgång till sjukpenning och annan välfärd roll (Rose 2013, Schaufeli, 2017). Detta förklarar också hur diagnosen blivit kontroversiell i Sverige. Vår teoretiska översikt klargör hur psykisk ohälsa och dess diagnoser, där utmattningsyndromet alltså är en, historiskt sett alltid har varit ifrågasatta. Historien påminner också om den avgörande förändring i förståelsen och kategoriseringen av psykisk ohälsa som kom till genom det sena 1800-talets sinnessjukhus. Där samlades patienter som led av olika psykiska sjukdomar, vilket möjliggjorde diskriminering av de delar av befolkningen som inte kunde möta det moderna livets, urbanitetens och industrialiseringens krav.

Mol och Law (2004) följer denna historiska tråd genom att lägga till distinktionen ”kropp som subjekt” kontra ”kropp som objekt” och hur denna uppdelning utvecklades under samma historiska period, men med ursprung i sjukhus för somatiska sjukdomar som utvecklade olika medicinska praktiker. Denna förändring innebar att patientens kropp blev föremål för observation (kroppen som ett objekt) och diagnostisering, i stället för att läkare lyssnade på patientens berättelse och valde behandling utifrån denna grund (kropp som subjekt). En viktig konsekvens är att patientens självkänedom gick förlorad samtidigt som medicinska specialiteter och dess praktiker kom att bli mer inflytelserika. Denna historiska redogörelse bildar fond i Mol och Law (2004) och deras studie av diabetes-patienter där ’patientvetandet’ framställs som avgörande för behandlingen. Perspektivet återkommer i Roses (2006) redogörelse för diagnoser och särskilt psykiska störningar där just patientperspektivet blir det centrala när diagnoserna kommit att bli så kontroversiella och osäkra.

Mol (2002) hävdar att verkligheten är iscensatt och mångfaldig, med empirisk grund i medicinsk praxis lokaliserad till sjukhus. Som en konsekvens av detta föreslår Mol (1999) att *ontologisk politik* inte ska begränsas till frågan om hur man ska agera utifrån verkligheten utan istället diskutera vilken verklighet man ska agera utifrån. Idén om *ontologisk politik* handlar nämligen både om vilken verklighet man ska agera utifrån och hur andra verkligheter skulle kunna iscensättas. Detta bildar avslutningsvis utgångspunkt när Alcadipani och Hassard (2010) pekar på hur beskrivningar av organisationslivet dels måste visa relationernas avgörande roll men samtidigt betonar kunskapsgrundens betydelse. Berättelser om organisering blir *ontologiskt politiska* då de visar hur olika verklighetsanspråk kan göra vissa sociala verkligheter mer ’verkliga’, medan andra görs osynliga eller förblir frånvarande. Detta för oss över till vårt empiriska

material, där presentationen inleds med studier av hur diagnosen utmattningssyndrom iscensätts i olika former av myndighetsdokument.

## Presentation av vårt material

Utmattningssyndrom är således en diagnos som inte erkänns medicinskt i alla länder (Schaufeli, 2017) och är kontroversiell också i Sverige. Striden kring utmattningssyndrom och dess ”existens”, i vår mening en ontologisk fråga, påverkar både den medicinska behandlingen, organiseringen ute på arbetsplatserna och i förlängningen naturligtvis den enskilda patienten. I det följande presenterar vi hur diagnosen utmattningssyndrom iscensätts i vårt material, inledningsvis med hjälp av olika myndighetsdokument. Därefter presenteras resultatet av våra intervjuer med vårdpersonal, patienter, chefer, HR-personal, samt representanter för företagshälsa och myndigheter som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

## Utmattningssyndrom som diagnos och konfliktvärd

Svenska myndigheters ståndpunkter kring utmattningssyndrom framkommer i två sammanlänkade dokument. Det ena, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd förvaltas av Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, n.d.) och det andra är det tidigare omnämnda ICD-10; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (WHO, 1992), vilket administreras av WHO sedan 1948 men som även har en svensk upplaga.

ICD-10 är ett internationellt erkänt system som bland annat syftar till att underlätta statistisk sammanställning och analys. Förutom de internationella kategorierna i systemet kan länder även lägga till nationella mer specifika koder i form av en bokstav. I det svenska systemet för ICD 10 (Socialstyrelsen, 2023) är utmattningssyndrom alltså märkt med F43.8A, vilket innebär att det är en erkänd diagnos för en stressrelaterad psykisk diagnos där ”A” signalerar en specifik svensk underkategori. I det internationella systemet (utan ”A”) benämns diagnosen ”Övriga reaktioner på svår stress” vilket innebär att utmattningssyndrom inte är en enskild diagnos<sup>4</sup>.

Det webbaserade försäkringsmedicinska beslutsstödet som Socialstyrelsen ansvarar för är nära kopplat till denna ICD-kategorisering. Här beskrivs sjukdomen för läkare och annan sjukvårdspersonal, de nedsatta funktioner som följer av den redovisas, liksom vilka symptom som motiverar sjukskrivning. Det centrala är att sjukskrivning i huvudsak beviljas utifrån de observationer som läkare kan göra i undersökningsrummet och det försäkringsmedicinska beslutsstödet rekommenderar två alternativa sjukskrivningsformer, en kortvarig och en mer långvarig. I ett mer akut skede kan patienter ges sjukskrivning på heltid eller deltid upp till 6 månader. I det andra alternativet, som förutsätter att kognitiva problem kvarstår, kan patienten

4 <https://icd.who.int/browse10/2010/en#!F43.0> (hämtad 6 nov. -23)

vara sjukskriven upp till ett år eller mer. För båda dessa alternativ är den partiella sjukskrivningen kopplad till återgång i arbete. Dock med rekommendationen att om utmattningssyndromet bedöms som arbetsrelaterat, bör byte av arbete finnas med som ett alternativ.

Dessa två officiella system, ICD 10 i sin svenska tappning och Socialstyrelsens Försäkringsmedicinska beslutsstöd, riktar sig till vårdpersonal för att bistå i bedömningen av sjukskrivning för diagnosen utmattningssyndrom. Försäkringskassan, som i slutändan avgör om patienten har rätt till denna sociala förmån, har sina egna kanaler för att kommunicera till allmänheten och den egna personalen. På webbsidan för ”Psykiska störningar” vilken fanns tillgänglig via Försäkringskassans hemsida<sup>5</sup> – men som nu är borttagen – förklarar myndigheten att psykiska störningar är den vanligaste orsaken till sjukskrivning och att det tar mycket längre tid för dessa patienter att återgå i arbete jämfört med dem med andra diagnoser. En psykiater har en tre minuters föreläsning på samma webbsida, presenterad som ”Psykisk ohälsa är inte detsamma som en sjukdom”. I videon förmedlas att vi alla måste lära oss att det är normalt att må dåligt ibland, och i videon görs sociala attityder och media till ansvariga för att framställa patienter som offer för systemet. Psykiatern förklarar vidare att det finns en allmän uppfattning om en önskad konsensus mellan patient och läkare, och hur detta bidrar till att göra läkare rädda för konflikter, samtidigt som problem med psykisk ohälsa är oundvikliga för människor. I ett utdrag från videon fastställer läkaren:

*Mitt budskap är att psykisk ohälsa inte är detsamma som en sjukdom. Vi ska avstå från konventionella medicinska behandlingar och i stället bidra med kunskaper och färdigheter som bidrar till psykisk hälsa...Lättare psykisk ohälsa är inte ett medicinskt tillstånd, det handlar om hur du mår.*

Denna ståndpunkt om utmattningssyndrom, som inte erkänner sjukdomen som en medicinsk diagnos, utvecklas i ett seminarium med psykiatern. Ett seminarium som även det är tillgängligt på samma webbplats administrerad av Försäkringskassan. I en bok av samma specialist (Kadowaki, s. 151) är påståendet tydligt:

*...rekommendationer [i Försäkringsmedicinskt beslutsstöd] är en kompromiss av antaganden, åsikter och uttalanden från ”experter”. Det finns för närvarande inga ”bevis” för denna diagnos eller hur den ska behandlas.*

Vidare står det i samma bok författad av den psykiatriker som framträder på Försäkringskassans hemsida (Kadowaki, 2010):

*Vi har och har haft diagnoser som utbrändhet, ”yuppiesjuka”, amalgamförgiftning, kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgi och sedan 2004 i Sverige ”utmattningssyndrom”.*

---

5 [https://www.forsakringskassan.se/lagetsverige/tema-psykisk-ohalsa!/ut/p/z/0/04\\_Sj9CPykyssy0xPLMnMz0vMAfjjo-8ziLQI8TDy8DIx8DbwdXQ0czcPM3AzM\\_B39DQz0g1Pz9AuyHRUB0GyyEQ!!/](https://www.forsakringskassan.se/lagetsverige/tema-psykisk-ohalsa!/ut/p/z/0/04_Sj9CPykyssy0xPLMnMz0vMAfjjo-8ziLQI8TDy8DIx8DbwdXQ0czcPM3AzM_B39DQz0g1Pz9AuyHRUB0GyyEQ!!/) (2020-01-17)

Den officiella linjen är härmed kluven när det gäller Utmattningssyndrom, eller i statistiska termer F43.8A i den svenska versionen av ICD 10. Å ena sidan klargörs i Försäkringsmedicinskt beslutssystem, som administreras av Socialstyrelsen, hur läkare kan sjukskriva patienter utifrån klassifikationssystemet ICD 10 där det är en erkänd diagnos. Å andra sidan intar den myndighet som ytterst beslutar om sjukskrivning, Försäkringskassan, en mer kritisk attityd och låter en psykiater ifrågasätta diagnosen som sådan i ett officiellt dokument.

## Flera versioner av utmattningssyndrom

Vi identifierar således två övergripande hållningar till diagnosen utmattningssyndrom i Hälso- och sjukvårdens samt sjukförsäkringssystemets officiella dokument och rekommendationer. Diagnosens multipla väsen framträder även i samtalen med patienter och aktörer utanför hälso- och sjukvården: chefer, HR-personal, företagshälsovård och representanter för Försäkringskassan. Den oklara positionen hos utmattningssyndromet sipprar igenom officiella uttalanden och offentlig debatt vidare till personalen som administrerar rekommendationer och förhåller sig till rättsliga ramar, för att slutligen påverka de patienter och medarbetare som bär symptomen. Sammantaget öppnas för en mängd praktiker som iscensätter diagnosen i de olika organisationer som involveras, och i det följande kommer iscensättningen av diagnosen i skilda sammanhang att undersökas. Ett sammanhang är där vården bedrivs och där framgår patientens underordnade roll och hur kroppen blir ett objekt för medicinskt vetande. Ett annat sammanhang, patientens arbetsplats, visar hur diagnosen iscensätts genom att olika aktörer manövrerar mellan multipla tolkningar av utmattningsdiagnosen. Dessa olika sammanhang ska förstås i relation till ett sjukförsäkrings- och rehabsystem som förutsätter samordning mellan olika organisationer. Inledningsvis presenterar vi röster från medarbetare inom hälso- och sjukvården, följt av patienters erfarenheter, för att slutligen lyfta fram resultat från intervjuerna med olika företrädare för arbetsgivare; chefer, HR-avdelningar, företagshälsovård samt personal på Försäkringskassan.

## På vårdcentralen – läkare och Reko

En allmänläkare på en vårdcentral utvecklar varför hen stöder det kritiska förhållningssätt till diagnosen som Försäkringskassan förespråkar. Diagnosen utmattningssyndrom, menar hen, används när patienten upplever ett stresspåslag, i medicinska termer förklarar med *sympatikus*, alltså den del av det autonoma nervsystemet som ger ökad hjärtfrekvens och att blodtrycket blir högre. Intervjupersonen förklarar varför en distinktion mellan sjukdom och ohälsa är avgörande i detta sammanhang och vi får intrycket att hållningen till diagnosen utmattningssyndromet är gemensamt överenskommen på den aktuella vårdcentralen:

*Vi försöker undvika att använda uttrycket "utmattningssyndrom". Och vissa kanske har det. Men många har också något annat...Många använder den här*



*diagnosen om man säger att man är trött och inte klarar av någonting, då har man utmattningssyndrom medan jag försöker säga att man har en stressreaktion. (Läkare 1, vårdcentral)*

Patienten är inte sjuk utan lider av *ohälsa* och en överanvändning av diagnosen riskerar att medikalisera patienten. Ohälsan åtgärdas heller inte genom att patienten avstår från att arbeta.

*Väldigt få människor har utmattningssyndrom, tror jag ärligt talat. Många patienter har dock stressreaktioner och sympatikuspåslag. Och det är den gruppen vi kan hjälpa... ” – Jag förstår att du är väldigt trött, vem skulle inte vara det? Men jag tror att du är kapabel att förstå vad du behöver förändra och komma till rätta med detta.” Förändringen är inte att vara frånvarande från sin arbetsplats, kanske den enda platsen som fungerar normalt med en struktur och stabilitet. Men visst, det tar tid från andra delar av livet. Därför ska vi inte medikalisera dessa patienter. (Läkare 1, vårdcentral)*

Läkaren understryker också att diagnostiseringen bör grundas i läkarens omdöme och kompetens, och att patientens beskrivning av det egna måendet inte har relevans för att fastställa en diagnos. Här framträder patienten som objekt för medicinskt kunnande, och patientens egen beskrivning av symptom beskrivs inte som av vikt för diagnosticeringen.

*Om en patient säger att han/hon mår dåligt och allt det där, deprimerad och utmattad och om du inte tror det när du bedömer patienten, behöver du då lyssna på patienten? Nej, vänta ett ögonblick, du gör en medicinsk bedömning. Jag måste lita på min egen kompetens och inte bara följa patientens berättelse. (Läkare 1, vårdcentral)*

En ny funktion, rehabiliteringskoordinator (Reko), har vuxit fram under 2010-talet. Sedan 2017 har funktionen strategiskt implementerats inom hälso- och sjukvården i Sverige med uppgift att samordna insatser kring patienters återgång till arbete som kräver insatser inte endast av vårdpersonal utan även från arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. En Reko på samma vårdcentral som läkaren ovan bekräftar:

*Vi har väldigt få sjukskrivna patienter på vår vårdcentral, endast åtta av 9500 listade. På andra ställen hittar man många olika förhållningssätt till sjukskrivning. Det här är en plats där vi alla är överens, vi delar samma värderingar. Vi följer samma handlingslinje. (Reko 1, vårdcentral)*

När det gäller utmattningssyndrom klagar denna Reko användbarheten i några diagnostiska verktyg som annars används för att bedöma problem med alkohol eller våld i hemmet, vilket antyder att utmattningsproblemen inte alltid uppfattas som arbetsrelaterade utan att de härrör från situationen hemma. Ett exempel på dessa verktyg

är ”Genushanden”, som är tänkt att bidra till att kvinnor och män får en likvärdig sjukskrivningsprocess.

*Och med våra metoder identifierar vi lätt vad som inte är en sjukdom. Vi använder ”Peth”-tester för att upptäcka alkoholmissbruk. Och med ”Genushanden” kan vi identifiera problem utanför arbetet och i familjen. Allt handlar om att ta reda på vad som är ohälsa och inte sjukdom. För det finns många ’sjukdomar’ som inte är sjukdomar. Det är komplext, eftersom det inte är en sjukdom, trots att du kan ha symtom som om det vore så, men du har fortfarande ingen diagnos eller sjukdom. (Reko 1, vårdcentral)*

Oviljan att skriva underlag för sjukskrivning på grund av utmattningssyndrom delas dock inte av alla respondenter i vår intervjustudie. En läkare på en annan vårdcentral förklarar betydelsen av den erfarna medicinska blicken och beskriver hur denne föreslår en kortare sjukskrivning som ett sätt att undersöka och möjligen fastställa diagnosen:

*Tillståndet är i sig väldigt lätt att diagnostisera om du har varit inom vården i 46 år som jag, så att säga. Men svårighetsgraden hos problemet kan vara svårt att avgöra... Patienterna hänvisas alltid till ett nytt besök på primärvårdscentralen och jag tar bort dem från arbetet 2–3 veckor för att ta reda på vad som händer. (Läkare 2, vårdcentral)*

Här blir patientens berättelse en aspekt att beakta. För denna läkare är problemet inte diagnosen i sig, eller att ta ställning till vilka typer av åtgärder som behövs för rehabilitering. Problemet enligt intervjupersonen är istället Försäkringskassans inflytande över beslutet om sjukskrivning:

*Jag beslutar inte om sjukskrivningen, det är Försäkringskassan som bestämmer. Jag kan skriva underlag för sjukskrivning för i genomsnitt en patient om dagen. Och det tar en viss tid att göra det: jag pratar med patienten, undersöker och så vidare. Men det som tar mycket längre tid är det som Försäkringskassan utsätter mig för. Det Försäkringskassan vill spara pengar på, det är långvariga ryggsmärter och det är de psykiatriska diagnoserna de ifrågasätter, och sedan vill de ha objektiv information. De älskar röntgen och blodprover. Och för psykiatriska störningar finns det inte något sådant. (Läkare 2, vårdcentral)*

En annan Reko resonerar kring problemen med utmattningssyndrom och hur hon använder de specifika verktygen ”Genushanden” och ”PEth-test. Patientens röst är här utesluten och beskrivs inte heller av denna intervjuperson som en källa till information inför en eventuell diagnos.

*– Ja, det [utmattningssyndrom] är en diagnos man ska vara väldigt restriktiv med, har jag blivit informerad om. Därför finns det inte så många, utan bara ett fåtal. Vid ett möte med Reko-samordnare jag deltog i rekommenderade de oss att*

*vara mycket restriktiva med denna diagnos, att inte använda den när den inte existerar... (Reko 2, vårdcentral)*

*– Vad är anledningen till detta? (Intervjuare)*

*Det får inte bli en sista utvägsdiagnos, som en slasktratt, utan bara när man faktiskt har det...det finns en risk för att man får problem med att komma tillbaka till jobbet... det kan vara väldigt stigmatiserande... det kan vara väldigt negativt för individen. Det är vad jag tror är anledningen. (Reko 2, vårdcentral)*

En tredje Reko i studien beskriver hur hon observerar en patient med tecken på utmattningssyndrom och med hjälp av ett självskattningsformulär – Norfunk – noteras patientens funktionsförmåga.

*...varefter jag skickar hem patienten med Norfunk, som mäter hur en patient upplever problemen i vardagen utanför arbete och fritid, med personlig omvårdnad och allt [presenterar en blankett för forskaren] patienten är hemma för... och ur ett genusperspektiv är jag uppmärksam på hot, våld och alkohol. (Reko 3, vårdcentral)*

*– Kan du säga något mer om det? (Intervjuare)*

*– Vi har den berömda Genushanden, den du känner till. (Reko 3, vårdcentral)*

Några olika diagnosmetoder beskrivs av dem som intervjuats, men ingen framstår som självklar eller allmänt accepterad. Osäkerheten kring detta, liksom de motstridiga uppfattningarna bland läkare som också framkommer, stärker osäkerheten kring tolkningen av utmattningssyndromet.

## Patientens röst

Iscensättningen av utmattningssyndromet i form av olika versioner, ibland motsatta, informationen om den restriktiva användningen av diagnosen samt åsiktsskillnader bland vårdpersonal återspeglas också i intervjuerna med patienterna i studien.

*En [läkare] pratade om utmattningssyndrom, ja det var tanken. Efter nya undersökningar sa de istället Bipolär II. Bipolär II och utmattningssyndrom. (Patient 1)*

Efter den nya diagnosen och den åtföljande behandlingen, bestående av råd om livsstil och sätt att återhämta sig kompletterat med medicin, kommenterar patienten:

*Jag fick ny medicin. Och några förslag och terapi. Mycket mumbo jumbo, mycket lite hjälp. (Patient 1)*

Patient 2 framhåller hur hans egen upplevelse av utmattningssyndromet strider mot den diagnos han har fått av läkare. Nästan alla läkare han träffat är överens om att det är en kombination av bipolär sjukdom och utmattningssyndrom, och en del av problemet är att patienten varje gång har fått diagnosen av en ny läkare:

*Jag har lång erfarenhet av bipolär sjukdom Det har hela tiden varit väldigt konstigt, för jag är helt säker på att "nej det här är inte samma sjukdom". Jag känner att det inte är samma sak, eftersom jag har haft många bipolära skov och vet hur det känns. Ingen har faktiskt lyssnat när jag har sagt att det är något annat som händer i min kropp. Hela tiden på alla läkarintyg var det samma "bipolära syndrom. Utmattning". Men jag är helt övertygad om att detta inte är ett bipolärt återfall, eftersom jag har varit trött från tånaglarna upp till det icke-existerande hårfästet. (Patient 2)*

Patient 3 stötte först på en ovilja att få en sjukskrivning för sina symptom. Diagnosen upplevs signalera ett stigma:

*Jag hörde initialt från läkaren att om alla människor med sociala problem skulle bli sjukskrivna så måste vi sjukskriva hela befolkningen i Malmö. Sedan diagnostiserade de mig med "akut stressreaktion", som ett slags föregångare till utmattningssyndrom. ...sedan blev jag sjukskriven i 1,5 månad, men läkaren ville inte ställa diagnosen utmattningssyndrom, för att inte stigmatisera mig och få mig att må sämre än jag var. Men jag hade känt det som en lättnad att få den diagnosen. (Patient 3)*

Våra intervjupersoner förmedlar en bild av tveksamheterna kring diagnosen och hur läkare är osäkra på om, och i så fall vilken sjukdom patienten lider av. För en patient med tidigare erfarenhet av Bipolär II diagnos kopplas utmattningssyndromet till denna diagnos, även om patienten är övertygad om att detta är fel. Ingen av de läkare han mött har enligt honom beaktat hans egna erfarenheter av tidigare sjukdom och upplevelse av invändningar eller kunskap om sin kropp och symptom.

## På arbetsplatsen – arbetsgivarens röster

Personer som drabbats av utmattningssymptom interagerar också med chefer, HR-specialister, företagshälsovårdspersonal, med tjänstepersoner från Försäkringskassan och andra som arbetar utanför hälso- och sjukvården. I sina olika roller har också dessa aktörer en relation till diagnosen och tolkar observationer utifrån sin kunskapsposition vilket i sin tur bidrar till iscensättning av olika versioner av utmattningssymptomen. Marginaliseringen av patienten som kunskapsbärare framträder tydligt i intervjuerna från hälso-och sjukvården. Intrycket är dock mindre framträdande i intervjuer med

personer i arbetsorganisationer och företagshälsovård. Hos dem finner vi en mer mångfacetterad bild av den praktik som iscensätts kring utmattningssyndromet.

En HR-konsult beskriver hur bilden av utmattningssymptom och syndrom förändrats över tid:

*Ja, jag tror också att det har peakat lite grand. Helt plötsligt var det helt okey och att alla var sjukskrivna på grund av detta. Men nu, kanske, är det min känsla att nu bör man ändå få lite koll på det här. Att man inte blir sjukskriven så lättvindigt. (HR-konsult, universitet)*

Den upplevda osäkerheten inom vården vid diagnosticering av utmattningssymptom väcker frågor hos en annan intervjuperson som arbetar som HR-specialist:

*Många gånger upplever jag att man från läkarnas sida inte riktigt vet vad som är nästa steg. Att rehab-koordinatorerna inte heller är helt på det klara med vad som är nästa steg, att man upplever att man kör fast även i det medicinska perspektivet. Man testar sig fram, provar olika behandlingar, ja vilken typ av terapi eller psykologkontakt man ska ha. Man testar olika medicineringar, man lägger till, tar bort och byter läkemedel. (HR-konsult, kommun)*

## Multipla tolkningar

Den osäkra diagnosen, utmattningssyndrom, bidrar också till skilda tolkningar och praktiker i samverkan mellan aktörerna i rehabiliteringsarbetet. Det handlar ofta om hur gränser mellan diagnos, sjukdom, ohälsa, arbetsförmåga skapas och upprätthålls, men också om gränssättningen mellan arbete och fritid eller andra typer av diagnoser. En annan fråga gäller hur yrkesroller och arbetsbeskrivningar förändrats över tid och kan förklara ökningen av utmattningssyndrom i arbetslivet:

*För en roll kan ju utvecklas över tid och personer utvecklas ju också i arbetet och klarar mer och mer. Och så lägger man det på dem och sedan är de jättekompenta och så får de ännu mer att göra. Och till slut så går de in i väggen och är helt utmattade och då plötsligt får man börja titta på: hur blev tjänsten så här?" (HR-generalist)*

Relationen mellan sjukdom eller diagnos och begreppet arbetsförmåga, är en distinktion som Försäkringskassan beskrivs upprätthålla och som därför blir central för att en bedömning av arbetsgivarens ansvar för medarbetarens rehabilitering.

*FK:s uppdrag idag, det de jobbar med idag är ju att den här personen är, inte om den är sjuk. Den kan vara sjuk och arbetsför. (Reko, kommun)*

Arbetsgivarens ansvar att tillhandahålla rehabilitering gäller i princip, men kanske inte alltid i praktiken, om utmattningssyndromet bedöms vara arbetsrelaterat och inte resultat av medarbetarens hemsituation:

*Det finns ju medarbetare som har en privat relaterad utmattning men båda delar påverkar deras arbete och de kan inte utföra ett arbete för de har inte fullt fokus. De har inte ork och möjligheter att vara närvarande helt och hållet för det är så mycket annat. (Första linjens chef, sjukvård)*

Även om en chef kan observera de svårigheter och symptom som den anställde upplever, behöver en läkare verifiera att personen har en medicinsk diagnos, varefter arbetsgivaren fullt ut kan ta ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Om ett sådant intyg saknas, då hänger det mycket på den enskilda chefens ”goda vilja” att finna lösningar för medarbetaren:

*Om man tänker att man ska ta andra tjänster i anspråk utifrån att vi har ett rehabiliteringsansvar så krävs det att det på papperet medicinskt framgår att medarbetare inte kommer att återgå i nuvarande anställning. Om det inte finns ett sådant läkarintyg som styrker det, då är det mycket den goda viljan” (HR-specialist, kommun)*

Det svenska sjukförsäkringssystemet bygger på samverkan mellan olika aktörer och rehabilitering tillbaka till arbete förutsätter ett samspel mellan vårdpersonal, företrädare för arbetsgivaren, till exempel HR-specialister och chefer samt den anställde. Denna organisering tycks svår utan arbetsgivarens observationer. De observationer som läkaren förmedlar genom läkarintyget och diagnosmetoderna på vårdcentralen har därför begränsningar och samarbetet med arbetsgivaren grundas till del i de observationer som gjorts på arbetsplatsen. En samordnare från Försäkringskassan sammanfattar dilemmat:

*Ja, alltså, det arbetsgivaren säger, det är ju egentligen inget som vi kan använda som observationer utan vi behöver ha medicinskt stöd, det behöver vara en läkare som gör observationer. Det är likadant det vi själva ser kan vi inte använda som observationer, vi kan inte åka och titta på människor och se hur de blir bättre, utan det är ju en läkare som ska göra en sådan bedömning. Däremot samarbetar vi ju med arbetsgivarna därför att arbetsgivaren är ju den som först ser att medarbetaren inte må bra. (Rehabsamordnare, Försäkringskassan)*

För en HR-specialist kan också osäkerheten kring diagnosen innebära en öppning för ett nytt möjligt kunskapsområde. Relationen mellan chef och HR-specialist kan förändras eftersom många chefer, enligt våra intervjupersoner, vanligtvis inte är utbildade eller har erfarenhet av att identifiera signaler som tyder på utmattningssymptom. Dessa signaler beskrivs av vår intervjuperson som subtila och är initialt inte helt olika dem för personer som lider av skadligt bruk av alkohol:

*Det är i princip samma signaler som man pratar om när man [som chef] ska*

*uppfatta skadligt bruk av alkohol till exempel. (HR-specialist, statlig verksamhet)*

Att förstå hur en identifierar dessa signaler beskrivs i konsekvens med detta som en viktig kunskap:

*Om någon plötsligt inte kan göra sitt jobb, om folk blir arga eller ledsna eller hamnar i konflikter, eller börja jobba övertid en massa, eller börja glömma saker... (Arbetsmiljösamordnare/HR-specialist, statlig verksamhet)*

Chefers kompetens framställs som särskilt bristande när det gäller förståelse för hur diagnosen är relaterad till organisatoriska faktorer. HR-specialister beskriver hur en del chefer fortfarande förklarar utmattningssymptom med faktorer hos individen i stället för den psykosociala arbetsmiljön:

*Alla chefer har inte så bra kunskap om utmattning, att det är en riktig sjukdom. Det är fortfarande ganska stigmatiserat och vissa tänker ju så att: ja det är den personens fel eller att det beror på individen. Och de saknar ju den större bilden att det ofta handlar om organisatoriska saker... (HR-specialist)*

Konsekvensen av detta kan bli att personer inom HR kan uppleva sig mer förtrogna med utmattningsproblematiken, medan det för chefer är både svårare och känsligare att ta upp problemen med en medarbetare.

*Jag tror såhär att en chef försöker prata först, om de inte väljer att sopa allting under mattan. Det här är jobbigare, det är en sällanuppgift, det är jobbiga samtal. Man har kanske inte den vardagliga kontakten med sina underställda. (HR-konsult, universitet)*

## Patientens återkomst?

I sjukvårdens och Försäkringskassans organisering tycks patientens kunskap om sin egen kropp vara marginaliserad. I intervjumaterialet finner vi beskrivningar av hur chefer och medarbetare tillsammans söker en gemensam förståelse av symtomen. Utmattningssyndromet tolkas och iscensätts här i ett sammanhang nära relaterat till arbetsuppgifter och arbetsförhållanden. Arbetstagaren kan tilldelas rollen av *subjekt* med användbar kunskap om vilken typ av arbetsuppgifter som utmattningssymptomen tillåter, och vilka som av medarbetaren upplevs som svåra eller omöjliga. Det finns inget färdigt *diagnosobjekt*, det formas i stället efterhand:

*Det var ju en sådan sak som hon berättade för mig under våra många, långa samtal när vi var hemma [pga. covid] att hon hade tappat förmågan att läsa sina mejl. (Första linjens chef, statlig förvaltning)*

En HR-specialist inom privat sektor lyfter fram att medarbetarna ofta inte vill visa att de är sjuka. Hen brukar, så snart hen får en input om att någon inte mår bra, sätta sig med medarbetare och chef för att resonera om varhän de ska gå. I den gemensamma praktiken kan det handla om att i dialog med medarbetaren avgränsa arbetsuppgifterna:

*Hur kan jag hjälpa dig att begränsa dina arbetsuppgifter på ett sådant sätt att du känner att du klarar av det. Vad är det för tecken hos dig som gör att du är på väg i felriktning? (Första linjens chef, kommun)*

En chef på en statlig myndighet menar att främst handlar det om att få kontakten och en dialog med medarbetaren, att hjälpa till att synliggöra känslan och erfarenheten hos denna: vad klarar medarbetaren, vad klarar hen inte, och vad det är som stressar? Den syn som förmedlas här är vikten av att gemensamt fundera på både kort och lång sikt.

*Vi behöver ju bara titta på och fundera tillsammans. Oftast så har de en egen lösning också, och tankar kring det. De behöver bara feedback. Men att man får de signalerna, sedan tar vi en diskussion och pratar om det. De får berätta hur de mår, vilka tankar de har och om de funderat på förslag. (Första linjens chef, statlig förvaltning)*

Vikten av ett nära ledarskap lyfts fram, förmågan att tolka tidiga signaler på utmattning hos medarbetaren.

*Man behöver nästan ha varit med och pratat med personer [medarbetare] för att liksom kunna kanske fånga upp de här lite tidigare signalerna. Ibland kan det vara personer som försöker lösa det med att ta ut flex, att ta ut semester, att hitta sätt att stoppa det här ekorshjulet eller de här tankarna. Det kan vara korttidsfrånvaro med huvudvärk... (Chef, statlig förvaltning)*

En annan intervjuperson, verksam inom företagshälsovården, beskriver behovet av att gemensamt med den anställde finna orsakerna till utmattningen:

*Vissa är jättestressade för att bara skriva och då kan de kanske börja med 25% undervisning. Någon tycker det är fruktansvärt att undervisa. Då kanske de behöver sitta med sin avhandling och så, så där får vi hitta de här stressorererna... (Sjukköterska, företagshälsovård)*

Även patienterna i vårt material reflekterar över bemötandet på arbetsplatsen, chefernas roll och rehab-planernas betydelse. I några intervjuer framträder en praktik där medarbetare och chef gemensamt försöker förstå utmattningssyndromet:

*Jag har försökt guida min chef, mina chefer i det rehabansvar som cheferna har... när man går upp från 50 till 75% då är det som att man börjar på 51% och så är det en successiv upptrappning... då har man varit lite handledare åt min chef i den här processen på något vis, och det har varit väldigt positivt. Jättest positivt, det har varit väldigt så där öppet samtalsklimat tycker jag på de mötena kring det, och*



*det är väl också att min chef har varit väldigt mottaglig på något vis. (Patient 3)*

En annan av våra intervjupersoner beskriver sin delaktighet i anpassningen av arbetet i samarbete med arbetsgivaren:

*Har varit bra tycker jag... det var så där – ja ja du är sjuk och så anpassar vi oss efter det liksom, så jag tycker de har skött det väldigt bra måste jag säga. Jag har fått välja schema själv t.ex. hur jag vill jobba, när jag vill börja jobba, vilka tider, vilka arbetsuppgifter jag vill göra och så där. Så det tycker jag ändå har varit bra. Sedan har det inte varit så mycket uppföljning och sådant där de har kallat in mig och frågat om "hur tycker du det går och hur mår du" ... men det har ändå varit, jag tycker de har skött det bra ändå faktiskt. (Patient 1)*

Patient 2 har en mer sammansatt bild. Å ena sidan var närmaste chef hjälpsam när de första symptomen uppdagades:

*Jag hade en bra chef där som underlättade min tjänst lite, det var väl en 100% light kallade han den, det finns ju lite mån ... lite tid att ta på där. Jag hade ett eget klassrum, på högstadiet kan det ju vara mycket att man är i olika klassrum och måste förflytta sig. (Patient 2)*

Vår intervjuperson kände sig dock inte delaktig i den rehab-planeringen som gjordes och den planering upprättades var patienten kritisk till:

*Nej det var ingen planering. Det var en sida med lite förtryckta rader och kolumner och det var ... inte någon plan i den bemärkelsen att här finns någonting att utgå ifrån den närmaste tiden. (Patient 2)*

I intervjuerna får vi en bild av hur utmattningssyndromet iscensätts i multipla versioner beroende av dess osäkra och politiska position i olika former av sammanhang. De multipla versionerna tycks sammanhånga med en mängd faktorer: föreställningar över tid om utmattningssyndromet, egna erfarenheter hos intervjupersonen, nya möjliga kunskapsdomäner för HR-personal och tankar hos chefer om att symptomen inte kan förstås utan att den drabbade medarbetaren involveras med sin erfarenhet av diagnosen i relation till en konkret arbetssituation. Detta förstående förhållningssätt återspeglas också i en del av intervjuerna med patienter. Utmattningssyndromet tycks här iscensättas i sin nära relation till medarbetarens liv och sammanhang på arbetsplatsen.

## Sammanfattning av intervjumaterialet

Utmaningar och osäkerheten kring utmattningsdiagnosen påverkar alla aktörer som är involverade i arbetet med patienten eller den anställde. Personal inom hälsosektorn är oense om grunderna för syndromet: är utmattning en sjukdom som motiverar sjukskrivning eller är det "bara" en form av ohälsa som utgör en naturlig del av livet?

Sjukförsäkringssystemets grundpelare är att bara de observationer som görs av läkare i undersökningsrummet är giltiga och att det i slutändan är Försäkringskassan som avgör sjukskrivningen. Samtidigt förefaller diagnostiseringsmetoderna på vårdcentralerna inte ha någon stark ställning för att fastställa tillståndet hos en patient, vilket ytterligare ökar osäkerheten. Denna osäkerhet präglar i ett nästa steg insatserna på arbetsplatsen där relationen mellan chefer och HR framtonar som viktig och HR-specialisterna värnar sin kunskapsgrund. Både inom vården och på arbetsplatserna blir frågor om *arbetsförmåga* och *ansvarsgränser* betydelsefulla: rör det sig om ohälsa eller sjukdom och har medarbetaren/patienten arbetsförmåga samtidigt som symptom? En annan avvägning rör frågan om utmattningen beror på arbetet eller privatlivet? Dessa gränsdragningar och de olika kunskapspositioner som de bottenar i ger i sin tur upphov till förnyade diskussioner och iscensättande av diagnosen och dess utmaningar.

Vår studie visar på olika resonemang kring diagnosen utmattningssyndrom hos HR-specialisterna och cheferna på arbetsplatserna å ena sidan, och hälso-och sjukvården å andra sidan. Medan patienten med sin kropp observeras utifrån medicinsk kunskapsgrund på vårdcentralen och där betraktas som ett objekt för medicinskt 'vetande', kan ett något mer delaktigt iscensättande, "patienten som subjekt", noteras på arbetsplatserna. De patienter som intervjuas bekräftar i stort denna bild, även om erfarenheterna av rehab-planering skiljer sig åt. Den kan upplevas som en meningslös blankettövning eller som en situation där patient/medarbetare i praktiken får handleda sin chef kring rehab-ansvarets innebörd. Det primära är att rehabilitering fordrar en organisering där olika aktörer finns med och våra resultat pekar på hur detta kräver en aktiv patient/medarbetare vars upplevelser och symptom uppmärksammas samtidigt som patientens självkänedom erkänns som en giltig kunskapsgrund. Diagnosen kan inte fastställas utan den patient/medarbetare som *känner sin kropp* (jmf Mol & Law, 2004), som vet hur den reagerar inför olika arbetsuppgifter och situationer. Detta ställer också särskilda krav på organiseringen kring den sjukskrivna och en eventuell återgång till arbetet.

## Diskussion och slutsatser

### Multipla kunskapsgrunder

Rehabiliteringen av patienter med utmattningsdiagnos kräver samverkan mellan olika aktörer, precis som vid all annan återgång till arbete efter sjukdom. Samverkan mellan patient, sjukvårdens aktörer, Försäkringskassan och arbetsgivaren är den interaktion som betonats i detta kapitel. Vad som skiljer utmattning från andra diagnoser är kontroverserna kring den, och hur till och med uppfattningen om diagnosens och sjukdomens existens divergerar, särskilt mellan anställda i vården. Detta kan tolkas som

en följd av att psykiska störningar är komplexa och ställer sjukvården inför en genuin osäkerhet. Denna osäkerhet reflekteras även på arbetsplatserna bland chefer och HR-personal.

Resultatet från vårt fältarbete visar hur olika kunskapsgrunder ställs mot varandra när utmattningssyndrom ska behandlas och patienten genomgå rehabilitering. Inom sjukvårdsorganisationen är den medicinska kunskapsgrunden utgångspunkt, där vi med Mols (2002) terminologi har olika praktiker som var och en gör sin verklighet av observationer eller interagerande med patienten. Vi får en ”Body multiple” som resultat, en multipel kropp som hålls samman med hjälp av den koordinering som sker inom vården. Till detta har vi lagt en historisk iakttagelse som uppmärksammar att genom sjukhusets tillblivelse i mitten på 1800-talet blev patienten ett objekt som studerades (*kroppen som objekt*), samtidigt som patienternas egna berättelser (*kroppen som subjekt*) förminskades eller försvann. När dagens läkare gör observationer i undersökningsrummet blir kroppen ett objekt och observationerna av denna är de som gäller när Försäkringskassan i slutändan avgör om läkarens sjukintyg ska godkännas eller inte. Patienternas egna upplevelser har inget eller litet utrymme i denna kunskapsdomän.

Fältarbetet visar hur denna medicinska kunskapsgrund i viss mån ifrågasätts på arbetsplatsen, som har en central funktion i det samverkande kring rehabiliteringen som krävs. Osäkerheten kring diagnosen fortplantas till olika aktörer i arbetsgivarorganisationen. HR-specialister talar om sin kunskap i förhållande till cheferna och hävdar att många chefer har svårt att värdera tecken på utmattning. Vi har noterat hur det på arbetsplatsen finns en pragmatisk hållning som vården tycks sakna vilket resulterar i att arbetstagare blir lyssnade på och att insatser görs utifrån deras upplevelser. Detta bekräftas också av våra intervjuer med patienterna/arbetstagarna. De har inte blivit hörda på vid behandlingen inom vården men tycker ändå att bemötandet på arbetsplatserna varit tillfredsställande där deras synpunkter haft tyngd.

Här har vi alltså skilda praktiker med olika kunskapsgrunder, vissa medicinska och andra sådana som tillämpas på arbetsplatser, vilka formar olika versioner av utmattningssyndrom. Inom sjukvården finns diagnosverktyg som inte tycks väga särskilt tungt, och en strid om sjukdomens och diagnosens existens lever parallellt med en genuin osäkerhet om behandlingen. Här tycks patientens upplevelser ha ringa vikt, det är läkarens observationer som gäller. På arbetsplatser är man snarare nödgad att i stället söka samarbete med anställda med utmattningssyndrom för att finna vägar framåt. Med så skilda tillvägagångssätt och förutsättningar, eller *verkligheter* för att tala med Mol (2002), går olika aktörer in i samverkan kring patientens rehabilitering.

## Diagnosen

Osäkerheten och effekterna av de skilda kunskapsgrunderna påverkar också synen på diagnosen som samhälleligt och organisatoriskt fenomen. Rose (2006) visar hur diagnoser över tid har ändrat funktion från att ursprungligen ha varit till nytta inom undervisning och forskning i ett inom-medicinskt samtal om fysiska sjukdomar. Nu har diagnosen

fått tillämpning inom en rad samhällsfält, vilket diskussionen om utmattningssyndrom vittnar om. Vi har exemplifierat det med hur Socialstyrelsens beslutsstödsystem med stöd av ICD-10 ger legitimitet till utmattningssyndrom genom en egen kod, i kontrast till Försäkringskassan och en diametralt motsatt uppfattning på deras hemsida. Dessa grundläggande åsiktsskillnader återfinns också på vårdcentralerna i vårt material och måste tolkas i politiska termer. Precis som Friberg (2009) konstaterar: när denna diagnos gav rätt till sjukskrivning och blev till en del av socialförsäkringssystemet, då blev också diagnosen politisk.

Denna politik har trängt in i läkarens undersökningsrum där sjukskrivning enbart får grundas på det som kan observeras i rummet, samtidigt som läkare i vårt material i grunden tvistar om sjukdomen ens existerar. Ett ännu mer grundläggande resultat i våra fältstudier är att patientens berättelse har marginaliserats genom denna politiska tillämpning av en i grunden medicinsk kunskapsgrund. Vi baserar oss i stället på Rose (2006) och Mol och Law (2004) när de argumenterar för att patientens självkänedom behöver få större utrymme i sjukvården och att levnadsberättelser kan utgöra värdefull kunskapsgrund för läkares bedömningar. Mol och Law (2004) visar t ex hur diabetespatienter har större nytta av sin egen kroppsuppfattning än av insulinmätningar. Härigenom öppnar författarna också upp för en sjukvård bortom enskilda praktiker och mätvärden, för att i stället se den hela människan och hennes dagliga strävan att få kroppen att hålla samman.

## Det ännu inte existerande

Detta leder oss till en avgörande fråga som ansluter till Mol (2002) och Alcadipani och Hassard (2010) i vår framställning. Om versioner av verkligheten kan vara multipla och finnas parallellt eftersom de iscensätts i olika praktiker eller tillvägagångssätt, då måste möjligheter finnas även för ännu inte iscensatta versioner av verkligheten. Resonemanget för oss tillbaka till de skillnader vi noterat mellan sjukvårdens marginalisering eller osynliggörande av utmattningssjukpatienters upplevelser och medvetenhet, och den praktik på arbetsplatser som trots begränsningar och tillkortakommanden ändå hittat vägar för att lyssna på sina medarbetare diagnosticerade med sjukdomen. Medan sjukvården och Försäkringskassan tycks vara inställda på att patienten inte vet "sitt eget bästa", eller har valid kunskap om sitt tillstånd, tycks en annan syn finnas representerad hos arbetsgivaren. Detta har inga moraliska implikationer med innebörd att arbetsgivarna har en mer human inställning, utan det förklaras av en pragmatisk hållning. Erfarenheten säger att det nödvändiga rehabiliteringsarbetet kräver denna inställning.

Om dagens samverkan inom rehabilitering präglas av olika kunskapsgrunder och de olika praktiker som finns i vården i kontrast med dem vi ser på arbetsplatsen, så finns här samtidigt en väg framåt – det som här kallas *ännu inte iscensatta versioner av verklighet*. Den bygger på att patientens upplevelser blir utgångspunkt både i vården och på arbetsplatsen.

Detta pekar sammanfattningsvis på möjligheterna för en annorlunda sjukförsäkringspolitik och därmed en annan inriktning av vårdens verksamhet. Om mindre kraft krävdes av hälsocentralerna för att dokumentera observerbara tecken hos patienten och därmed möjliggöra sjukskrivning kunde patientens upplevelser och erfarenheter ges större utrymme. Det fordrar en tillit till patientens självkänedom och bygger på att patienten blir lyssnad på. Det känns som en annan, ännu inte existerande verklighet där Försäkringskassans formkrav får ge vika för en i grunden annorlunda inställning till patienten. Det finns självklart mycket att göra också på arbetsplatserna, men en marginalisering av Försäkringskassans logik kan ge ökat utrymme för patienten/arbetstagen i rehabiliteringsarbetet. En annan syn i vården på patienten får i förlängningen organisatoriska konsekvenser för en rehab-samordning där skilda kunskapsgrunder kan verka mer jämställt och den medicinska disciplinen kan verka parallellt, men inte överordnat andra kunskapsgrunder allt i syfte att patientens situation ska lösas alldeles oavsett om dessa har sitt ursprung i familjära, sociala, kulturella, medicinska eller ekonomiska förhållanden.

## Referenser

- Alcadipani, R., & Hassard, J. (2010). Actor-Network Theory, organizations and critique: towards a politics of organizing. *Organization*, 17(4), 419–435.
- American Psychiatric Association. (n.d.). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Pilgrim Press. Retrieved from <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Clemmensen, M. B., & Køppe, S. (2021). Normality, subjectivity and mental health: A genealogy of Danish psychiatry, 1938–2017. *Health*, 25(2), 231–249.
- Foucault, M. (1986). *Vansinnets historia*. Arkiv förlag.
- Freudenberger, H. J. (1974). 'Staff Burn-Out.' *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
- Friberg, T. (2009). Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, (33), 538–558.
- Greco, M. (2012). The classification and nomenclature of 'medically unexplained symptoms': Conflict, performativity and critique. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2362–2369.
- Kadowaki, Åsa (2010). *Svensk sjukvård till vanvett: om patienten bestämmer*. Paleoteket.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113.
- Mol, A. (1999). Ontological Politics. A Word and Some Questions. *The Sociological Review*, 47(1), 74–89. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954x.1999.tb03483.x>
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.
- Mol, A., & Law, J. (2004). Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia. *Body & Society*, 10(2–3), 43–62.

- Nyberg, D. (2012). "You Need to be Healthy to be Ill": Constructing Sickness and Framing the Body in Swedish Healthcare. *Organization Studies*, 33(12), 1671–1692. <https://doi.org/10.1177/0170840612457615>
- Rose, N. (2006). Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. *Bio-Societies*, 1(4), 465–484.
- Rose, N. (2013). What is diagnosis for. Lecture given at the Institute of Psychiatry (London) on June 4.
- Schaufeli, W. B. (2017). Burnout: A short socio-cultural history. In S. Neckel, A. K. Schaffner, & G. Wagner (Eds.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction* (pp. 105–127.). Springer.
- Socialstyrelsen. (n.d.). Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Retrieved from <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>
- Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningssyndrom. Stressrelateras psykisk ohälsa*. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2003-123-18.pdf>
- Socialstyrelsen. (2023). Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning, svensk version 2023 (ICD-10-SE) Del 1(3) A-G. Retrieved November 3, 2023, from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2023-1-8317.pdf>
- WHO. (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Retrieved November 3, 2023, from <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

# Kapitel 3. Ingenmansland - en studie av vägen tillbaka till arbete för arbetstagare med diagnosen utmattningssyndrom

*Anders Edvick*

*Idén om snabb återgång i arbete* är sedan länge en institutionaliserad ledstjärna inom den svenska sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen. Idén om att sjukskrivna arbetstagare ska återgå i lönearbete så fort som det är möjligt rymmer, som vi senare kommer att visa, en historiskt utvecklad logik som genomsyrar sättet på vilket sjukskrivna hanteras på i vägen tillbaka till arbete. Längs denna väg utförs en rad olika aktiviteter av mer eller mindre löst sammankopplade aktörer. Det kan exempelvis handla om bedömning av arbetsförmåga, skrivande av läkarintyg, upprättande av rehabiliteringsplaner, anpassning av arbetsuppgifter, tolkning av regelverk och lagstiftning, kontroll och uppföljning av sjukpenningnivåer och sjukpenningdagar.

Flera av dessa aktiviteter följer och styrs av regelverk som tolkas och översätts av aktörer som på olika sätt är del i organiseringen av arbetstagarens väg tillbaka. Exempelvis vägleder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd den medicinska professionen i frågor rörande sjukskrivning och bedömning av arbetsförmåga. Socialförsäkringsbalken (SFB 2010:110) och den så kallade *rehabiliteringskedjan* styr och reglerar Försäkringskassans beviljande av sjukpenning, liksom arbetsgivarnas ansvar för anpassning av arbetsuppgifter vid rehabilitering.

Dessa aktiviteter, som vi kommer att visa senare, relaterar till olika och vissa fall motstridiga logiker. Utifrån exempelvis läkarkårens perspektiv utgör patientens hälsa ett överordnat mål som vägleder professionens gärningar vilka förenklat kan beskrivas vara inriktade mot att lindra, bota och trösta (Läkarförbundets etiska principer, [www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se)). I kontrast till dessa agerar Försäkringskassan utifrån en omställningslogik som i all enkelhet handlar om att få sjukskrivna arbetstagare att återgå till arbete så snabbt som det är möjligt.

Att organiseringpraktiken av sjukskrivnas väg tillbaka till arbete rymmer multipla och vissa fall motstridiga logiker vittnar Högsta Förvaltningsdomstolens dom i målet om sjukpenning och sjukpenninggrundande inkomst om (mål: 5070--5071-21, Högsta förvaltningsdomstolen, 2022-11-16). Konflikten som domstolen avgjorde utspelades kring vilka objektiva undersökningsfynd ett sjukintyg bör redovisa för att uppfylla Försäkringskassans krav för beviljande av sjukpenning. Parterna i målet var Försäkringskassan respektive en arbetstagare diagnostiserad med utmattningssyndrom som nekats sjukpenning på grund av brister i sjukintyget.

I detta korsdrag av multipla logiker befinner sig den sjukskrivna arbetstagaren som förväntas vara aktiv i sin rehabilitering, vilket är en särskild utmaning för arbetstagare diagnostiserade med utmattningssyndrom.

## Studiens syfte

Denna studie syftar till att uppmärksamma och teoretiskt fördjupa förståelsen för den komplexa situation som arbetstagare med diagnosen utmattningssyndrom riskerar att hamna i till följd av idén om snabb återgång i arbete. Genom att analysera *hur* denna och till synes enkla idé omsatts till organiseringspraktik, ämnar studien vidare att fördjupa förståelsen för *hur* multipla och i vissa fall motstridiga logiker formar en situation som denna patientgrupp har svårighet att navigera inom.

Vi kommer att analysera det empiriska materialet utifrån en kvalitativ forskningsansats och med stöd av tre till varandra kompletterande teoretiska infallsvinklar: Institutionella logiker som ger oss möjlighet att identifiera vilka multipla logiker som idén om snabb återgång i arbete är förenad med. Översättningsteori och Praktikstudier som används för att förstå hur den inom politiken och för Försäkringskassan förgivettagna principen om snabb återgång i arbete tolkas, översätts och omvandlas till en komplex organiseringspraktik. Studien är framför allt avgränsad till sjukskrivna med diagnosen utmattningssyndrom, men resultaten har även relevans för den bredare gruppen sjukskrivna med psykisk ohälsa som också riskerar hamna i en komplex situation till följd av den enkla principen om snabb återgång i arbete.

## Bakgrund

Psykisk ohälsa är idag den vanligaste anledningen till sjukpenninggrundad frånvaro på den svenska arbetsmarknaden. Enligt Försäkringskassan (Socialförsäkringen i siffror 2023) uppgick år 2022 andelen sjukskrivna med psykisk diagnos till 50 procent för kvinnor och 39 procent för män. Detta kan exempelvis jämföras med sjukfrånvaro kopplad till rörelseorganen (såsom ryggvärk etc) som utgör den näst vanligaste diagnosen och som uppgick i december 2020 till 15 procent för kvinnor och 20 procent för män (Socialförsäkringen i siffror 2023).



Till skillnad mot andra diagnoser som blir vanligare med stigande ålder, drabbar psykisk ohälsa särskilt yngre och medelålders arbetstagare i åldersspannet 30 till 39 år (detta gäller både kvinnor och män). Utmärkande för denna diagnos är även att sjukdomen är förenad med långvariga sjukskrivningsperioder jämfört med andra diagnosgrupper. Medianlängden för psykisk diagnos uppgår till ca 90 dagar för både kvinnor och män, vilket kan jämföras med medianlängden för övriga diagnosgrupper som uppgår till 49 dagar (Socialförsäkringsrapport 2020:8).

Inom diagnoskategorin psykisk ohälsa ryms ett flertal undergrupper varav stressrelaterad sjukfrånvaro och utmattningssyndrom är de två största räknat i antal sjukpenninggrundade sjukfall. Stressrelaterad sjukfrånvaro är vanligast i åldersgrupperna 30 till 44 år, medan sjukfrånvaro relaterad till utmattningssyndrom är mest frekvent i åldrarna 35 till 44 år (både för män och kvinnor). Den senare diagnosen är även förenad med längre sjukskrivningsperioder jämfört med stressrelaterad sjukfrånvaro (ca 180 dagar för utmattningssyndrom och ca 120 dagar för stressrelaterad sjukfrånvaro). Det är framför allt inom Human Serviceyrken som risken för stressrelaterad sjukfrånvaro och utmattningssyndrom är som störst. Det är inom områden såsom vård och omsorg, socialtjänst, för- och grundskola, präster och diakoni som risken för stress och utmattning är som högst (mönstret gäller för både män och kvinnor; Socialförsäkringsrapport 2020:8).

År 2018/2019 uppgick antalet kvinnor sjukskrivna med diagnosen psykisk ohälsa till 104 451 och för män till 42 807 (Socialförsäkringsrapport 2020:8). Som tidigare nämnts är diagnosen vanligast bland yngre och medelålders individer, vilket för många är en yrkes- och familjeintensiv period i livet. Då diagnosen dessutom är förenad med långvarig sjukskrivningsperiod, blir konsekvenserna av psykisk ohälsa särskilt utmanande för såväl berörd individ och familj, den arbetsplats hen arbetar på som för samhället i stort.

## Utmattningssyndrom och sjukförsäkringen

En av flera utmaningar som idén om snabb återgång i arbete är förenad med för sjukskrivna med diagnosen utmattningssyndrom består i att sjukdomen begränsar individens förmåga att vara *aktiv* i sin rehabilitering<sup>6</sup>. Utmattningssyndrom kännetecknas bland annat av orkeslöshet och trötthet, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter och kognitiva begränsningar i att planera och genomföra aktiviteter ([www.1177.se/skane/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/utmattningssyndrom](http://www.1177.se/skane/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/utmattningssyndrom)). Att inte kunna vara aktiv i sin rehabilitering, eller att uppfattas som passiv och långsam i sin väg tillbaka till arbete, strider mot den diskursiva praktik som Försäkringskassans handläggning är formad utifrån (Wall et al., 2019). Normerna vid handläggning av sjukpenning

---

6 Inom arbetslivsriktad rehabilitering ställs det krav på patienten att ”Medverka i planering och åtgärder som medför att hen kan börja arbeta igen så snart som möjligt” samt att ”Medverka aktivt i sin egen rehabilitering. Om hen inte gör det, så kan hen förlora sin rätt till ersättning.” ([www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/funktionsnedsattning/arbetslivsriktad-rehabilitering](http://www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/funktionsnedsattning/arbetslivsriktad-rehabilitering))

är att sjukskrivna ska snabbt återgå i lönearbete, samt att försäkringstagaren ska vara aktiv i sin rehabilitering. Detta är en utmaning för arbetstagare med diagnosen utmattningssyndrom då sjukdomen begränsar just möjligheten att vara aktiv.

Andra utmaningar som denna patientgrupp möter relaterar som tidigare nämnts till Försäkringskassans underkännande av sjukintyg med hänvisning till att dessa många gånger saknar observerbara undersökningsfynd. Denna tolkning av det försäkringsmedicinska regelverket har visat sig vara särskilt utmanande för gruppen med utmattningssyndrom då det sällan finns sådana fynd för läkarna att basera diagnosen på (jmf Westerdahl & Stavreski i denna antologi). Konsekvensen av sådana krav blir att försäkringstagaren riskerar att få avslag på sin ansökan om sjukpenning, vilket i förlängningen medför ökad risk för återfall i sjukdom. Underkännande av sjukintyg har också skapat utmaningar för den medicinska professionen rörande vad för slags information Försäkringskassan efterfrågar, vilket har lett till att enskilda försäkringstagare har hamnat i kläm mellan Försäkringskassan och sjukskrivande läkare (Torkelsson, 2022).

En siffra som har kommit att få stor betydelse för försäkringstagarna är 180. Efter dag 180 ska den sjukskrivnas *arbetsförmåga* bedömas utifrån ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden i sin helhet. Detta betyder att sjukskrivna som inte har förmåga att återgå till sitt ordinarie arbete, riskerar att förlora sin sjukpenning och därmed hänvisas till Arbetsförmedlingen för vidare insatser. Bland de grupper av försäkringstagare som i högre grad än andra har fått avslag på ansökan om ny eller förlängd sjukpenning och som har skrivit in sig hos Arbetsförmedlingen, återfinns arbetstagare med diagnosen psykisk ohälsa, äldre arbetstagare och kvinnor (Socialförsäkringsrapport 2020:6). Som nämndes tidigare utmärks utmattningssyndrom av längre sjukskrivningsperioder jämfört med andra diagnoser, och härav blir sådana avstämningpunkter särskilt kritiska eftersom det kan leda till att försäkringstagaren förlorar sin sjukpenning.

## En praktik i behov av rättslig vägledning

I november 2022 förkunnades Högsta Förvaltningsdomstolens dom rörande vilka objektiva undersökningsfynd som ett sjukintyg ska förväntas innehålla för patienter med diagnosen utmattningssyndrom. Tvisten stod mellan en arbetstagare som nekats sjukpenning med hänvisning till bristande sjukintyg (bristande dokumentation av objektiva undersökningsfynd), och Försäkringskassan som avslagit försäkringstagarens ansökan om sjukpenning (mål: 5070--5071-21, ”Dom i mål om sjukpenning och sjukpenninggrundande inkomst”; Högsta förvaltningsdomstolen, 2022-11-16). Vi kommer att återkomma till dessa aspekter i resultat- och diskussionsavsnittet, men då domen synliggör inbyggda logikkonflikter som snabb återgång i arbete rymmer, vill vi redan här i bakgrundsavsnittet återkoppla till domstolens resonemang som speglar den situation som sjukskrivna med diagnosen utmattningssyndrom har hamnat i.

Centralt i detta domstolsbeslut och som vi senare kommer att behandla är försäkringstagarens *arbetsförmåga*. Huruvida någon anses vara sjuk eller ej är i ett sjukpenningssperspektiv inte en relevant fråga, utan beslut om sjukpenning ska baseras på individens arbetsförmåga. Just denna aspekt villkorar också i vilken utsträckning, hur snabbt och till vilka arbetsuppgifter någon kan återgå i arbete. Domstolsbeslutet synliggör även att organiseringspraktiken runt sjukskrivnas väg tillbaka i arbete bär numera även juridiska och normativa samt värderingsmässiga inslag av vad som är att göra rätt och göra gott. Dessa aspekter relaterar till begreppet ”care” som vi kommer att behandla i senare avsnitt.

## Varifrån härstammar idén om snabb återgång i arbete? Arbetslinjen och de svenska trygghetssystemen

Som ledstjärna i den svenska sjukförsäkringen är idén om snabb återgång i arbete tätt sammanflätad med begreppet Arbetslinjen. Alltsedan 1900-talet har Arbetslinjen utgjort en grundbult i den svenska välfärdspolitiken och kan förenklat sägas ge uttryck för historiskt utvecklade sociopolitiska normer som i grunden handlar om vikten av egenförsörjning genom aktivt lönearbete (Bengtsson & Borglund, 2012; Davidsson, 2015; Junestav, 2004, 2007; Paulsen, 2017). I likhet med andra hörnstenar inom den svenska välfärdspolitiken har Arbetslinjen kommit att associeras med olika innebörder till följd av politiska kompromisser och reformer (Junestav, 2004, 2007). Under exempelvis 1920-talet kännetecknades Arbetslinjen av disciplinerande idéströmningar. Vid denna tidpunkt framhölls den arbetsdugliges försörjningsplikt för såväl sig själv som för sin familj, samtidigt som statens roll i huvudsak var passiv och bestod i att tillhandahålla fattigvårdstöd till den som saknade arbetsförmåga. Det senare ansågs vara förknippat med risk för passivering, och därför skulle det ekonomiska stödet hållas lågt och vara villkorat av motprestation (Junestav, 2004, 2007).

Under 1930- och 1940-talet slöts nya politiska kompromisser, vilka kom att delvis reformera Arbetslinjen. Från att tidigare haft en passiv arbetsmarknadsroll kom staten under denna period att inta en mer aktiv självhjälpspolitik formad av socialdemokratins och LO:s mål om rätten till arbete och full sysselsättning. Syftet med politiken var att minimera långvarigt utanförskap och försörjning via staten, vilket fordrade aktiva stödinsatser från samhällets sida. Utöver att underlätta individens väg till arbete, initierades under denna period en arbetslöshetsförsäkring som dagens Arbetslöshetskassa är sprungen ur (Bengtsson & Berglund, 2012; Junestav, 2004, 2007). En allmän och rikstäckande sjukförsäkring dröjde emellertid ytterligare några år och förverkligades år 1955 (Edebalk, 2010; Johansson, 2003).

Under 1950-talet och framåt har *Arbetslinjen* och framför allt synen på individens rättigheter till stöd fått en tydligare framtoning inom arbetsmarknads- och socialförsäkringsområdet (Junestav, 2004, 2007). Förväntningarna på egenförsörjning utgjorde fortfarande grundprincip inom Arbetslinjen, men statens ansvar utökades även

till att säkerställa den sjukskrivnes och den arbetslöses rätt till ekonomiskt stöd. Dessa reformer syftade till att minska konsekvenserna av sjukdom och/eller arbetslöshet genom kompensatoriska åtgärder och aktiv socialförsäkrings- och arbetsmarknadspolitik. Denna innebörd av Arbetslinjen kom i anslutning till den ekonomiska 1990-talskrisen att reformeras på nytt. Trots omfattande besparingsprogram inom välfärdssektorn, djup och lång ekonomisk lågkonjunktur, utformades politiken utifrån målet om full sysselsättning, men med betydande inskränkningar i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen (Bengtsson & Borglund, 2012; Davidsson, 2015; Junestav, 2004, 2007).

Arbetslinjen har sedan 90-talskrisen kommit att reformeras vidare i riktning mot betoning på individens skyldighet för egenförsörjning och därigenom ökade krav på motprestation genom aktiv medverkan i arbetslöshetsåtgärder och rehabiliteringsinsatser (Junestav, 2004, 2007; Nord, 2017, 2018).<sup>7</sup> De politiska argumenten bakom dessa reformer vilade dels på övertygelsen om att lönearbete ska vara ekonomiskt mer lönsamt i jämförelse med ersättning från trygghetssystemen (stärka incitamenten för lönearbete), dels på den statsfinansiella nödvändigheten att hålla nivåerna och längden på inkomstersättningarna låga och begränsade i tid (Junestav, 2004, 2007). Det tidigare rättighetsperspektivet som Arbetslinjen associerats med, fick en underordnad betydelse i den nya aktiveringspolitiken där individens rätt till stöd och hjälp delvis kom att ersättas av ett skyldighetsperspektiv (Nord, 2017, 2018; Seing, 2014). Det senare relaterade till den vidgade innebörden som begreppet arbetsförmåga gavs, och som blev styrande för bland annat Försäkringskassans beviljande av sjukpenning (Lytsy et al., 2009). Från att tidigare i huvudsak varit baserad på läkares bedömning av sjukdom och ohälsa, ändrades bedömningsriktlinjerna till att utgöra uppskattning av individens arbetsförmåga i relation till "ett vanligt förekommande arbete" på arbetsmarknaden i sin helhet. Härigenom kopplades begreppet arbetsförmåga inte enbart samman med sjukdom, utan oförmågan till arbete avgjordes också av vilka arbetsuppgifter som individens kompetens, färdigheter och kvalifikationer kunde relateras till (Rehn, 2009).

## Studier relaterade till Försäkringskassan och organiseringen av sjukskrivning

Den förändrade innebörden av Arbetslinjen som följer efter 90-talskrisen knyter således an till antagandet om att det kan finnas risk för passivitet vid långvarig ersättning. Som tidigare nämnts utformas social- och arbetslöshetsförsäkringen därför utifrån principerna om aktivering och motprestation som villkor för exempelvis sjukpenning. I idén om snabb återgång i arbete synliggörs dessa antaganden genom Försäkringskassans förväntningar och krav på sjukskrivna att vara aktiva i sin rehabilitering och därigenom

---

<sup>7</sup> Med utgångspunkt i SOU 2006:86 reformerades Arbetslinjen till att åter associeras i allt högre grad med aktiveringspolitik. Sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen omdefinierades till tidsbegränsade omställningsförsäkringar, samtidigt som ersättningsnivåerna i dessa system sänktes.

öka möjligheten för ett snabbt återvändande till arbete. Wall et al. (2019) visar i deras studie av diskursiva praktiker inom Försäkringskassan att lönearbete och snabb återgång i arbete utgör normer som handläggningen av sjukskrivningsärenden formas av. Den sjukskrivnas individuella behov och förutsättningar är härigenom underordnade värdet av att snabbt återvända till lönearbete, vilket har kommit att påverka hur sjukskrivna kategoriseras och omtalas av handläggare inom myndigheten (Wall et al., 2019).

Utrymmet för handläggare inom Försäkringskassan att tolka regelverk, mål och policys förefaller vara begränsat av både utvecklade lönearbetsnormer och myndighetens regelverk rörande beviljande av sjukpenning. Stensöta Olofsdotter (2010) visar emellertid att handläggare inte enbart arbetar utifrån regelorienterad etik (a public ethics of justice), utan arbetet inbegriper även en omsorgsetik (a public ethics of care) som bland annat kommer till uttryck genom flexibel och tillitsfull attityd gentemot klienter, att handläggare föredrar muntlig kommunikation med klienterna, samt att sanktioner mot klienter undviks. Senare studier av Försäkringskassan (se exempelvis Altermark 2020; Hollertz et al., 2017; Jacobsson & Hollertz, 2021; Jacobsson et al., 2019, 2020) visar på det motsatta, det vill säga att utrymmet för en omsorgsorienterad etik som beaktar medborgarens behov framför strikt mål- och regelstyrning begränsas av inomorganisatoriska följsamhets- och lydnadsideal<sup>8</sup>. Enligt författarna kan detta förklara varför andelen avslag på ansökan om sjukpenning under perioden 2013 till 2019 ökade kraftigt trots att lagstiftningen under samma period varit intakt (jmf med Wall et al., 2019 och normerna om lönearbete och snabbt återvändande till arbete).

En sådan handläggningspraktik, som Altermark (2020) liknar vid en *avslagsmaskin*, kan enligt Börjesson (2022) inte enbart förklaras med hänvisning till en ”tuffare” Arbetslinje innehållandes förändrade regelverk och styrningsmål som Försäkringskassan som *passiv* myndighetsaktör har att implementera utan ifrågasättande. Snarare bör ökningen förstås i ljuset av att myndigheten utgör en *aktiv* policyaktör inom socialförsäkrings- och arbetsmarknadspolitiken som agerar utifrån en *självideologi* formad av såväl byråkratiskt som offentligt etos; en självideologi som av myndigheten ses ge myndigheten den rättmätiga rollen som uttolkare och försvarare av sjukförsäkringen.

Börjesson (2022) visar att förändringarna i sjukförsäkringen under början av 2000-talet inte möttes av något omfattande motstånd från Försäkringskassan trots dess historia av tröghet och ifrågasättande gentemot politiska reformer som inte legat i linje med myndighetens etos. Det politiska målet om exempelvis 9,0 sjukpenningdagar per år, den förändrade synen på sjukförsäkringen i termer av omställningsförsäkringen, och de ökade kraven på aktivering passade väl in i det synsätt/den förståelse som Försäkringskassan hade av sjukförsäkringens funktion. Börjessons (2022) drar därför slutsatsen att Försäkringskassan varit aktiv som policyaktör i utformningen av

---

8 Liknade ideal går att identifiera inom Arbetsförmedlingen (Paulsen, 2015).

aktiveringspolitiken, samt att myndigheten har kunnat påverka de politiska beslut som berört dem själva.

## Sammanfattning

Vilka slutsatser kan då dras med relevans för idén om snabb återgång i arbete baserat på tidigare studier? Det är framför allt två forskningsspår som är framträdande inom forskningen: 1) ett flertal studier visar att Försäkringskassan är en nyckelaktör för hur idén om snabb återgång i arbete har utvecklats till att bli en ledstjärna inom sjukförsäkringen. Detta inflytande skapas utifrån myndighetens självideologi, dess kvalificerade utrymme i relation till politiken, myndighetens utvecklade normer om lönearbete och snabb återgång till arbete, samt dess organisatoriska lydnads- och följsamhetsideal. Forskningen visar också 2) att återgång i arbete relaterar till historiskt utvecklade sociopolitiska normer som bland annat manifesteras genom politiska reformer, målsättningar och policys som alltsedan 1900-talets början har kommit till uttryck genom Arbetslinjen. Studier visar dock att innebörden av Arbetslinjen har skiftat över tid mellan idéströmningar som under vissa perioder kan liknas vid disciplinering, via självhjälp till en rättighetsorienterad Arbetslinje. Gemensamt för dessa idéströmningar står betydelsen av lönearbete för såväl individ som för samhället i stort.

## Teoretiskt ramverk

### Institutionella logiker

Institutionella logiker kan förstås som mönster av antaganden, normer och värderingar, handlingar och aktörskap (Thornton & Ocasio, 2008). Som nämnts tidigare är idén om snabb återgång i arbete nära sammanvävt med Arbetslinjen som alltsedan 1920-talet fram till idag utgjort en föregivettagen ledstjärna inom arbetsmarknads- och socialförsäkringspolitiken. Arbetslinjens logik har således haft en betydande inverkan på hur sjukförsäkringen har kommit att utformas på i termer av regelverk, diskursiva praktiker, policys och rutiner, eller som i detta fall socialförsäkringsbalken och den så kallade rehabiliteringskedjan. Men som Högsta Förvaltningsdomstolens dom vittnar om rymmer hanteringen av sjukskrivna med diagnosen utmattningssyndrom även andra logiker som formar exempelvis de medicinska professionernas gärningar. Sjukskrivna med denna diagnos möter genom sjukförsäkringssystemets aktörer multipla och i vissa fall motstridiga logiker (jmf Purdy & Gray, 2009; Thornton et al., 2012), vilket bidrar som vi senare kommer att visa till skapandet av en komplex organiseringspraktik för sjukskrivna att navigera inom.

I hanteringen av sjukskrivnas väg tillbaka till arbete medverkar en rad aktörer verksamma inom olika organisatoriska fält (jmf DiMaggio & Powell, 1983) och som agerar utifrån fältspecifika logiker och rationaliteter. Scott (2008) identifierar tre kategorier av faktorer som bidrar till att skapa konformitet inom organisatoriska fält: regulativa, normativa och kognitiva faktorer. Den förstnämnda kategorin utgörs av regler och lagstiftning som individer och organisationer inom fältet är tvingade att följa. Brott mot sådana kan av andra aktörer inom fältet uppfattas som illegitimt. Normativa faktorer relaterar till i samhället och inom fältet väl spridda normer och värderingar. Att bryta mot sådana innebär i likhet med brott mot regler och lagar, att omvärlden uppfattar aktörerna som illegitima. Den tredje kategorin, kognitiva faktorer, relaterar till hur gemensamma och delade mentala föreställningar formar enskilda individers tanke- och handlingsmönster. Som medlem av ett socialt och kulturellt system/fält införlivas förgivettagna antaganden och föreställningar. Enskilda individers handlingar speglar således de normer och värderingar som är väl spridda inom fältet, och härigenom reproduceras såväl handlings- som tankemönster (jmf Thomson & Ocasio, 2008). Fältspecifika logiker bidrar härigenom till upprätthållande av gränser mot aktörer tillhörande andra fält, vilket utgör en utmaning för sjukskrivna som är beroende av att arbetsgivare, läkare och Försäkringskassa i viss utsträckning samverkar för patientens bästa. Sjukförsäkringen och tillhörande regelverk såsom rehabiliteringskedjan och beslutstöd för bedömning av arbetsförmåga, utgör en regulativ och i detta fall fältövergripande faktor som knyter berörda aktörers handlingar samman i en organiseringspraktik. I denna praktik och i korsdraget av multipla logiker befinner sig arbetstagaren som förväntas vara aktiv i rehabiliteringen, vilket som tidigare nämnts är en utmaning i fallet med diagnosen utmattningssyndrom.

## Organiseringspraktik

Sjukförsäkringens utformning och tillämpning har varierat i takt med över tid förändrade sociopolitiska normer. Dessa variationer har även kommit att påverka hur snabb återgång i arbete som idé och organiseringspraktik har formats på. Som idé är snabb återgång i arbete inte i sig självt eller av objektiva kriterier givet. Snarare utgörs denna som tidigare nämnts av en uppsättning socialt konstruerade och över tid institutionaliserade antaganden som organiseringen av sjukskrivnas väg tillbaka till arbete formas av. Denna organisering kan med ett praktik-teoretiskt perspektiv (Practice based studies) förstås i termer av diskursiva och kollektiva handlingar som skapar och formas utifrån sociomateriella förhållanden (Feldman & Orlikowski, 2011; Gherardi, 2012; Gherardi & Rodeschini, 2016; Nicolini, 2009, 2012; Nyberg, 2009; Orlikowski, 2007). Sådana handlingar genereras exempelvis av materiella faktorer såsom tekniska hård- och mjukvarusystem, fysiska objekt och rumsliga miljöer, men även av sociala och kulturella ordningar, institutionella logiker, samt mellanmännsliga relationer. Härav följer att snabb återgång i arbete - som organiseringspraktik - är inbäddad i multipla och parallella sociomateriella sammanhang, vilket öppnar upp för att idén inte enbart går

att relatera till en distinkt praktik som alla aktörer involverade i patientens väg tillbaka är del av. Tvärtom fordras en öppenhet inför att det finns flera och parallella praktiker som snabb återgång i arbete relaterar till även om sjukförsäkringen och tillhörande regelverk har en kopplande kraft. Likaså följer en processororienterad förståelse av hur organisationer och samspelet mellan dessa skapas och upprätthålls på (jmf med interinstitutionella logiker, Thornton & Ocasio, 2008). Det senare är aktuellt just i denna studie då organiseringen av sjukskrivnas väg tillbaka involverar ett flertal aktörer verksamma inom olika organisatoriska fält.

Återgång i arbete regleras som tidigare nämnts formellt av bland annat socialförsäkringsbalken och dess rehabiliteringskedja. Detta är emellertid inte liktydigt med att organiseringspraktiken på lokal arbetsplatsnivå och i specifika arbetssituationer är given. Med praktikperspektivet följer möjligheten att studera hurvida det finns utrymme för kollektivt kunnande och lärande över institutionella gränser som möjliggör agens för berörda aktörer. Det senare relateras i denna studie till den sjukskrivnes möjlighet att vara aktiv i sin tillfriskning såsom rehabiliteringskedjan föreskriver.

I denna studie används begreppet care för att synliggöra vilka logiker som snabb återgång i arbete-praktiken är förenat med. Begreppet är relevant då sjukförsäkringen i någon mån syftar till att ta hand om individer som till följd av diagnostiserad sjukdom befinner sig i en utsatt situation (jmf Mol, 2008; Westerdahl & Stavreski i denna antologi). Men att ta hand om är förenat med olika betydelser. Utifrån ett organiseringssteoretiskt perspektiv är substantivet care (motsvarande svenskans omsorg) förenat med sociokulturella normer och värderingar som vägleder aktörer att agera rätt, att göra gott i olika sammanhang och arbetssituationer. Care kan också förstås i termer av verb - take care of - vilket relaterar till att få någonting hanterat på ett för sammanhanget rätt sätt, eller att få ett problem löst på lämpligast sätt. Denna innebörd skiljer sig delvis från verbet give care to som kan förstås i termer av att sköta om, ta hand om, såsom att ta hand om en patient (motsvarande svenskans omvårdnad), vilket också formas av att göra-rätt-värderingar. I ett arbetsorganisatoriskt sammanhang relaterar dessa verb till arbete, tjänster, vilka utförs av någon/några i relation till något/några andra. De aktörer som utför handlingarna ges i den arbetsorganisatoriska praktiken en aktiv roll, medan de som tar emot (cared of) ges en passiv sådan. Härigenom skapas en maktrelaterad över- respektive underordning där mottagarna av tjänster blir beroende av dem som ger desamma (Gherardi & Rodeschini, 2016).

Då idéerna om care är laddade med normativa föreställningar såsom att göra rätt, att göra gott, legitimerar care införande av exempelvis kvalitets-, övervaknings- och prestationsbaserade uppföljningssystem (jmf Nyberg, 2009; Sewell et al., 2012). Care möjliggör och legitimerar således förändring av institutionella ordningar, vilket inom omsorgssektorn kommer till uttryck genom införandet av kundval; en logik som ligger i linje med marknadsekonomiska antaganden som följer det kapitalistiska systemets premisser (jmf Friedland & Alford, 1991; Greenwood et al., 2011; Mol, 2008). Care utgör således inte enbart handlingar, utan föreställningar om care bidrar till att skapa



sociomateriella praktiker (jmf Feldman & Orlikowski, 2011; Gherardi, 2012; Nicolini, 2009, 2012; Nyberg, 2009; Orlikowski, 2007).

Men *care* kan även förstås som mellanmänsklig och emotionell relation. *Caring for* uttrycker att bry sig om, vilket inbegriper känslomässiga kopplingar till någon annan/något annat (Gherardi & Rodeschini, 2016). En organiseringspraktik som kännetecknas av *Caring for* beskrivs av Gherardi & Rodeschini (2016, sid 4) i termer av:

*Caring as a situated practice indicates a collective emergent capacity of taking care of and taking care for, a knowing accomplished as ongoing, adaptive, open-ended responses to care needs.*

*Caring for* kommer i denna studie att kopplas till den medicinska professionens etiska principer som vägleder läkarnas gärningar att utgå från patientens hälsa. *Take care of* kommer att relateras till de sociopolitiska normer som Arbetslinjen ger uttryck för och som rehabiliteringskedjan genomsyras av.

## Idén om återgång i arbete utifrån ett översättningsperspektiv

Utöver institutionella logiker och praktikstudier används översättningsteori i analysen av insamlad data. Teoriperspektivet bidrar till att fördjupa förståelsen för *hur* idén om snabb återgång i arbete – genom översättnings-, tolknings- och materialiseringsprocesser - utvecklas till en komplex organiseringspraktik (jmf Czarniawska & Joerges, 1996; Latour, 1984; Lindberg, 2002). Organisationer omges av och utsätts för en mängd idéer om hur exempelvis en verksamhet kan göras mer effektiv, modernare, eller attraktivare för arbetstagare att verka inom. Flera av dessa idéer, som förs fram av idébärare, slår sällan rot, utan passerar obemärkt förbi. Andra idéer får däremot fotfäste och ges möjlighet att översättas samt omtolkas för efter upprepning bli en förgivettagen (institutionaliserad) del av organisationens vardagliga verksamhet. Sådana idéer – i termer av mentala bilder och associationer - uttrycks ofta i generella termer, och förpackas som framgångshistorier samt lösningar på allahanda organisatoriska problem. Genom sin allmängiltiga och tilltalande förpackning, tillåts idéer att återanvändas på nytt även om tiden och sammanhanget är ett annat (Czarniawska & Joerges, 1996; Latour, 1984).

Som framgår av tidigare avsnitt har idén om snabb återgång i arbete återanvänts alltsedan 1920-talet. Genom Arbetslinjen har denna idé förpackats (materialiserats), plockats upp, översatts, tolkats och materialiserats på nytt i form av nya politiska riktlinjer och policys. Den gemensamma nämnaren i Arbetslinjerna har bland annat varit att idén om återgång i arbete ses som lösning på ”problemet” rörande hur sjukskrivna ska hanteras. Idén om återgång i arbete kan härigenom förstås som organiseringslösning, vilket vi i senare avsnitt kommer att visa blir styrande för den praktik som följer runt sjukskrivnas väg tillbaka i arbete.

Organiserande idéer legitimeras inte enbart med hänvisning till historisk framgång. Även antaganden om framtiden och till en uppmålad situation där ”alla” problem är lösta stärker idéers attraktionskraft (Czarniawska & Joerges, 1996; Lindberg, 2002). Denna aspekt relaterar även idén om snabb återgång i arbete till då politiken i praktisk utformning många gånger ger anspråk på att dagens problem kommer vara ”lösta” i framtiden. Sådana utfästelser och visioner har betydelse för vad som görs och sägs i rådande stund, vilket Wall et al. (2019) studie av diskursiva praktiker inom Försäkringskassan utgör exempel på.

Idéer tillskrivs således innebörder och förhoppningar som nödvändigtvis inte fanns i ursprungliga versioner. Idéer översätts, tolkas och ges andra innebörder allteftersom dessa sprids i tid och rum. Med översättningsperspektivet (översättningsmodellen) följer att aktörer vid olika tidpunkter och sammanhang tolkar, översätter samt materialiserar idéer på olika sätt. Organisationer och individer är sålunda inte bundna av en given innebörd, eller saknar möjlighet till agens i relation till det egna fältets logiker (jmf begreppet isomorfism, DiMaggio & Powell, 1983). Snarare formas som tidigare nämnts aktörernas förståelse, mening och handlingar av det lokala sociomateriella sammanhanget. Materialiserade idéer, i skepnad av materiella och/eller diskursiva objekt, kan härigenom förflyttas i tid och i rum. Denna spridning skapas genom att den attraktivt förpackade idén plockas upp av idébärare för vidare förflyttning till mottagande aktörer som utifrån sitt sociala sammanhang och preferenser omtolkar dess innebörd. Härigenom ges spridningen ny energi, vilket möjliggör att idén – förändrad eller ej – på nytt plockas upp, översätts, tolkas och materialiseras (Czarniawska & Joerges, 1996; Latour, 1984).

I motsats till översättningsmodellen (Czarniawska & Joerges, 1996; Latour, 1984) beskriver *diffusionsmodellen* spridningen och efterlevnaden av idéer på ett instrumentellt och hierarkiskt sätt. I översättningsmodellen förstås de mottagande aktörerna ha möjlighet att ”göra ett beslut/en idé till sin egen” genom tolkning och översättning. I diffusionsmodellen ses snarare *avsändaren* – ofta i toppen av en hierarkisk maktstruktur – vara den som ger kraft i spridningen av idéerna. Någon variation eller öppenhet för omtolkningar ryms inte, utan mottagarna har att följa den av avsändaren ”färdigtolkade” idén (Czarniawska & Joerges, 1996; Latour, 1984). Dessa båda modeller har relevans i förståelsen av hur idén om snabb återgång i arbete sprids och behandlas på av de aktörer som binds samman genom den sjukskrivna arbetstagaren. Det är framför allt öppenheten till översättning och tolkning som är av intresse då idén sprids via *en* avsändare (Försäkringskassan) som anser sig ha den rättmätiga rollen att vara uttolkare av politiska riktlinjer och policys (jmf Börjesson, 2022). Möjligheten till översättning och tolkning har även relevans i förståelsen av organisationsgränser. Som del i ett organiseringsperspektiv används begreppen *handlingsnät* respektive *aktörsnätverk* (Czarniawska, 2014; Lindberg & Czarniawska, 2006) i syfte att belysa om, och i så fall utifrån vilka förutsättningar idén om återgång i arbete får involverade aktörer att samverka över egna gränser.

I motsats till att avgränsa förståelsen av organisation till formella och statiska strukturer, breddas perspektivet i denna studie till att förstå organisation i termer av öppna sociomateriella system som är i ständig omvandling och utveckling. Det är därför som organisering används för att "fånga" sådana inom- och mellanorganisatoriska processer som beskriver organisationers vardagliga liv (Czarniawska, 2014). Organisering ger oss möjlighet att förstå hur relationerna mellan involverade aktörer i återgång i arbetspraktiken skapas och upprätthålls. Sammanflätningen som nämndes tidigare innebär dock inte att multipla och parallella praktiker per automatik smälter samman till en gemensam sådan formad utifrån den sjukskrivnes bästa. Aktörer agerar som tidigare nämnts obeaktat av vad andra gör även om arbetstagaren i sin roll som sjukskriven skapar kopplingar till och mellan övriga aktörer likt ett aktörsnätverk. Det senare kännetecknas av att mellanorganisatoriska relationer följer av formella organisationsstrukturer där roller och funktioner är definierade, samt att eventuella bindningar organisationerna emellan utgörs av lösa och temporära kopplingar (Czarniawska, 2014; Lindberg & Czarniawska, 2006).

I motsats till aktörsnätverk kännetecknas handlingsnät av desto tätare kopplingar som följer av gemensamt utvecklade handlingsramar. Sådan ramar kan som i denna studie utgöras av målet att på lämpligast sätt hjälpa en utmattningsdiagnostiserad arbetstagare tillbaka till arbete obeaktat av vad generellt utformade regelverk föreskriver. Den sjukskrivne arbetstagaren utgör härigenom ett *gränsobjekt* (jmf Lindgren & Czarniawska, 2006; Löfström, 2010; Star, 2010) som det skapas handlingsnät runt. När en materialiserad idé – såsom idén om snabb återgång i arbete - plockas upp av aktörer involverade i arbetstagarens väg tillbaka i arbete, översätts och tolkas denna utifrån gemensamma preferenser även om aktörerna agerar inom olika organisatoriska fält (jmf DiMaggio & Powell, 1983). Härigenom skapas dels en öppenhet för kollektiv omtolkning och förändring av en historiskt materialiserad idé, dels skapas möjlighet till gemensamt lärande och kunnande över organisationsgränserna (jmf Gherardi, 2012). Utgångspunkten är att handlingar följer av gemensamt utvecklade preferenser snarare än av organisationsstrukturens formella roller och funktioner (Czarniawska, 2014; Lindberg & Czarniawska, 2006). Dessa båda perspektiv – aktörsnätverk respektive handlingsnät – ger oss möjlighet att fördjupa förståelsen för sättet som involverade aktörer i den sjukskrivnes väg tillbaka i arbete kopplas samman på.

Som nämndes tidigare påverkar organisatoriska gränser möjligheten till samverkan, vilket inte minst är en central aspekt i rehabiliteringen av sjukskrivna. För att samverkan ska få önskat resultat fordras att organisatoriska gränser i viss utsträckning överbryggs; det vill säga ett gränsarbete som kopplar olika aktörer samman (jmf Lindberg, 2002):

*Gränsarbete är i hög grad en normativ handling som involverar individer (deras handlingar), institutioner och strukturer (organisatoriska och samhällsliga). I gränsarbetet blir gränserna både föremål som individen förhåller sig till och redskap för att styra verksamheten mot den inriktning man själv önskar. Det handlar om makt och kontroll av gränserna. (Löfström, 2010, s. 34)*

Av citatet ovan framgår att gränsarbete fyller två till varandra motsatta funktioner. Å ena sidan främjas ”kopplandet” mellan olika aktörer av gränsarbete, å andra sidan bidrar gränsarbete till att reproducera befintliga institutionella gränser. Runt gränserna uppstår förhandlingar rörande resursaspekter, mål och inriktning, samt prioriteringsaspekter, vilket sammantaget berör dimensioner av makt och legitimitet (jmf Suchman, 1995). I denna studie kommer begreppet gränsarbete användas i syfte att belysa den sjukskrivnes roll i den organiseringspraktik som snabb återgång i arbete ger upphov till. Begreppet hjälper oss även att synliggöra eventuella maktrelationer mellan berörda aktörer, samt vilka logiker som ges företräde i organiseringspraktiken.

## Återgång i arbete– en organiseringspraktik genomsyrad av motstridiga logiker

I följande avsnitt kommer resultaten av intervjustudien att presenteras och diskuteras. I fokus står den organiseringspraktik som arbetstagare med diagnosen utmattningssyndrom blir del av så snart kontakt med Försäkringskassan etableras i syfte att förnya och/eller ansöka om sjukpenning.

### Idén om snabb återgång i arbete – en riskfaktor för återfall i sjukdom

Utmärkande för diagnosen utmattningssyndrom är som inledningsvis nämndes den relativt långa sjukskrivningstiden i jämförelse med andra diagnosgrupper, samt den höga risken för återfall i sjukdom. Att återhämta sig från diagnostiserad utmattning rekommenderas av den medicinska professionen att ske stegvis via upptrappning av arbetstiden tillsammans med initialt anpassade arbetsuppgifter. Dessa rekommendationer vilar på en medicinsk logik som grundas i antaganden om att behandling av sjukdom ska baseras på beprövad erfarenhet och vetenskaplig kunskap. I kontrast till denna står Försäkringskassans omställningslogik som genomsyras av normer om snabb återgång till lönearbete, aktivt deltagande i rehabiliteringen, samt tidsbegränsning av sjukpenningen (jmf Wall et al., 2019). I detta korsdrag av interinstitutionella logiker (jmf Purdy & Gray, 2009; Thornton et al., 2012; Thornton & Ocasio, 2008) befinner sig arbetstagaren i sin väg tillbaka till arbete. Fackligt ombud beskriver denna situation enligt följande:

*/.../medlemmen eller den anställda blir utsatt för en massa frågor av arbetsgivaren och är man då ensam med Försäkringskassan, med alla, så då känns det tryggt att ha någon som har varit med om detta här tidigare. /.../ nu ska vi utvärdera hur mycket arbete du kan göra, och då ringer ju HR till Previa i detta fallet och som säger att vi vill göra en sådan här test på den som det gäller. /.../ många som är sjuka eller har utmattning, de vill jättegärna gå tillbaka till 100% för de känner sig pressade /.../ så säger man ju att nej man ska inte gå upp till 100%, de ska nöja sig med 75 eller 50%. (Fackligt ombud, högre utbildning)*

*Alltså de är sjukskrivande läkare och träffar patienterna och gör bedömningar utifrån objektiva undersökningsfynd och så vidare. Och sedan så kommer Försäkringskassan och säger att ja men det är vi som bedömer vad det finns för arbetsförmåga, så att jag tror de (läkarna, egen tolkning) känner sig ifrågasatta. Jag tycker hela systemet är egentligen snedvridet. (Fackligt ombud, industrin)*

Fackliga ombud konstaterar vidare att facket oftast blir kontaktad av medlem när 180-dagarsgränsen närmar sig och då Försäkringskassan beslutar om att arbetsförmågan ska prövas mot arbetsmarknaden i sin helhet. Denna tidsgräns upplevs som fyrkantig när den tillämpas alltför strikt. Detta kan enligt informanten bidra till ett demoraliserande av vägen tillbaka till arbete:

*Arbetsgivaren har en ganska stor förståelse för cheferna kommer ju själva från den världen, så att man förstår ju hur det här är och så måste man förhålla sig till regelverken. Men det kan vara ganska demoraliserande för att om man (Försäkringskassan) kommer med så fyrkantiga budskap som dagar, eller en annan arbetsmarknad eller sådant, då är man ju inte, det försämrar ju, det dödar ju bara lusten att faktiskt göra sitt jobb. (Fackligt ombud, högre utbildning)*

*/.../ och så blir man kanske sjukskriven på 50% och så försöker man komma tillbaka, och så går inte det, och så fortsätter man vara sjukskriven, och sedan är man inne i den här..., och så blir det väldigt stress kring att inte få vara sjukskriven. (HR-specialist/konsult, offentlig förvaltning)*

Av citaten ovan framgår att organiseringspraktiken rymmer ett normativt gränsarbete (jmf Löfström, 2010) som för arbetstagare med diagnosen utmattningssyndrom är svårt att förhålla sig till. Fackliga ombud beskriver hur det i praktiken uppstår gränskonflikter runt patienten och som relaterar till fältspecifika logiker (jmf DiMaggio & Powell, 1983; Scott, 2008) i synen på hälsa kontra arbetsförmåga. Dessa båda begrepp representerar två till varandra olika normativa antaganden som ligger till grund för hur idén om snabb återgång i arbete tolkas, översätts och materialiseras (jmf Czarniawska & Joerges, 1996; Latour, 1984). Som nämndes inledningsvis i detta kapitel vägleds och legitimeras den medicinska professionens gärningar av fältspecifika etiska principer som bland annat fastslår att läkare ska utgå från patientens hälsa (Läkarförbundets etiska regler, [www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se)) I kontrast till dessa står Försäkringskassans gärningar som i allt väsentligt legitimeras genom den rättmätiga roll (Börjesson, 2022) som myndigheten anser sig ha i relation till politiska mål och policys (uttolkare av exempelvis den politiska målsättningen om 9,0 sjukpenningdagar per arbetstagare och år för riket i genomsnitt). Därutöver legitimeras myndighetens handlingar av regulativa faktorer såsom rehabiliteringskedjan (jmf Scott, 2008) vilka tolkas, översätts och materialiseras till inomorganisatoriska diskursiva praktiker (jmf Wall et al., 2019).

Ett bärande antagande inom Arbetslinjen är att sjukdom inte är liktydigt med avsaknad av arbetsförmåga. Detta antagande har kommit att få en central betydelse

för organiseringen av återgång i arbete genom att bedömning av arbetsförmåga, som organiserande idé och handling, har kommit att institutionaliseras med stöd av rekommendationer och lagstiftning (såsom försäkringsmedicinskt beslutsstöd och rehabiliteringskedjan; jmf Scott, 2008). Genom att särkoppla arbetstagarens hälsa från idén om snabb återgång i arbete, öppnas möjligheten upp för andra yrkesgrupper än läkare att genomföra sådana bedömningar. Läkarpensionens ensamrätt att diagnostisera sjukdomar får härigenom en underordnad betydelse eftersom bedömning av arbetsförmåga inte är liktydigt med diagnos och därav inte förbehållen läkarpensionen. Detta betyder vidare att pensionens tolkningsföreträdare i frågor om hur snabbt en arbetstagare kan återvända till arbete vid sjukdom, kan på rättsliga grunder ifrågasättas och omprövas med hänvisning till formella regelverk, policys och rutiner. Detta betyder också att organiseringspraktiken fylls med fler yrkeskategorier tillhörande olika organisatoriska fält formade av olika institutionella logiker, vilket sammantaget bidrar till ökad komplexitet och juridifiering i frågor om vem som gör korrekt bedömning, vem som har rätt kompetens att bedöma arbetsförmåga, samt vad bedömning av arbetsförmåga ska grundas på (jmf Högsta Förvaltningsdomstolens dom).

I centrum av detta interinstitutionella, juridifierade och komplexa sammanhang befinner sig som sagt den sjukskrivna arbetstagaren som lämnas till att hantera å ena sidan läkarnas rekommendationer om att stegvis trappa upp arbetsintensiteten baserat på bedömning av hälsa, å andra sidan Försäkringskassans uppmaningar om att återgå till arbete så snabbt som möjligt. Det senare kommer till uttryck genom bland annat formella tidsramar för hur länge sjukpenning kan erhållas. Det uttrycks också genom att ersättningen är villkorad av aktivt deltagande och visad progression i rehabiliteringen. För patienter med diagnosen utmattningssyndrom blir denna situation särskilt svår att navigera inom då sjukdomen kännetecknas som tidigare nämnt av orkeslöshet och bristande kognitiv förmåga. Informanter med erfarenhet av utmattningssyndrom beskriver hur deras återgång till arbete följdes av upprepade sjukskrivningar:

*Sedan så gick det väl något år till med 2009–2010 alltså ett halvår där någonstans så åkte jag dit igen och fick väl i princip själv ta ansvar för att liksom konstatera att det kanske är så att man har alldeles för många arbetsuppgifter. /.../ Sedan i mars 2013 så brakade det ihop totalt för mig och sedan har jag i princip varit sjukskriven. Jag var inne och provade, började gå upp i arbetstid och så vidare, och sedan var jag inne och provade att jobba, kom upp i 100% och skulle börja jobba 100% i januari 2015 och det gick i 3 veckor och sedan så brakade det ihop totalt igen. /.../ Då hade jag under året innan successivt försökt att arbeta upp, att börja med 25% avgränsade arbetsuppgifter, och sedan 50 och sedan 75 och 100% från 1 januari 2015... (Arbetstagare, industrin).*

*Och där i slutet av sommarn så gick jag upp till 50% och det var verkligen fantastiskt att komma tillbaka. /.../ Så ökade det till 50% och då kom det slutgiltigt besked från Försäkringskassan att jag inte längre hade rätt till sjukersättning, och att jag*

*antingen fick anmäla mig arbetslös eller gå tillbaka och arbeta 100% för att inte förlora min sjukpenningsgrundande nivå då. Och det var faktiskt, alltså det var lite stressande måste jag säga för att jag hade ju varit i kontakt framför allt med reko då i samtal om hur den här planen för att komma tillbaka till arbete skulle se ut. (Arbetstagare, utbildning)*

## Ingenmansland – en praktik med svaga kopplingar och täta gränser

I föregående avsnitt konstaterades att bedömning av arbetsförmåga har öppnat upp för fler yrkesgrupper att vara del i den organisering som idén om snabb återgång i arbete ger upphov till. Med fler aktörer följer som sagt en ökad komplexitet och därav ökat behov av gränsöverskridande organisering i syfte att överbrygga institutionella olikheter och bristande samsyn kring hur utmattningssyndrom bäst ska hanteras ((jmf Czarniawska, 2014; Gherardi & Rodeschini, 2016; Lindberg & Czarniawska, 2006; Lindberg, 2002; Löfström, 2010)). Det kan som i exemplet nedan handla om en situation som arbetstagaren råkar hamna i efter utökade arbetsuppgifter i anslutning till omorganisation och som blir arbetstagaren övermäktig. Situationen förvärras av att arbetstagaren hamnar i ett institutionellt *ingenmansland* som metaforiskt beskriver hur arbetstagaren ”faller mellan stolarna” till följd av chefsbyte i kombination med undermålig diagnostisering av den medicinska professionen:

*Och sedan blev hon sjuk och går hem. Samtidigt så ska hon byta avdelning, så att det blir att den gamla chefen blev liksom frikopplad hennes ärende, för att han hade varit inne lite tidigare och liksom varit, men nu hamnade hon liksom med ny chef och hon blev borta och tog kontakt med mig för att vårdcentralen inte ville sjukskriva henne, utan de hade sagt att du som ser så piggelin ut, du är inte sjuk. Och jag hörde på henne att hon är kraschad, alltså hon är chef. Jag fattar inte hur en vårdcentral har kunnat agera på det sättet. (HR-specialist/konsult, industrin)*

I likhet med exemplet ovan ger fackligt ombud som företräder medlemmar inom industrin exempel som belyser hur gränserna mellan olika aktörer bidrar till att försätta arbetstagaren i en svårhanterbar situation. I detta exempel börjar sjukskrivningen med en arbetsplatsolycka/försättningskada som fordrar operation, och som senare leder vidare till psykisk ohälsa då arbetsgivaren inte har möjlighet att anpassa arbetsuppgifterna till arbetstagarens behov. Försäkringskassan bedömer därför arbetstagarens arbetsförmåga i relation till befintliga arbetsuppgifter som alltför begränsad för att rehabilitering ska vara aktuellt, och hänvisar arbetstagaren till Arbetsförmedlingen samtidigt som sjukpenningen upphör. Arbetsförmedlingen å sin sida bedömer arbetstagaren som alltför sjuk för att kunna stå till arbetsmarknadens förfogande, och hänvisar därför arbetstagarens tillbaka till Försäkringskassan:

*Vi har haft medlemmar som skulle operera någon del i knät, eller om det var höften, men där väntetid på operation inom Region X var så lång. Under tiden så blev han utförsäkrad av Försäkringskassan och var tvungen att återgå till jobb, och det kunde han ju inte för arbetsgivaren hade liksom inget arbete som han kunde koppla den här personen till, och blev då istället uppsagd på grund av arbetsbrist för att det finns liksom inget arbete han kan utföra. Men egentligen är sjukskriven för han går till Arbetsförmedlingen, så säger AF; nä men vi kan inte ta hand om dig, du är för sjuk för att jobba. Men när man bollar till Försäkringskassan så säger de; ja men du är ju frisk /.../. Ja och då slutar det med att den här personen då på grund av att egentligen han hade en förlitningsskada där det var en arbetsplatsolycka jag tror att knät, så blir han till slut sjukskriven för stress, alltså för att det här blir så stressad situation för honom att bollas runt för att han blir deprimerad, så det blir en utmattningsdepression till slut. (Fackligt ombud, industrin)*

I detta sammanhang används *ingenmansland* som liknelse för det interorganisatoriska mellanrum som arbetstagaren hamnar i då olika aktörer agerar obeaktat av varandra och i enlighet med det egna fältets logik (jmf Czarniawska, 2014; Lindberg & Czarniawska, 2006; Lindberg, 2002; Löfström, 2010; Thormton et al., 2012). Ingenmansland karaktäriseras av att det saknas ett sociomateriellt sammanhang för de olika aktörerna att samfälligt agera och utveckla gemensam kunskap inom som inte enbart präglas av juridiska rättesnören som *gör* den sjukskrivne till ett sociopolitiskt objekt för rehabiliteringskedjan att hantera. Nuvarande organiseringspraktik kännetecknas av ett *take care of* där *care* i detta sammanhang i huvudsak utgör en socialförsäkringstjänst som utförs i enlighet med omställningsförsäkringens logik. *Take care of* kommer bland annat till uttryck genom den praktik som den sjukskrivne möter och som i allt väsentligt syftar till att få denna att återgå i arbete så fort som möjligt; det vill säga få den sjukskrivne att lämna sjukförsäkringssystemet. I kontrast till detta står *caring for* som kan kopplas till den medicinska professionens etiska principer (jmf Gherardi & Rodeschini, 2016; Stensöta Olofsdotters, 2010). Att bry sig om patienten och att agera utifrån dennes hälsa är dock inte alla gånger förenligt med det sätt rehabiliteringskedjan är utformad på. Det uppstår därför situationer där *take care of* står i konflikt med *caring for*, vilket bland annat synliggörs i utformningen av sjukintyg, se kommande avsnitt.

Arbetspraktiken runt arbetstagarens återgång i arbete styrs och struktureras således utifrån rehabiliteringskedjan som tillhandahåller ”färdigtolkade” riktlinjer för *hur* snabb återgång ska gå till. Dessa riktlinjer gör ingen åtskillnad mellan somatiska eller psykiska diagnoser, och någon öppenhet för omtolkning med utgångspunkt i arbetstagarens hälsa förefaller vara begränsad trots det försäkringsmedicinska beslutsstödet som vägleder läkarnas bedömning av arbetsförmåga. Det saknas även som konstaterades i tidigare avsnitt interorganisatoriska arenor, sociomateriella sammanhang, som möjliggör för kollektivt lärande och utveckling (jmf Gherardi, 2012) och som främjar en diagnosspecifik praktik vilken genomsyras av ett *caring for*. Snarare kan nuvarande organiseringspraktik liknas vid ett aktörsnätverk (jmf Czarniawska, 2014; Lindberg & Czarniawska, 2006; Lindberg, 2002; Löfström, 2010) i vilket var och en agerar utifrån



den egna organisationens formella rollstruktur och sociomateriella praktik, samt i linje med det egna fältets logik (jmf DiMaggio & Powell, 1983; Gherardi, 2012; Gherardi & Rodeschini, 2016; Thornton & Ocasio, 2008). Försäkringskassan agerar exempelvis i enlighet med övertygelsen om att sjukförsäkringen är en omställningsförsäkring som fordrar aktiva motprestationer (Börjesson, 2022). Arbetsgivaren agerar utifrån en marknadsekonomisk logik (kapitalistisk systemets logik, jmf Friedland & Alford, 1991; Greenwood et al., 2011) där arbete utgör en vara som arbetstagare säljer och som arbetsgivare köper.

Då praktikerna i mångt och mycket är institutionellt avgränsade från varandra, kan respektive aktör agera tämligen obeaktat av andra. Detta gäller emellertid inte den sjukskrivne arbetstagaren vars *sjukskrivningspraktik* är villkorad av andra aktörers handlingar såsom vid införskaffande av sjukintyg, se kommande avsnitt. Arbetstagaren är även beroende av att övriga aktörer samverkar över den egna praktikens gränser (jmf Löfström, 2010), vilket bland annat rehabiliteringskoordinatorrollen syftar till att underlätta (jmf Flädjemark, 2023). När inte detta sker, som framgår av citaten ovan, begränsas arbetstagarens utrymme och förmåga att vara en *aktivt* handlande aktör i den egna sjukskrivningspraktiken, vilket riktlinjerna i rehabiliteringskedjan föreskriver. För att erhålla sjukpenning tvingas därför den sjukskrivne att axla rollen som *interinstitutionell gränsarbetare*; en roll som är särskilt utmanande för arbetstagare diagnostiserade med utmattningssyndrom.

Med rollen som gränsarbetare följer ett arbete (jmf Löfström, 2010) som sjukskrivna med diagnosen utmattningssyndrom många gånger saknar kapacitet och resurser för att lyckas med. Gränsarbetets praktik, eller i termer av arbetstagarens sjukskrivningspraktik, kännetecknas av att patienten lämnas till att på egen hand *koppla* de olika aktörerna samman i syfte att bli *taken cared of*, vilket fordras för beviljande av sjukpenning. Att bli *taken cared of* följer således inte per automatik av Försäkringskassans tjänster, utan detta måste den sjukskrivne aktivt själv ombesörja.

Den sjukskrivne gör härigenom sig själv till gränsobjekt (jmf Czarniawska, 2014; Lindberg & Czarniawska, 2006; Lindberg, 2002; Star, 2010) som det finns möjlighet för övriga aktörer att skapa gemensamma tolknings- och handlingsnät runt. Men då det som tidigare nämnts saknas arenor och sociomateriella sammanhang kopplade till specifikt diagnosen utmattningssyndrom, och som genomsyras av gemensamma etiska principer i linje med *caring for*, görs patienten snarare till objekt för Försäkringskassan att *take care of*. Som interinstitutionell gränsarbetare bidrar härigenom patienten till upprätthållandet av befintliga organiseringsgränser (jmf Löfström, 2010); en paradox som kan undvikas om de olika aktörerna agerar utifrån *caring for*. Fackligt ombud beskriver erfarenheterna av samverkan på följande sätt:

*Alltså i detta fallet när man får en och samma handläggare som vet hur X arbetar, så upplever jag att då har Försäkringskassan en större acceptans för de förslag, eller alltså för hur processen ska fortlöpa. Man är inte så drivoande från Försäkringskassan. Alltså hela tiden så är det att man vill att den enskilde ska gå upp i tid, annars söka nytt arbete. Det är sällan man säger det när man sitter med*

*samma försäkringshandläggare. (Fackligt ombud, offentlig tjänstesektor)*

Som nämndes ovan utmärks ingenmansland av ett take care of som understöds av regelverk och riktlinjer inom rehabiliteringskedjan. Dessa juridiska redskap bidrar även till att strukturera relationerna mellan berörda aktörer. Detta visas exempelvis genom fackets funktion som är att bistå medlemmen i frågor om rättigheter gentemot både arbetsgivare och myndighet:

*/.../ så är det ju så att vi kommer tyvärr oftast in för sent. Alltså när arbetsgivaren då har rehabiliteringsansvaret och det kan vara många gånger på grund av okunskap, men när de inte sätter i gång rehabkedjan i tid. Och sedan är det då, den anställda är sjukskriven och så blir det med ganska automatik efter 180 dagar utförsäkrad för att Försäkringskassan då bedömer att arbetsförmågan finns för att pröva andra jobb, och det är då egentligen vi ofta blir inkopplade som fackförbund. (Fackligt ombud, högre utbildning)*

*/.../ och då kan man ju säga att vår uppgift i detta, det är att se till att processen för det första blir schysst, en bra process där man arbetar med att kartlägga och inte skuldlägga individen. Så att det är ofta det, alltså problemet med rehabilitering i de här fallen är att du som utsatt som sjuk, så är du ganska känslig för hur t.ex. en arbetsgivare eller för den delen också en läkare eller Försäkringskassan som kan vara med, hur de uttrycker sig. (Fackligt ombud, högre utbildning)*

## Sjukintyget som organisatoriskt gränsobjekt

I organiseringen av återgång i arbete har sjukintyget erhållit en central funktion, vilket inte minst framgår av Högsta Förvaltningsdomstolens dom (Mål: 5070--5071-21). Detta hänger samman med att intyget utgör såväl grund för ekonomisk trygghet som ett arbetsrättsligt skydd mot godtycklig uppsägning då det ger arbetstagaren rätt i sin anställning till rehabiliteringsinsatser och anpassning av arbetsuppgifter. Om intyget inte godkänns av Försäkringskassan på grund av bristande objektiva undersökningsfynd, eller om det saknar information om progression i tillfriskningen, riskerar arbetstagaren att hamna i en mycket svår situation. I likhet med de fackliga ombudens erfarenheter beskriver en av informanterna sin erfarenhet av kontakten med Försäkringskassan rörande tidsbegränsningen och sjukintygen på följande sätt:

*Jag fick, ja efter två månader så fick jag plötsligt en dag ett samtal från Försäkringskassan från min handläggare som ville säga att jag snart inte kunde vara sjukskriven mer, och då hade det ju inte gått 6 månader. Så jag var väldigt stressad över det där därför att handläggaren menade på att ja men du måste snart börja tänka på att byta arbete för du kommer inte kunna vara sjukskriven länge till. Och om du inte klarar av ditt arbete, så får du skaffa ett annat arbete. /.../*

*Sedan så dröjde det en månad till och då kom det ett besked från Försäkringskassan om att man var missnöjd med läkarens intyg därför att läkarens intyg inte hade förändrat sig tillräckligt mycket under tiden, och då var det tecken på att det inte fanns någon progression och att man inte arbetade tillräckligt mycket. (Sjukskriven arbetstagare, lärare)*

Av informantens berättelse ovan framgår att sjukintyget fyller en legitimerande funktion för den sjukskrivne i relation till Försäkringskassans krav och förväntningar. För att styrka den sjukskrivnes självupplevda sjukdomsstatus, vilket diagnostiseringen av utmattningssyndrom huvudsakligen grundas på, förväntas intyget innehålla objektiva undersökningsfynd som visar på progression i tillfriskningen. I linje med aktiveringspolitikens principer (Börjesson, 2022; Junestav, 2004, 2007) bär den sjukskrivne själv ansvaret för att sjukintyget uppdateras och fyller Försäkringskassans krav. Att utföra ett sådant *gränsarbete* är som nämndes tidigare särskilt utmanande för patienter med diagnosen utmattningssyndrom då sjukdomen är förenad med bland annat orkeslöshet och nedsatt kognitiv förmåga (se tidigare avsnitt). Informanten berättar vidare:

*Det kom ett brev och sedan så fick jag också ett samtal från handläggaren igen som sa att det var min uppgift att ta kontakt med läkaren, och det var min uppgift att se till att intyget överensstämde med mitt mående. Då försökte jag säga att ja men jag är ju inte läkare, jag är ju patient och jag kan inte, det skulle vara helt oetiskt av mig. För det första så kan jag inte, men jag kan inte säga till min läkare vad min läkare ska skriva. Jag kan bara berätta om hur jag mår, och då kom det igen ett brev om att man då överväger om att dra in ersättningen om det inte kom in ytterligare uppgifter. Och jag var ju i kontakt med både läkare och reko som diskuterade om vad de trodde att Försäkringskassan ville, och vad det var som var fel. (Sjukskriven arbetstagare, lärare)*

Det framgår av citatet ovan att sjukintyget – som organiserande gränsobjekt (jmf Czarniawska, 2014; Lindberg & Czarniawska, 2006; Lindberg, 2002; Löfström, 2010) – innehar två till varandra motstridiga funktioner. För det första, sjukintyget har i motsats till patienten (som sjukförsäkringsobjekt) potential till att koppla samman patient, läkare, rehabiliteringskoordinator, arbetsgivare, fackliga ombud och myndighetshandläggare över befintliga sociomateriella praktiker. Denna möjlighet består i att sjukintyget utgör startpunkt i den kedja av handlingar som följer utifrån rehabiliteringskedjans juridiska riktlinjer. För exempelvis arbetsgivaren fordras ett sjukintyg innan eventuella rehabiliteringsinsatser vidtas, och på liknande sätt kräver Försäkringskassan intyg innan sjukpenning kan beviljas. Likt ett nätverk av aktörer (Czarniawska, 2014) kopplas således aktörerna samman via sjukintyget, men kraften i kopplingarna är tämligen svaga då respektive aktör, som nämndes tidigare i föregående avsnitt, agerar självständigt och utan närmare samarbete med övriga parter. Detta visas exempelvis vid planeringsmöten där erfarenheterna från fackligt ombud visar att handläggare från Försäkringskassan sällan deltar:

*De [Försäkringskassan] är ju sällan där så att det är inte så mycket att säga om. De kommer extremt sällan. De kommer alldeles för sällan. Det är ett bekymmer idag att vi har ganska liksom hårda tidsgränser, 90 och 180 dagar, och så vidare som måste liksom hållas och beaktas, men Försäkringskassan är ju nästan aldrig där för att lyssna på medlemmen och förstå situationen. (Fackligt ombud, högre utbildning)*

Att sjukintyget är förenat med svaga kopplingar följer av att idén om snabb återgång i arbete inte är förenad med någon gemensam gränsöverskridande praktik som genomsyras av *caring for* (se tidigare avsnitt om ingenmansland). I en kontext präglad av *take care of* ges läkarintyget en instrumentell och närmast administrativ funktion. Som administrativt redskap reduceras intyget till ett juridiskt laddat (materiellt) objekt som kopplas samman med frågor om rätten till sjukpenning, tillräcklig progression i tillfriskningen för att behålla sjukpenning, skyldigheter att återgå i arbete, till nivåer av sjukskrivning, eller till frågor om objektiva undersökningsfynd<sup>9</sup>. Av citaten framgår också att relationen mellan Försäkringskassan och den sjukskrivne bidrar till ett *take care of* genom att kommunikationen och relationen/kopplingen mellan myndighetshandläggare och försäkringstagare sker brevledes och/eller via telefonsamtal. En sådan sociomateriell praktik (jmf Gherardi & Rodeschini, 2016; Nyberg, 2009; Sewell et al., 2012) som saknar mellanmänskliga möten och som i allt väsentligt formas runt regelverk, bristande sjukintyg och sjukpenningsdeadlines, gör som tidigare nämnts individen till ett socialförsäkringsmedicinskt objekt som Försäkringskassan måste hantera så snabbt som möjligt.

Sjukintyget bidrar således inte enbart ur ett organiseringsperspektiv till att koppla samman olika aktörer, utan som nämndes inledningsvis fyller intyget även en motsatt funktion. För det andra, som verktyg i administrationen av sjukskrivnas väg tillbaka i arbete bidrar intyget till ett isärhållande mellan *take care of* och *caring for* (jmf Gherardi & Rodeschini, 2016). Sjukintyget utformas av medicinsk profession vars gärningar, som tidigare nämndes, präglas av etiska principer i frågor om patienters hälsa. Utifrån det medicinska fältets logik är ett intyg därför sammanvävt med ett *caring for*. Samtidigt är intyget inbäddat, som också nämndes tidigare, i ett försäkringsmedicinskt *take care of* vars överordnade mål är att få sjukskrivna att lämna omställningsförsäkringen (jmf Börjesson, 2022; Wall et al., 2019). Som administrativt redskap och juridisk materia utgör sjukintyget härigenom ett ”ofarligt” ting som Försäkringskassan styr över genom att koppla samman intyget till arbetsförmåga och inte hälsa. De betydligt mer laddade konfliktfrågorna som rymmer dimensioner av makt och som utspelas runt gränserna mellan de organisatoriska fälten (jmf Löfström, 2010), ges härigenom begränsat utrymme för öppen konflikt. Utifrån rådande premisser bidrar utfärdande av sjukintyg således till att hålla uppe nuvarande gränser genom att läkarprofessionen blir del i att

---

<sup>9</sup> Det senare synliggörs genom Högsta Förvaltningsdomstolens dom i frågan om vad som anses vara objektiva fakta i ett läkarintyg (se tidigare avsnittet om Högsta domstolens beslut).

hålla isär *take care of* och *caring for*. Utan läkarnas aktiva medverkan skulle stora delar av sjukförsäkringens organisering få göras om.

## Sammanfattning av resultat

Syftet med detta kapitel är att belysa och fördjupa förståelsen för hur den till synes enkla idén om snabb återgång i arbete vid sjukdom, har utvecklats till en komplex organiseringspraktik som framför allt sjukskrivna arbetstagare med diagnosen utmattningssyndrom har svårighet att navigera inom. Resultaten av studien visar att denna praktik kännetecknas av en omställningslogik som har historiska kopplingar till Arbetslinjen. Organiseringspraktiken utmärks också av ett *take care of* där den sjukskrivne arbetstagaren blir till ett sociopolitiskt objekt för Försäkringskassan att hantera med stöd av regelverk såsom rehabiliteringskedjan.

Resultaten visar vidare att organiseringspraktiken skapar ingenmansland som patienter med utmattningssyndrom riskerar att hamna i då det saknas arenor och sammanhang som kopplar samman de olika aktörernas praktiker. I detta ingenmansland lämnas den sjukskrivne till arbetet som interinstitutionell gränsarbetare i syfte att uppfylla rehabiliteringskedjan krav för beviljad sjukpenning.

Resultaten visar även att sjukintyget fyller två till varandra motstridiga funktioner. Den första relaterar till intyget som organiserande gränsobjekt, vilket följer av att intyget utgör startpunkt för övriga aktörers handlingar. Härigenom kopplas de olika aktörerna samman. Samtidigt fyller sjukintyget en motsatt funktion då detta bidrar till att hålla isär frågor som relaterar till *take care of* respektive *caring for*. Dessa både uttrycker kontrasterande perspektiv på hur sjukskrivna arbetstagare ska bemötas och hanteras på. Sjukintyget är även förenat med juridiska aspekter, vilket gör intyget till ett i huvudsak administrativt redskap i hanteringen av sjukskrivna (*take care of*).

## Slutsatser

I likhet med tidigare forskning med fokus på Försäkringskassan och sjukförsäkringen (Bengtsson & Borglund, 2012; Davidsson, 2015; Junestav, 2004, 2007; Paulsen, 2017) visar denna studie att den till synes enkla idén om snabb återgång i arbete genomsyras av föreställningar kopplade till vikten av egenförsörjning genom aktivt lönearbete. Dessa föreställningar, med historiska rötter inom Arbetslinjen, har i linje med aktiveringspolitiken kommit att omdefiniera sjukförsäkringen till att i högre grad än tidigare vara en tidsbegränsad omställningsförsäkring. I denna förväntas arbetstagare som bedöms ha arbetsförmåga även vara ”skyldiga” att arbeta för att kvalificera sig till försäkringen (Börjesson, 2022; Junestav, 2004, 2007; Lytsy et al., 2000; Nord, 2017, 2018; Seing, 2014). Sådan normativ förväntan som bland annat kommer till uttryck i Försäkringskassans handläggningspraktik (jmf Wall et al., 2019), blir för sjukskrivna

med utmattningssyndrom svår att förhålla sig till då sjukdomen vanligen är förenad med långvarig sjukskrivningstid. Likaså utgör normerna om snabb återgång till arbete, och då gärna heltid, samt att vara aktiv i sin rehabilitering, en betydande utmaning för denna patientgrupp då sjukdomen bland annat kännetecknas av orkeslöshet, nedstämdhet, och nedsatt kognitiv förmåga (www.1177). Det försäkringsmedicinska systemet inkluderat handläggningen av ansökan om sjukpenning ger således begränsat utrymme till anpassning utifrån just diagnosen utmattningssyndrom. Denna slutsats tyder på att antalet återfall i sjukdom kan förväntas öka i takt med att utmattningssyndrom och psykisk ohälsa blir allt vanligare inom arbetslivet, samtidigt som befintliga regelverk är utformade utifrån föreställningar om somatiska sjukdomar.

I motsats till Stensöta Olofsdotters (2010) resultat visar denna studie att organiseringspraktiken av sjukskrivnas väg tillbaka i arbete formas av en omställningslogik som utmärks av ett *take care of* i betydelsen att lösa ett problem som består i att kostnaderna för sjukförsäkringen anses vara för höga (jmf Altermark, 2020; Hollertz et al., 2017; Jacobsson & Hollertz, 2021; Jacobsson et al., 2020). Omställningslogiken begränsar möjligheten till gränsöverskridande samverkan mellan de aktörer som är involverade i rehabiliteringskedjan då logiken står i konflikt med den medicinska professionens etiska principer. Detta visas genom bland annat sjukintyget som har blivit juridiskt (materia) föremål för Högsta Förvaltningsdomstolen att avgöra. Slutsatsen blir härav att logikkonflikten som organiseringspraktiken genomsyras av, "bjuder in" juridiken till att avgöra vad *care* ska förstås som i praktiken. Denna utveckling förstärks även genom att flera olika yrkesgrupper än tidigare har möjlighet att genomföra arbetsförmågebedömningar. Denna möjlighet har öppnats upp genom att sjukdom har kopplats isär från rätten till sjukpenning. Det senare avgörs numera av förmågan att utföra arbete, vilket kan bedömas av fler yrkesgrupper än läkare. Den senare yrkesgruppen har ensamrätt gällande diagnostisering av sjukdom, men arbetsförmågebedömning kan utföras av andra. Organiseringspraktiken fylls härigenom av fler aktörer, vilket skapar ökad komplexitet och därav större risk för logikkonflikter. Det senare relaterar till aktörernas organisatoriska fälttillhörighet som formar betydelsen och meningen av *care*. Det finns således risk för att olika betydelser av *care* i meningen att göra rätt och att göra gott, leder till konflikter som bjuder in till juridiska lösningar. Slutsatsen blir därför vidare att det fordras utveckling av nuvarande organiseringspraktik för att kunna möta en allt större grupp av sjukskrivna med psykisk ohälsa, vilket är möjligt genom att även beakta *caring for*.

Inledningsvis nämndes att Högsta Förvaltningsdomstolen har avgjort mål i tvisten om vad ett sjukintyg ska innehålla. Det är framför allt två aspekter i detta beslut som är av särskilt intresse i relation till idén om snabb återgång i arbete. Den första aspekten rör den sjukskrivnes position i relation till Försäkringskassan som delvis kan komma att förändras. Detta genom att den sjukskrivnes (som subjekt) egna berättelser och erfarenheter tillskrivs större vikt i bedömningen av arbetsförmåga; det vill säga sjukintyget skapas inte enbart utifrån *take care*-praktik. Denna förändring innebär vidare att relationen mellan individ och myndighet förändras. Den sjukskrivne får i

högre grad än tidigare ett utrymme att aktivt agera i bedömningen av arbetsförmåga och därigenom hanteringen av den egna sjukdomspraktiken. Detta öppnar upp för att individen som aktiv aktör blir ett gränsobjekt runt övriga aktörer kan samlas för att skapa mellanorganisatoriskt gränsarbete (jmf Czarniawska, 2014; Lindberg & Czarniawska, 2006; Lindberg, 2002; Löfström, 2010). I nuvarande praktik ges den sjukskrivne rollen som gränsarbetare; en roll och ett arbete som lämpar sig illa för patienter diagnostiserade med utmattningssyndrom.

Den andra aspekten som följer av domstolens beslut rör den medicinska professionens position i relation till Försäkringskassan. Den rättmätiga roll som Försäkringskassan anser sig ha gällande uttolkningen av socialförsäkringsmedicinsk lagstiftning, underkänner Förvaltningsdomstolen med hänvisning till att bedömningen av arbetsförmåga görs inte enbart utifrån omställningslogikens antaganden, utan även utifrån den medicinska professionens logik. Denna förändring innebär vidare att den medicinska professionen, i likhet med Försäkringskassan, också är rättmätiga uttolkare av lagstiftningen. Denna förändring kan förväntas ha betydelse i det praktiska arbetet med sjukintyg då detta går från att i huvudsak koppla aktörer samman i aktörsnätverk, till att vara ett objekt som rymmer både professionens etik och Försäkringskassans omställningslogik. Detta möjliggör vidare för kollektiva handlingar, lärande över organisationsgränser och till utveckling av gemensamt kunnande i enlighet med *caring for*-praktik (Gherardi & Rodeschini, 2016).

I ett bredare organiseringssteoretiskt perspektiv bidrar denna studie till att visa hur till synes enkla idéer får stor betydelse i organiseringspraktiker när dessa tolkas, översätts och materialiseras utifrån befintliga institutionella logiker. Härigenom blir den materialiserade idén ännu ett sociomateriellt redskap att använda i befintlig organiseringspraktik, vilket bidrar till att befästa rådande handlingsmönster och gränser. I miljöer och sammanhang där olika organisationer tillhörande olika organisatoriska fält är tvingade att agera utifrån ett gemensamt ändamål, uppstår en tolknings- och översättningskamp om vem som är den rättmätiga uttolkaren av idén och vem som i förlängningen har makten att definiera hur porösa de formella gränserna mellan organisationerna behöver vara. För aktörer som inte har resurserna att delta i sådan kamp, men som utgör anledningen till att andra aktörer behöver samverka, utgör detta en risk för att hamna i ett institutionellt ingenmansland.

## Referenser

- Altermark, N., (2020). 101 Avslagsmaskinen: byråkrati och avhumanisering i svensk sjukförsäkring.
- Bengtsson, M., & Berglund, T. (2012). Den stora omvandlingen-Svensk arbetsmarknadspolitik under tre decennier. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 18(3), 21-33.
- Börjesson, A. (2022). Välfärdsstatens tjänare eller herre? Försäkringskassans självideologi som förklaring till utomparlamentarisk förändring av sjukförsäkringen. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 28(2), 12-31.

- Czarniawska, B., & Joerges, B. (1996). Travels of ideas. *Translating organizational change*, 56, 13-47.
- Czarniawska, B. (2014). *A theory of organizing*. Edward Elgar Publishing.
- Edebalk, P. G. (2010). Arbetsgivarna, sjukförsäkringen och sjuklönen-en historik. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 16(3), 27-38.
- Davidsson, T. (2015). *Understödet rationalitet. En genealogisk studie av arbetslinjen under kapitalismen*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet Malmö: Égalité
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American sociological review*, 147-160.
- Edebalk, P. G. (2010). Arbetsgivarna, sjukförsäkringen och sjuklönen-en historik. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 16(3), 27-38.
- Feldman, M. S., & Orlikowski, W. J. (2011). Theorizing practice and practicing theory. *Organization science*, 22(5), 1240-1253.
- Flädjemark, U. (2023). Viljan att vara reko: Biopolitik och professionsetik-rehabkoordineringens janusansikte (Doctoral dissertation, Malmö universitet).
- Friedland, R., & Alford, R.R. (1991). 'Bringing Society Back in: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions', in Powell, W.W. and DiMaggio, P.J. (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gherardi, S. (2012). Why do practices change and why do they persist? Models of explanations. In *Practice, learning and change: Practice-theory perspectives on professional learning* (pp. 217-231). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Gherardi, S., & Rodeschini, G. (2016). Caring as a collective knowledgeable doing: About concern and being concerned. *Management Learning*, 47(3), 266-284.
- Greenwood, R., Raynard, M., Kodeih, F., Micelotta, E. R., & Lounsbury, M. (2011). Institutional complexity and organizational responses. *Academy of Management annals*, 5(1), 317-371.
- Hollertz, K., Jacobsson, K., & Seing, I. (2017). Den transparanta organisationen: Handläggaren och visibilitetskulturen i Försäkringskassan. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 24(3-4).
- Jacobsson, K., Seing, I., & Hollertz, K. (2019). *Följsamhet som styrningsideal hos Försäkringskassan-ett hot mot rättssäkerheten?*. *Socialmedicinsk tidskrift*, 96(5). 682-689.
- Jacobsson, K., Wallinder, Y., & Seing, I. (2020). Street-level bureaucrats under new managerialism: a comparative study of agency cultures and caseworker role identities in two welfare state bureaucracies. *Journal of Professions and Organization*. (0). 1-18.
- Jacobsson, K., & Hollertz, K. (2021). Commitment and control: Teamwork as management tool in a welfare state bureaucracy. *Sociologisk forskning*, 58(3), 243-265
- Johansson, P., (2003). *Fast i det förflutna - Institutioner och intressen i svensk sjukförsäkringspolitik 1891-1931*. Doktorsavhandling, Stockholms universitet. Lund, Arkiv.
- Junestav, M., (2004). *Arbetslinjer i svensk socialpolitisk debatt och lagstiftning 1930 - 2001*. Doktorsavhandling, Uppsala universitet. Uppsala: Uppsala University Publications
- Junestav, M. (2007). Socialförsäkringssystemet och arbetsmarknaden-politiska idéer, sociala normer och institutionell förändring-en historik (No. 2007: 4). IFAU-Institute for Evaluation of Labour Market and Education Policy.



- Latour, B. (1984). The powers of association. *The Sociological Review*, 32(1\_suppl), 264-280.
- Lindberg, K. (2002). *Kopplandets kraft. Om organisering mellan organisationer*. Doktorsavhandling Göteborgs universitet. Göteborg. Göteborgs universitet.
- Lindberg, K., & Czarniawska, B. (2006). Knotting the action net, or organizing between organizations. *Scandinavian journal of Management*, 22(4), 292-306.
- Lytsy, P., Hansson A. S., & Anderzén, I., (2009). *Sjukförsäkringen – ett decennium av förändring*. *Socialmedicinsk tidskrift*: 2009(6): 561–572.
- Löfström, M. (2010). *Samverkan och gränser: studier av samverkansprojekt i offentlig sektor* (Doctoral dissertation, Högskolan i Borås)
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.
- Nicolini, D. (2009). Zooming in and out: Studying practices by switching theoretical lenses and trailing connections. *Organization studies*, 30(12), 1391-1418
- Nicolini, D. (2012). *Practice theory, work, and organization: An introduction*. OUP Oxford.
- Nord, T., (2017). *Paradigmskifte inom den svenska arbetslinjen - effekter för arbetsförmedlarnas yrkesutövning och yrkesroll*. *Arbetsmarknad och Arbetsliv* 23(4): 27–43.
- Nord, T., (2018). *Arbete som rättighet eller skyldighet*. Doktorsavhandling, Karlstads universitet. Karlstad, Karlstads universitet.
- Nyberg, D. (2009). Computers, customer service operatives and cyborgs: Intra-actions in call centres. *Organization Studies*, 30(11), 1181-1199.
- Orlikowski, W. J. (2007). Sociomaterial practices: Exploring technology at work. *Organization studies*, 28(9), 1435-1448.
- Paulsen, R., (2015). *Vi bara lyder: en berättelse om Arbetsförmedlingen*. Bokförlaget Atlas.
- Paulsen, R., (2017). *Arbetsamhället: Hur arbetet överlevde teknologin*. Bokförlaget Atlas.
- Purdy, J. M., & Gray, B. (2009). Conflicting logics, mechanisms of diffusion, and multilevel dynamics in emerging institutional fields. *Academy of Management Journal*, 52(2), 355-380.
- Rehn, E. (2009). Arbetsförmåga-en relativ förmåga. In *Försäkringskassans forskarseminarium* (pp. 19-28). Försäkringskassan.
- Scott, W. R. (2008). *Institutions and organizations: Ideas and interests*. Sage.
- Seing, I., (2014). *Activating the Sick-Listed: Policy and Practice of Return to Work in Swedish Sickness Insurance and Working Life*. Doktorsavhandling Linköping universitet. Linköping. Linköping University Electronic Press.
- Sewell, G., Barker, J. R., & Nyberg, D. (2012). Working under intensive surveillance: When does 'measuring everything that moves' become intolerable?. *Human Relations*, 65(2), 189-215
- Star, S. L. (2010). This is not a boundary-object. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 41(1), 18-35.
- Stensöta, H. O. (2010). The conditions of care: Reframing the debate about public sector ethic. *Public Administration Review*, 70(2), 295-303.

- Suchman, M. C. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of management review*, 20(3), 571-610.
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (2008). Institutional logics. *The Sage handbook of organizational institutionalism*, 840(2008), 99-128.
- Thornton, P. H., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure and process*. OUP Oxford.
- Wall, E., Selander, J., & Bergman, J., (2019). *Makt och motstånd i rehabiliteringsprocessen: Sanningen om tidig återgång i arbete utmanad*. *Sociologisk forskning*, 56(3-4): 289-309.

## Rapporter och internetlänkar:

1177. Utmattningssyndrom. ([www.1177.se/skane/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/utmattningssyndrom](http://www.1177.se/skane/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/utmattningssyndrom))
- Försäkringskassan. Arbetsinriktad rehabilitering. ([www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/funktionsnedsattning/arbetslivsinriktad-rehabilitering](http://www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/funktionsnedsattning/arbetslivsinriktad-rehabilitering)).
- Försäkringskassan. Socialförsäkringen i siffror 2021. [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)
- Högsta Förvaltningsdomstolen. Dom i mål om sjukpenning och sjukpenninggrundande inkomst. Mål: 5070--5071-21, [www.domstol.se](http://www.domstol.se)
- Socialförsäkringsrapport 2020:6. Att bli arbetssökande efter att ha nekats sjukpenning. Försäkringskassan ([www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se))
- Socialförsäkringsrapport 2020:8. Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. Försäkringskassan ([www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se))
- Sveriges Läkareförbund, Läkareförbundets etiska principer. [www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se)
- Torkelsson, A. C., (2022). Undersökningsfynd inte ett krav i sjukintyg – avgjort i högsta instans. *Läkartidningen*, [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se), 2022-11-16.

# Kapitel 4. Rehabiliteringskoordinatorn som professionspolitiskt janusansikte

*Ulrika Flädjemark*

När dåvarande socialförsäkringsministern våren 2017 gick ut i ett pressmeddelande<sup>10</sup> att en ”ny yrkeskategori ska till inom vården” var det en del i de strategier att förändra den svenska sjukförsäkringen som avlöst varandra under de senaste decennierna. Den nya yrkeskategorin som avsågs var rehabiliteringskoordinatorn vars syfte enligt pressmeddelandet skulle vara att stärka rehabiliteringsstödet för sjukskrivna för att fler skulle återgå till hälsa och arbete eller helt enkelt undvika sjukskrivning. Dåvarande socialförsäkringsministern menade att rehabkoordinatorn skulle ha en avlastande funktion för individen samt underlätta samarbetet mellan interna och externa aktörer, och därigenom säkerställa att sjukskrivningsprocessen kortas så mycket som möjligt.

*Det är en spindeln-i-nätet-funktion som ser till att alla delar hänger ihop för individen, de flesta som blir sjukskrivna har en arbetsgivare och där måste samarbetet mellan Försäkringskassan, sjukvården och arbetsgivaren vara mindre beroende av engagemang från den som är sjuk. (dåvarande socialförsäkringsminister Annika Strandhäll<sup>11</sup>)*

Introduktionen av denna ”spindeln-i-nätet-funktion” med speciellt syfte att sammankoppla olika aktörer kring patienten var i linje med att göra arbetsåtergång för sjukskrivna ett prioriterat område inom vården. Socialförsäkringsministerns pressuttalande år 2017 följde på statliga utredningar. I SOU 2015:21 (SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring) där visserligen individens medverkan och följsamhet i rehabiliteringen lyfts fram konstateras att återgång i arbete främst är beroende av en ansvarstagande och engagerad arbetsgivare som samarbetar med en arbetsfokuserad hälso- och sjukvård. För att förstärka detta menas att ”återgång i arbete måste i högre utsträckning bli ett mått på hälso- och sjukvårdens resultat” (SOU 2015:2, s. 69). Det blir en hänvisning till att

10 <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/02/regeringen-starker-rehabiliteringsarbetet-for-att-fler-ska-tillbaka-till-arbete--ny-yrkeskategori-ska-till-inom-varden/>

11 <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/02/regeringen-starker-rehabiliteringsarbetet-for-att-fler-ska-tillbaka-till-arbete--ny-yrkeskategori-ska-till-inom-varden/>

de (rehabiliterings-)medicinska professionerna förväntas samverka med övergripande politiska strategier i ett nutida försäkringsmedicinskt paradigm. Rehabkoordinatorn förväntas arbeta med ett försäkringsmedicinskt<sup>12,13</sup> förhållningssätt enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Sjukskrivningsprocessens effektivisering som prioriterat område har framhävts sedan år 2006 då staten och SKR började träffa överenskommelser för att ge ekonomiska incitament till regionerna att prioritera sjukskrivningsfrågan. Syftet med överenskommelserna var att ge vården en sporre att bidra till att förebygga eller förkorta sjukfrånvaron (se t ex Regeringsbeslut S2019/05301/SF. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2020: Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner; SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring). I dessa överenskommelser mellan staten och SKR har rehabkoordinatorn – under benämningen *funktion för koordinering* – funnits med som ett fokusområde för regionerna att uppfylla, för att ta del av de villkorade pengarna.

Essäns syfte är att presentera en bakgrund till den aktuella rehabkoordinatorfunktionen. Den första delen av texten beskriver en orientering av den nutida kontext där rehabkoordinatorn som funktion tar form. En funktion som är tänkt att materialisera sammanflätningen av politik och (rehabiliterings-) medicinsk professionsetik med ett försäkringsmedicinskt synsätt. Därefter följer teoretiska perspektiv på professionspolitik. Funktionen innebär potentiella spänningar mellan politikens övergripande populationsperspektiv och den medicinska professionens etik som tvinnas samman i ett, vad jag benämner, professionspolitiskt janusansikte. Texten fokuserar fortsättningsvis professionsetik med sitt ursprung i den medicinska professionens framväxt med dess koppling till samhällskontroll och patriarkala strukturer.

## Rehabkoordinatorn som funktion tar form

Med start år 2006 tecknade dåvarande Landstingsförbundet<sup>14</sup> och staten en överenskommelse för att minska sjukfrånvaron som ansågs alarmerande hög. Traktatet fick namnet Sjukvårdsmiljarden. Namnet syftade på det ekonomiska incitament på en miljard kronor som årligen, under perioden 2007 - 2009, skulle fördelas mellan olika landsting/regioner i relation till hur mycket sjukfrånvaron hade minskat (Hartman, Johansson, Khan, & Lindahl, 2009). I rapporten Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden från Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU)

---

12 <https://www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/forsakringsmedicin/forsakringsmedicin-pa-forsakringskassan>

13 Försäkringsmedicin innebär enligt Försäkringskassan "hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av hur olika försäkringar är utformade"

14 Landstingsförbundet blev sedermera Sveriges Kommuner och Landsting; SKL och sedan november 2019 Sveriges Kommuner och Regioner; SKR.

(Hartman m fl, 2009) med syfte att svara på frågan om Sjukvårdsmiljarden påverkat sjukfrånvaron, fastslår att det visserligen skett en minskning men att det är svårt att särskilja denna från andra anledningar som kan ha haft betydelse för sjukfrånvarons storlek. En slutsats som författarna däremot lägger fram är att det är i samband med Sjukvårdsmiljardens satsning på sjukskrivningsprocessen som en ny funktion på allvar börjar ta form inom primärvården; rehabiliteringskoordinatören (Hartman m fl, 2009).

Åren 2012–2013 gjordes på uppdrag av regeringen en nationell utvärdering av koordinatorfunktionen, det så kallade ReKoord-projektet (Hansen Falkdal, Hörnvist Bylund, Edlund, Janlert, & Bernsprång, 2013). Utvärderingen konstaterade att en koordinatorfunktion utvecklats under senare år med anledning av att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesser inte fungerat optimalt och utredarna menade att individer därigenom fått utstå längre väntetider och längre sjukskrivningar än nödvändigt. Dock påpekas även att denna del av koordinerande insatser inte ska förväxlas med Försäkringskassans uppdrag som innebär koordinering mellan olika aktörer, medan rehabkoordinatörens uppdrag inom ramen för hälso- och sjukvårdens syftar till att: ”*Optimera vårdens arbete med bedömning, vård, rehabilitering och stöd till de personer som är sjukskrivna eller riskerar att bli sjukskrivna, så att de snabbare ska kunna komma tillbaka till arbetslivet, alternativt stanna kvar i arbete*”. (Hansen Falkdal m fl, 2013, s. 8).

Idag är rehabkoordinatören den funktion inom primärvården som har till uppdrag att koordinera hälso- och sjukvården med andra aktörer för att optimera en sjukskriven individs återgång i arbete, senast uttryckt i Överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Staten 2019 och 2020 (Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Regioner, 2020; Sveriges Kommuner och Landsting & Socialdepartementet, 2019). På SKR:s hemsida samt i lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter formuleras rehabkoordinatörens tre övergripande ändamål; att stödja patienten att vara kvar, återgå eller inträda i arbetslivet, samordna den interna organiseringen i sjukskrivningsprocessen samt samverka med externa aktörer; t ex arbetsgivare och Försäkringskassans handläggare.

## Strategier för att minska sjukskrivningar

Olika sjukförsäkringsstrategier har kommit och gått. I början av 2000-talet blev människor förtidspensionerade i just förtid för att sorteras ut *ur* arbetslivet (Riksrevisionen, 2005). Att föra över sjukskrivna till dåtidens förtidspension bidrog till att minska sjukskrivningarna statistiskt. Tjugo år senare har sjukförsäkringens byråkratiska strävan, materialiserad i form av den så kallade rehab(ilaterings)kedjan, lett till att människor effektivt ska kunna sorteras *in* i arbetslivet igen med samma syfte med arbetslinjen som oantastbar ideologi.

Rehabkedjan som infördes 1 juli 2008 hade försiggåtts av politiska diskussioner och statliga utredningar (se t ex Socialdepartementet, 2008; SOU 2006:86. Mera försäkring och mera arbete). SOU 2006:86 hade kommit fram till att sjukförsäkringen

blivit en parkeringsplats för problem den inte var avsedd för. Utredningen menade att annat än sjukdom påverkat bedömningen av behov av sjukförsäkring där en övergång till arbetslöshetsförsäkring skulle vara ett bättre alternativ – för staten och på längre sikt även för individen. Utöver SOU 2006:86 hade ett flertal studier som genomförts på regeringens uppdrag (se t ex Alexanderson m fl, 2003; Alexanderson m fl, 2005; Hartman m fl, 2009) pekat på att sjukskrivningsprocessen behövde förbättras och att den saknade prioritet inom hälso- och sjukvården; en prioritet som behövdes för att genomföra den politiska agendan att minska sjukskrivningarna.

Som ett led i att medverka till arbetslinjens förstärkning menades i SOU 2006:86 att tidsgränser i förhållande till sjukskrivning behövde bestämmas vilket kom till stånd vid rehabkedjans införande två år senare. Utöver att främja arbetslinjens betydelse pekade SOU 2006:86 på en ökning av symtombaserade diagnoser och att en förskjutning av tillämpningen av sjukdomsbegreppet – medikalisering – hade skett. I stället för diagnos och ohälsa sattes det komplexa begreppet *arbetsförmåga* och hur det ska förstås i förhållande till rehabkedjan och i förlängningen arbetslinjen (se t ex Ståhl & Seing, 2014) i centrum eftersom detta till stor del kom att avgöra vem som ska beviljas sjukpenning eller inte. Rehabkedjan blev ett sätt att begränsa medikaliseringen (Lindqvist, 2018) eftersom diagnosens betydelse i förhållande till arbetsförmåga minskade.

Även om begreppet arbetsförmåga är oklart och arbetets mening kan diskuteras – och har gjorts av många inom olika forskningstraditioner – ges arbetslinjen i SOU 2006:86 en betydelse av att arbete för individen har ett värde utöver generering av skattepengar till uppehälle. Fagerlind Ståhl (2021) poängterar att skälen till att lyfta fram arbetets hälsofrämjande funktion har sitt ursprung i den så kallade deprivationsmodellen (Jahoda, Lazarsfeld, Zeisel, & Fleck, 2002) vilket Fagerlind Ståhl menar fortfarande styr forskningen kring arbetets betydelse. I Jahodas studie från 1960-talets Österrike drogs slutsatsen att arbetslöshet antogs hindra individen från att tillfredsställa grundläggande behov. När detta är samhällets norm (Waddell & Burton, 2006) blir denna retorik underförstådd och genom denna förståelse är ett arbete, vilket som helst, bättre än inget arbete (Layard & Layard, 2011). Rehabkedjan blir då ett viktigt verktyg och måste hanteras av den som är involverad i patientens sjukskrivningsprocess. Här finns det emellertid risk att kunskaper krockar; å ena sidan vårdprofessionens medicinska kunskap med dess respektive professions etiska grund att ur ett arbetsförmågeperspektiv värna individen och å andra sidan statens övergripande biopolitiska kunskap som syftar till att se till det större kollektiva perspektivet inom ramen för arbetslinjen. I denna text ges termen biopolitik den betydelse som lades fram av Michel Foucault (2014) som det normativa begrepp som strukturerar politiska handlingar på en aggregerad nivå då den abstraherar 'liv' från sina fysiska innehavare och slår samman dess effekter på befolkningsnivå (Lemke, 2011).

För att överbrygga den svårighet som kan uppstå för den vårdprofessionella när professionens individfokus och biopolitikens kollektiva fokus kolliderar ingår därmed även de skadliga aspekterna av att vara sjukskriven i statens retorik (se t ex SOU 2015:21, Socialdepartementet, 2008). Med argumentet att sjukskrivning även

omfattar en risk för ohälsosam passivitet som leder till en onödig långtidssjukskrivning görs återgång till arbete – vilket som helst – till botemedel i sig; för patienten och för samhället. Sjukskrivningarna måste minska och hållas på en låg och stabil nivå vilket ska genomföras genom att vårdprofessionella ska agera i enlighet med att snabbare återföra individer i arbete. Ett problem definierat utifrån ett politiskt perspektiv ska lösas inom ett vårdprofessionsperspektiv. Som medel att hjälpa till att åstadkomma denna lösning konstrueras en funktion – rehabkoordinatörn – med syfte att agera i enlighet med den normering som staten och SKR har satt på agendan.

## Teoretiska perspektiv på professionspolitisk genealogi

Som vi alla förstår har rehabkoordinatörn som funktion inte uppstått ur tomma intet. Det finns en framväxt som kan följas bakåt i tiden, dess genealogi, vilken bildar perspektiv som idag strålar samman i funktionen rehabkoordinatör. Professionsperspektivet tillsammans med det biopolitiska perspektivet kan synliggöra hur olika former av kunskap kopplas till det som samhället ser som den giltiga normen.

I vårt till synes objektiva förhållningsätt till hur saker och ting existerar i nutid kan den kunskap som gäller som giltig visa på det politiska, inte minst hur det politiska sammanbinder makt och kunskap i förhållande till det medicinska professionsområdet (Vågan & Grimm, 2008). Professionsutövandet förväntas bli en form av professionspolitik. Må vara *den goda viljans politik* att göra gott genom att gripa in och förment rationellt ordna och organisera människors vardagsliv, men som Hirdman (2018) poängterar behöver även denna belysas och problematiseras, inte minst ur ett genusperspektiv i kontexten att de flesta rehabkoordinatörer har sin professionella tillhörighet i genusmärkta professioner och i sig är en genusmärkt yrkeskategori<sup>15</sup>. Den som är engagerad som rehabkoordinatör har ofta en egen vårdande och behandlande profession (t. ex legitimerad arbetsterapeut, sjuksköterska, fysioterapeut, psykoterapeut) som de utför vid sidan av att inneha koordinatörfunktionen. I det perspektivet blir framväxten av arbetsdelning där kompletterade omsorgsprofessioner utvecklades kring den klassiska medicinska professionen (Selberg, 2021) intressant eftersom det är från dessa kompletterande genusmärkta vårdprofessioner som dagens rehabkoordinatörer framförallt rekryteras.<sup>16</sup>

Att beskriva med ett genealogiskt perspektiv innebär att i stället för att koppla historisk förklaring till specifika individers eller årtals betydelse lyfts det beskrivande perspektivet fram med koppling till de förgivettagna normer som långsamt tagit form

---

15 I den nationella enkät som genomförts två gånger 2018 och 2021 (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021) där samtliga rehabkoordinatörer i Sveriges regioner inbjudits att delta fanns inte tillräckligt många manliga koordinatörer för att utgöra en egen svarsgrupp.

16 I den nationell kartläggning som riktades till rehabkoordinatörer 2021 (1084 utskickade enkäter/76 % svarsfrekvens) uppgavs arbetsterapeut som den vanligaste grundprofessionen hos rehabkoordinatörer. I övrigt rapporteras sjuksköterska och fysioterapeut som den vanligaste grundutbildningen vilket överensstämmer med tidigare kartläggning från 2018. (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021)

genom historien. På så sätt kan nutidens i olika sammanhang förgivettagna värderingar, myter och ritualer konfronteras med ett historiskt perspektiv. I stället för fastslå en historisk sanning, blir syftet att lägga fram en möjlig tolkning som samtidigt kan ifrågasätta nutidens förgivettagna. Med ursprung i Nietzsches (Nietzsche, 1887/2019) genealogi över moralens härstamning tenderar termen i nutid att förknippas med en foucauldiansk begreppsvärld. Utgångspunkten är ur ett foucauldianskt perspektiv att historiska händelser inte ska ses som en orsak utan som tillfälligheter som möjliggör ett efterförlopp (Jørgensen Mølbjerg, 2007).

I kontexten kan rehabkoordinatorfunktionens korta tid sedan dess konstruerande ses mot bakgrund av det som lett fram till dagens vårdorganisatoriska kontext där sjukskrivning är en del. Det har förvisso sedan lång tid funnits en koppling mellan vårdprofessionsutövande och biopolitik (Foucault, 1994) där vårdprofessioner, framförallt läkare, har haft autonomi att vara den som har beslutanderätt. Det kan jämföras med nutidens kontext där huruvida individen ska bedömas som arbetsför på arbetsmarknaden görs upp i en förhandling mellan Försäkringskassan och vården; två institutioner med två olika samhällsuppdrag (SOU 2018:80), i princip uppdelade i omsorg om den enskilde och omsorg om staten, där Försäkringskassan som statlig myndighet innehar vad som nästintill kan beskrivas som veto-rätt. Detta skapar i sin tur möjlighetsvillkor som rehabkoordinatorn som måste förhålla sig till i sitt agerande.

Även om vissa möjlighetsvillkor skapas av andra bestämmer sig rehabkoordinatorn för kunskapssyn och därigenom vilken kunskap som ska ses som sann och därmed rätt och riktig i agerandet. Om till exempel utgångspunkten är att betrakta sanningen i juridisk mening, förändras sanningen hela tiden. Lagar och regelverk ändras, vilket innebär att lagtext tas bort, omformuleras och nya skapas. Detsamma gäller vad som är att betrakta som sjukdom eller ohälsa; diagnoser skapas, raderas eller omformuleras. Likaså förändras vad som gäller för behandlingsmetoder. Utöver dessa ställningstaganden träder i ett samtida perspektiv en skiljelinje in där vårdprofessionellas kunskap är underordnad den byråkratiska kunskapen utövad av Försäkringskassan. Hur rehabkoordinatorn ställer sig i förhållande till denna åtskillnad kan tolkas som att olika förståelsehorisonter konkurrerar om hur sjukskrivning ska förstås och hanteras inom vården.

## Rehabkoordineringens professionskontext

I professionskontexten finns följaktligen en sammanflätning av biopolitik som rör befolkningen och medicinsk professionskunskap som i sin grundläggande kunskap berör individen. Detta görs påtagligt i den nutida statens övergripande styrning i dess medborgares anatomo-politiska liv (Foucault, 2008). "*Anatomo*" refererar jag till individens anatomi; med andra ord de anatomiska delar som utgör den enskilda, enstaka individen per se som befinner sig i situationen att bedömas arbetsför eller inte av en medicinsk professionell som utövar *sin* kunskap som dock i nästa steg kan bedömas vara underordnad den biopolitiska myndighetsmakten iscensatt av Försäkringskassans handläggare. Här framträder det professionspolitiska som det anatomo-politiska



korrelatet. Denna sammanvävning av biopolitik med dess byråkratiska logik på befolkningsnivå och den medicinskt professionsetiska, vars logik agerar på en individuell vårdnivå, riskerar att skapa spänningar för medicinskt professionella om perspektiv kopplade till rehabilitering och statliga regleringar upplevs att motverka varandra.

Rehabkoordinator som relativt ny, politiskt tillsatt, funktion inom svensk hälso- och sjukvård återfinns främst inom den offentligt finansierade primärvården<sup>17</sup>. Rehabkoordinatorn verkar därmed i en hälso- och sjukvårdskontext med dess omedelbara koppling till den medicinska professionen. I de fall där koordinator-funktionen utgör den fulla arbetstiden kan grundprofessionen ändå antas vara det fundament som utgör grunden genom den specifika kunskap och inte minst den professionsetik som byggts upp genom den socialiseringsprocess som sker för den som tränas till att ingå i en professions grupp tillhörighet (Christoffersen, 2017).

För den som har en vårdprofessionsutbildning innebär teoretisk grundutbildning och specifik träning i professionsspecifika moment att individen tillägnat sig en eftersträvansvärd specialistkompetens. Det ger en professionell trygghet som sitter i ryggraden och är en viktig del i att forma *den egna* professionsrollen. Samtidigt som definitionen av vad som utgör en profession i nutid inte är entydigt återkommer hänvisningen till att den teoretiska, vetenskapliga delen av professionsgrunden har fått en allt större roll och att en lång, akademisk utbildning som utgår från ett eget vetenskapligt ämne är grundläggande (e.g. Abbott, 1988; Brante, Johnsson, Olofsson, & Svensson, 2015; Christoffersen, 2017; Franzén & Tzimoula, 2021; Liljegren, Höjer, & Forkby, 2014; Molander & Terum, 2008). Inte minst gäller detta vårdprofessioner där utbildningen efter godkänd examen leder fram till ett examensbevis vilket berättigar individen att ansöka om legitimation och därmed upptas i Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Den specifika legitimationen ger i sin tur ensamrätt till att utöva den specifika professionen, till exempel som legitimerad läkare, fysioterapeut eller arbetsterapeut med staten som garant men även som kontrollfunktion.

Ovillkorligen ger således en professionstitel en ensamrätt att utöva en viss profession. Att utöva den friheten innebär detta samtidigt att hålla sig inom professionens gränser. Ett perspektiv av professionell gränsdragning handlar således om att genom sin praktik befinna sig inom de gränser som satts upp för att behålla den genom mångåriga studier erövrade, statligt sanktionerade, behörighetsgivande legitimationen. Dessa viktiga om än abstrakta gränser stipulerar att vårdprofessioner utövas med utgångspunkt i 'vetenskap och beprövad erfarenhet', ett uttryck som i sig inrymmer mer eller mindre klagöranden vad professionsutövningen handlar om. Formuleringen som tycks ha sin upprinnelse i Oscar II:s läkarinstruktioner från 1890

---

17 Tjänsten och titeln rehabkoordinering/-koordinator är även utbredd inom till exempel företagshälsovårdsbolag där marknadslogik styr vad som erbjuds inom ramen för tjänsten.

lever kvar än idag<sup>18</sup> som mantra för den som har en legitimation. Vetenskapligheten klagör att det handlar om en professions vetenskapliga underlag med hänvisning till den formella utbildningen. 'Beprövad erfarenhet' kan sammanfattas med den praxis<sup>19</sup> som förekommer i ett professionsutövande, internaliserad av individen men även inom gruppen av yrkesutövare vilket blir en typ av värdering av vad som bör göras med utgångspunkt i att det ligger inom gränserna för vad som brukar göras.

Gränsarbete kan följaktligen sägas utgöra grunden i den professionella systemkontrollen över vad som ska utföras inom professionen, inte minst i förhållande till andra; med andra ord konkurrerar professioner i ett system av professioner (Abbott, 1988). Gränsarbete kan sägas skydda och upprätthålla de gränser som konstruerats – genom teoretisk och praktisk utbildning, yrkespraxis, internaliserade rutiner – och som en viss yrkesgrupp gör anspråk på. Praktiskt innebär detta någon form av arbetsdelning i vardagen, med andra ord vem som förväntas göra vad i förhållande till vem. Gränsdragningar påverkar på skilda nivåer; från det dagliga arbetet mellan professionsutövare till de yrkesorganisationer som tillvaratar professionens särintressen. Gränsdragningsarbetet är följaktligen en viktig del av professionskontexten där rehabkoordinatorn är verksam. Gränser dras *interpersonellt* mellan olika professioner men för rehabkoordinatorn riskerar dessutom en *intrapersonell* gränsdragningsproblematiken att uppstå i förhållande till det försäkringsmedicinska rehabkoordinatoruppdraget och det egna professionsuppdraget med dess etik.

## Den professionella etiken

Ett sätt att se på professionskontextens värderande gränsdragningskomplexitet är professionsetik. Olofsson (2018) lägger fram hur professioner idag särskiljs genom de normer och den etiska hållning som råder kring arbetets praktik. Christoffersen (2017) lyfter, förutom perspektivet huruvida etiken är kopplad till den särskiljande professionskompetensen, även samhällets mandat och hur uppdraget utförs. Vilket står med andra ord i förgrunden för det professionella subjektet; professionens gränsdragningar kring sin särart, att agera som samhällets kontrollorgan eller att altruistiskt hjälpa?

Den professionsetik som ligger till grund för professionens kännetecken har intensifierats genom yrkesorganisationernas sätt att visa på den egna professionens särart (Christoffersen, 2017). Som exempel ges utdrag från etikskrivelser utgivna av de professions- och fackförbund som utgör tre av de professioner som innehas av rehabkoordinatorer. I arbetsterapeutens fall utgår professionens normer från att

---

18 <https://lakartidningen.se/aktuellt/kultur-2/2015/12/var-erfarenhet-av-beprovad-erfarenhet/> (hämtad den 11 april 2022)

19 För en diskussion om begreppet beprövad erfarenhet där etablerad praxis blir proxy se <https://lakartidningen.se/aktuellt/kultur-2/2015/12/var-erfarenhet-av-beprovad-erfarenhet/> (hämtad den 11 april 2022) där Johannes Persson, professor i teoretisk filosofi, Lunds universitet och Lena Wahlberg, biträdande universitetslektor, juridiska institutionen, Lunds universitet lägger fram olika perspektiv.

”människans görande och aktivitet är centralt” (Sveriges Arbetsterapeuter, 2018, s. 5) och i den etiska koden poängteras professionsnormen och den egna moralen. ”Utifrån den mer genomtänkta information om handlingsalternativen som arbetsterapeuten så småningom kommer fram till och utifrån värdegrunden (professionens normer och den egna moralen) gör arbetsterapeuten sitt val och fattar beslut om hur hen ska handla” (Sveriges Arbetsterapeuter, 2018, s.18).

Som jämförelse lyfter professions- och fackförbundet för fysioterapeuter upp sin professionella särart som utgående från ”unik kunskap om hur fysisk aktivitet leder till rörlighet och hälsa utifrån varje enskild individs förmåga”<sup>20</sup>. I de etiska riktlinjer framhålls professionen där det fastslås bland annat att *fysioterapeuten ska underhålla och utveckla den egna professionskompetensen genom att följa utvecklingen inom professionsområdet*. Detsamma framgår av psykoterapins omfattande etiska riktlinjer<sup>21</sup> som i förhållande till samhälle och omvärld ”ska sträva efter att skapa och förstärk ett allmänt förtroende för psykoterapi och för legitimerade psykoterapeuters professionella kompetens [...]” (Akademikerförbundet SSR, 2017, s. 17). Avsikten med denna orientering är inte att beskriva vad respektive profession utför i sitt dagliga arbete utan att påtala att varje profession är mån om sin särart och genom respektive professions- och fackförbund framförs angelägenheten att främja den egna professionskunskapen och därmed särskiljas från angränsande professioner.

## Samhällets kontrollorgan

Att ha sin etiska utgångspunkt att agera som samhällets kontrollorgan kan kopplas till den kombination av kunskap och makt som Foucault menade förstärkte varandra (Vågan & Grimm, 2008). Denna produktiva makt såg Foucault som något annat än den repressiva makt som hindrar och begränsar (Foucault, 1976/2002). En makt för social kontroll där kunskap utvinns med makt och makt utövas med kunskap. Det foucauldianska perspektivet menar att ”...det är i vetandet som kunskapen tar samhällelig form; det är här den fylls med maktrelationer; det är inför och av vetandet som somliga tystas medan andra ges rätten att tala” (Foucault, 1969/2011, s. 10). Även genom makt/kunskapsperspektivet kan etiken som kringgärdar professionen förstås. Likaledes som den medicinska professionen under vissa omständigheter kan utöva repressiv makt återfinns maktrelationerna som implicita i den outtalat disciplinerande relationen mellan den som besitter en professionell kunskap och den som blir objekt för kunskapens utövande. Genom den styrs individen direkt genom övervakning på olika sätt (provtagning, frågeformulär, etc.) eller indirekt genom påverkan, till exempel genom så kallade motiverande samtal (Miller & Rollnick, 2002) med syfte att förmå

20 <https://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Om-professionen/> (hämtad den 11 april 2022)

21 <https://akademssr.se/sites/default/files/files/Etik%20f%C3%B6r%20psykoterapeuter.pdf> (hämtad den 12 april 2022)

individens att förmå sig själv att genom internaliserade processer inordna sig i ett visst önskvärt beteende, till exempel att arbeta istället för att vara sjukskriven. Den produktiva makten i att förmå någon att disciplinera sig genom att ta ansvar till exempel för sin arbetsförmåga kan tyckas oproblematiskt men som framhålls av Christoffersen;

*Det kan vara svårt att vrida sig ur disciplineringsprojektets järngrepp. För frågan är ju om det inte ändå mellan raderna kan smyga sig in samma gamla krav om att de som är annorlunda ska bli som vi – vi som redan har makt, ansvar och kontroll över våra liv. (Christoffersen, 2017, s. 53)*

Med en tillbakablick på vad giltig medicinsk etisk hållning inneburit kan vi påminna oss om 30-talets nordiska steriliseringslagar när med dåtidens ordval ”*sinnesslöa*” tvångssteriliserades vilket utfördes i en form av moment 22 (se t ex Christoffersen, 2017). Ingreppet skulle ske frivilligt men eftersom de som åtgärden var riktad emot inte uppfattades kunna avge ett rationellt beslut togs beslutat av de som ansågs ha kunskapen och därmed makten att avgöra vad som ansågs det bästa för individen och samhället. Ett exempel på den medicinska etiken som samhällets kontrollorgan – och dessutom en till synes genutmärkt kontroll då det i efterhand konstaterades att 90 % av de tvångssteriliserade var kvinnor; således ett effektivt sätt att utöva dåtidens etik genomsyrad av patriarkalt färgade medicinska maktrelationer.

Den återstående etiska frågan som behandlas i denna text, utöver det professionella subjektets etik och att verka som samhällets kontrollorgan, är den som koncentrerar sig på mötet med klienten och den osjälviska nyttan som görs för klienten; med andra ord den altruistiska etiken. Ur den aspekten kan Talcott Parson ses som den professionella altruismens företrädare (Laursen, 2004). Parson har getts epitetet professionsforskningens fader genom att han betonade betydelse av professioner i industrisamhällets komplexa samhälle (Brante, 1987). Här menas att de professionella är bärare av det rationella värdesystem som råder i ett samhälle och blir ”prototypen för det rationella samhället” (Brante, 1987, s.126) där den teoretiska kunskapen görs till den bärande konstruktionen för samhällets utveckling och de teoretiskt professionella ges kontroll i den byråkratiska välfärdsstaten. Genom denna asymmetriska kunskap uppstår maktrelationer och på så sätt sätts dessa i centrum.

I mötet mellan professionell och klient/patient utgår det Parsoniska professionsperspektivet från att alla människor är lika men även att professionsutövaren är neutral i sin professionsutövning i betydelsen att inga känslomässiga band skapas. Därutöver handlar den professionella relationen om att begränsa sig till sitt område, det vill säga den aspekt av patientens liv där den förvärvade professionskunskapen är befäst, med andra ord en gränsdragning gentemot andra professioner med andra specialiteter. Nyttan ska ha en kollektiv inriktning i motsats till vad som gynnar den professionella som individ. Å andra sidan menar Laursen (2004) att även patienten är bunden av etiska hänsynstagande i relationen och att förtroende krävs från båda håll. Den Parsonska, vad som ibland benämns ’naiva’ teoritraditionen kompletteras av Grimen (2008) som menar att dessa etiska punkter även kan ses som något som skyddar

klienten/patienten från till exempel bristande uppdatering av kompetens, illegitima egenintressen såväl som illegitim politisering. Politisering kan dock ses från två håll där Grimen (2008) lyfter fram att politikerna ska få det som beslutats i demokratisk anda vilket leder oss tillbaka till professionella som redskap för den goda viljans politik för att skapa en normativt fungerande samhällsordning. Gränsdragningar i den professionella kontexten kan således ses ur olika etiska perspektiv. En annan form av gränsdragningar relaterar till hierarkier.

## Den professionella hierarkin

Gränsdragningar som görs i förhållande till professionellt arbete relaterar även till den hierarkiska under- och överordning i förhållande till starka klassiska professioner och underordnade, så kallade semi-professioner (Liljegren, 2012). Det hierarkiska, även kallat 'cyniska' perspektivet (Brante, 1987) med stängningsmekanismer gentemot andra professioner, är således ett annat sätt att betrakta professioner. Denna teoribildning avser att främjandet av egna intressen sätts i förgrunden. Stängning refererar till olika gruppers "monopolisering av möjligheter" (Brante, 1987, s. 135). Vårdprofessionellas specifika statliga legitimering får sägas utgöra en viss hierarkisk monopolisering gentemot den professionalisering som drivs av yrkesgrupper som själva driver sin sanktionering (Liljegren, 2008). Statligt bemyndigad legitimation innebär i många sammanhang<sup>22</sup> en annan hierarkisk ställning gentemot professionsutfärdad auktorisation, diplomering eller andra bevis på en viss utbildningsnivå.

Det hierarkiska perspektivet är i sig hjälpsamt att relatera till avseende genusmärkta aspekter. I den mån de som innehar en koordinatorfunktion har sin bakgrund inom hälso-och sjukvårdskontexten är de till största delen rekryterade från professioner som har utvecklats genom vad Etzioni (1969) gav epitetet semi-professioner. Även om välfärdspensioner är det begrepp som används idag avslöjar det tidigare begreppsliga användandet av själva prefixet *semi* en betydelse av 'halv', 'delvis', 'inte riktigt...'. I fallet medicinska semi-professioner kan detta tolkas som att dessa inte lever upp till att ses som en hel klassisk profession som i sig är kopplat till prestige, självbestämmande och överordnad beslutsrätt; med andra ord växte semi-professionerna fram med "en annan placering i den samhälleliga arbetsdelningen" (Olofsson, 2018, s. 14). Feministiska professionsforskare (se t ex Davies, 1996; Selberg, 2021; Witz, 1990) har lagt fram att detta kan relateras till att se på hur (arbets)uppgifter, till exempel omvårdnad, kan kopplas till samhällets djupt rotade normer kring genusmärkt arbetsdelning.

Dessa så kallade semi-professioner innehar, genom sitt speciella vårdfokus och närheten till patienten, medierande positioner i arbetsdelningen vilka förmedlar information till professionen som initierar den slutliga åtgärden. Selberg (2021) lyfter fram sjuksköterskeyrkets omvårdande *kall* som modell för de normer kring vilka dessa semi-professioner vuxit fram. Ett kall där endast dåtidens gudfruktiga kvinnor från de

<sup>22</sup> I till exempel en offentlig upphandlingskontext kan ett sätt att stipulera upphandlingskriterier bestå av att endast legitimerade professionsutövare kan komma i fråga för att tillhandahålla efterfrågade tjänster.

övre samhällsskikten kunde komma i fråga till skillnad från att utföra de arbetsuppgifter där det endast gällde att vaka och utföra de mest grundläggande livsuppehållande uppgifterna kring de sjuka. Även inom de genusmärka arbetsuppgifterna fanns således en klar hierarkisk ordning som byggde på klasskillnader och förmodat kvinnliga värden vilka tillskrevs kvinnor ur dåtidens högre samhällsskikt, vilket återspeglas i beskrivningen av Sohiahemmet som en Sveriges första sjuksköterskeskolor (Bohm, 1961). Dock menar till exempel Witz (1990), med hänvisning till *semi*-professioner, att professionsbegreppet i sig begränsar genom att tvinga in olika varianter under samma generiska begrepp och pläderar för att tala om *professionella projekt* som bättre kan förstås utifrån sin respektive empiriska framväxt istället för att nödvändigtvis utgå från en viss övergripande profession.

## Den professionella medicinens rationella subjekt

När medicinen växte fram som vetenskap var det med mannen som måttstock och som utövare. Under det att urbaniseringen och industrialisering drev fram samhällsförändringar gavs dock det kvinnliga subjektet nya möjligheter; nu blev de förmodade kvinnliga värdena egenskaper som kunde komplettera de handlingskraftiga förment manliga värdena. Blom (2004) beskriver polariseringen av det manliga och kvinnliga subjektet som två motpoler – det föränderliga och det varaktiga. De medierande kvinnliga *semi*-professionerna skulle vårda i omsorg om varandet – inte genomdriva förändring på egen hand. Ur ett genealogisk perspektiv har de professionella projekt som är kopplade till den medicinska vetenskapen tillkommit under historiens gång som underställde den läkarvetenskap som växte fram som kvacksalveriets – i meningen den folkliga läkekonstens – motpol (Selberg, 2021). Den historiska framväxten av den maskulina, patriarkala läkekonsten stod i kontrast till den folkliga läkekonsten som i sig hade tydlig könsstämpel; ”*vidskepliga kärringar, kärringskurer och kvacksalvande gummor*” (Ling, 2000, s. 2-3) utmålades av dåtidens (manliga) läkare som ett hot mot den medicinska vetenskapens edsvurna män med statlig sanktion. Än idag handlar det om att den som utövar ”kvacksalveri” riskerar att mista den statliga legitimeringen<sup>23</sup>.

Med ett foucauldianskt perspektiv kan den, genom statens försorg, specifika medicinska yrkesutövningen och som fortfarande gäller vårdens klassiska professionskontext (Christoffersen, 2017) spåras till den samhälleliga brytpunkten som skedde under upplysningstidens och framförallt dess sista decennier. Ur ett professionsperspektiv sker den förändring som Foucault (1973/1994) ser som början på medicinens koppling till staten i decennierna kring övergången mellan 1700-1800 talet. En förskjutning sker från att medicin handlar om att individen ska återfå sin hälsa

---

23 Det som tidigare hette ”Kvacksalverilagen” ingår nu under Patientsäkerhetslagen (2010:659) där det under kap 6 § 1 uttalas att ”Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.”

i hemmet omgiven av sin familj, möjligen med hjälp från en läkare på hembesök, till att individen inte ska deviera från samhällets normalitet eftersom medicinens uppgift blir ett verktyg i den disciplinerande styrningens tjänst för att tjäna samhället i stort. Från Hobbes till Rousseau handlar dock ett rationellt subjekt om ett manligt sådant verksamt inom den handlingsinriktade offentliga sfären till exempel den medicinska vetenskapen. Upplysningstidens emanciperade subjekt – individen som enhet i en population är underförstått det manliga subjektet där Blom (2004) pekar på att det kvinnliga subjektet glömdes bort. I sin emotionaliserade och intuitiva karaktär behövde detta skyddas vilket uppfattades som en motsats till det manliga aktiva subjektet. Kvinnosubjektet – till skillnad från det manliga offentliga subjektet – kopplades till de privata sfärerna att verka inom de maktrelationer som återfinns inom den dolda, privata sfären. På så sätt, menar Blom (2004), tillskrevs kvinnan ett manipulativt sätt som tillhörde det förgångna då slutet av 1700-talet innebar en brytpunkt mot maktrelationer som verkade i det dolda. Nu gällde vetenskap, rationalitet och förnuft. Blom menar dock att en anledning till att denna dikotomiska könssubjektuppfattning kom att dominera under moderniteten kan ses som en reaktion på de stora samhällsförändringar som skedde. Blom (2004) föreslår en förståelse av detta genom att som motpol till förändring förstärks det redan kända och till synes normala; med andra ord kvinnan och det kvinnliga som fortsatt vårdande och omhändertagande.

Frågan om vad är normalt/icke-normalt och vilka krafter som styr att definiera detta menar Foucault (Foucault, 1973/1994) kan spåras i det som sker i anslutning till den franska revolutionen där samhället omstörtas. I revolutionens manliga utopiska jämlikhetsanda skulle inga sjukdomar existera eftersom sjukdom, nöd och lidande var en följd av makten tyranni och när den var borta skulle även sjukdom och lidande försvinna. Foucault beskriver två myter som får liv under revolutionen; dels en myt om nationell medicinsk specialitet som likt prästerskapets omhändertagande av folkets själar skulle ta hand om människors kroppar, dels en myt att all sjukdom skulle försvinna och att staten skulle återgå till ett slags ursprungligt hälsostatus när förtrycket raseras. Men, som Foucault menar, motsättningarna ska inte misstolkas utan ses som två sidor av samma. mynt;

*The two dreams are isomorphic: the first expressing in a very positive way the strict, militant, dogmatic, medicalization of society, by way of a quasi-religious conversion, and the establishment of a therapeutic clergy; the second expressing the same medicalization but in a triumphant, negative way, that is to say, the volatilization of disease in a corrected, organized, and ceaselessly supervised environment, in which medicine itself would finally disappear, together with its objects and its raison d'être. (Foucault, 1973/1994, s. 32)*

Under tiden för att nå dit skulle alla individer ges kunskap att bemästra sjukdom till gagn för både sig själva och nationen. Folkhälsoarbetet ser dagens ljus i det att medicinen förväntas sprida kunskap och genom detta även vara politiskt medveten att hjälpa till att skapa ett gott samhälle eller som Foucault beskriver revolutionens

anda; *"the first task of the doctor is therefore political: the struggle against bad government"* (Foucault, 1973/1994, s. 33).

En inramning av den medicinska professionen sker på två nivåer; den medicinska *the medical space* och den samhälleliga *the social space*. Det är även här det noggranna systematiserandet av individens personliga uppgifter påbörjas. Medicinsk kunskap blir inte bara det som utövas genom vad som uppstår i mötet mellan läkare och patient; kunskapen om individens speciella omständigheter vilka kan systematiseras blir viktig. Födslar och dödsfall, orsak till underlåtelse att göra militärtjänst, människors miljö och levnadsförhållande, jordens beskaffenhet, fysiskt och moraliskt tillstånd i befolkning, osv.; det som kunde systematiseras skulle så göras för att skapa en 'medicinsk topografi' över olika delar av landet. Foucault (1973/1994, s. 30) beskriver hur dessa fakta - *"a sagittal figure of knowledge"* - kunde generera högre kunskap och fokuseras. I nästa steg systematiseras och organiseras noggrant vilken kunskap som ska användas och vem som får lov att använda den; den medicinska professionen i statens tjänst ser sin upprinnelse. Som vi alla vet, sjukdomar, lidande och nöd försvann inte men myten om samhällets medikalisering ur ett kontrollerat och systematiserat perspektiv är idag en normalitet i sig. Vi benämner detta försäkringsmedicin inom vilkas kunskapsramar rehabkoordinatorn förväntas arbeta.

## Konklusion

Detta är *ett* sätt att beskriva professionspolitikens genealogi. Sammankopplingen hälsa/politik i foucauldiansk mening sker med utgångspunkt att populationen i sig blir viktig, först ur ett revolutionärt perspektiv, senare som kugge i industrialismens tidevarv. I samband med franska revolutionen i upplysningstidens sista decennier konstaterar Foucault (1973/1994) övergången från fokus på *hälsa* till fokus på *normalitet* till gagn för populationen.

I nutidens kontext kan denna sammankoppling uppfattas ligga väl fördold under den goda politikens yta. Oavsett medicinsk professionen sker utbildningen med den medicinska vetenskapens inriktning mot individen som prio ett. Det normalas anatomi och fysiologi lärs in för att i nästa steg kunna utvecklas till kunskap om att diagnosticera och behandla det som avviker. Frågan är dock vad som gäller som normalt? Under de senaste decennierna har en explicit förändring skett där frågan om en individs sjukskrivning har blivit en politisk fråga om normalitet mer än att vara en 'ohälsöfråga'. Den nya normen som nu förstärks är att arbeta trots sjukdom. Införandet av funktionen rehabkoordinator är ett led i denna utveckling. Genom att lyfta fram kompetensområdet försäkringsmedicin, som berör det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystem, görs biomakten påtaglig som statens medverkan i ordnandet av livet för individerna (Foucault, 2008). Ur det perspektivet knyts medicinsk professionsutövning åter närmare politiska användningsområden. I ett biopolitiskt abstrakt perspektiv kan detta teoretiska synsätt tyckas oproblematiskt.



I en patientnära kontext måste dock dessa ställningstaganden leda till att subjektet – i meningen vårdprofessionell – intar en ställning till ur vilket perspektiv patienten ska bemötas när dessa går på kollisionkurs. Ska sjukfrånvaro ses ur perspektivet med patientens behandling och rehabilitering i förgrunden eller är statens mål viktigare?

Vårdprofessioners sammankoppling med staten är väldokumenterat i betydelsen att en viss profession har jurisdiktion att inom arbetet utföra vissa moment som bestäms i ett kontrollerande system, läkaren är till exempel den som kan underteckna sjukskrivningsintyg, utfärda recept och remisser. En statlig legitimering styr arbetsuppgifterna genom lagstiftning men den stora skillnaden är att det på senare år skapats system som verkar kontrollerande på det som tidigare legitimerat autonomi. Professionsmaktens kunskap med rötter i det disciplinerande (makt)samhället får nu i stället ikläda sig en styrningsmentalitet där självteknologier styr rätt beslut; med andra ord, frihet att styra sig själv innebär att genom normer veta hur denna styrning bör ske. Christofferson (2017) menar med hänvisning till Foucault att professionsetiken verkar som samhällets sociala kontrollmekanism och menar att den ibland kanske måste vara det, men ställer också frågan var gränsen går till när den blir till en disciplinerande maktapparat med historiska konnotationer från tidigare sekler.

Vård och behandling handlar idag om att från patientens sida överlämna sin autonomi men så fort som möjligt återta den. Rehabkoordinatorn är den som ska vägleda patienten i detta men även arbeta med utgångspunkt från ett försäkringsmedicinskt paradigm. Här finns risker för rehabkoordinatorn att bli instängd i ett nät av intrapersonella spänningar som framför allt gäller gränsdragning till den egna professionsetiken vilket kan skilja sig från vad som förväntas inom det nya uppdraget. Följaktligen kan rehabiliteringskoordinatorn hamna i två uppgifter med två olika och även motstridiga tolkningar som följer av olika logiker; det kollektiva biopolitiska intresset och det professionsetiska med individen i centrum. För att tala med Foucault förväntas rehabkoordinatorn utföra ett uppdrag i en balansakt mellan olika maktunderstödjande former av kunskap som formar ett rehabkoordineringens professionspolitiska janusansikte.

## Referenser

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. The University of Chicago Press.
- Akademikerförbundet SSR. (2017). Etik & psykoterapi: Etisk kod för psykoterapeuter. Akademikerförbundet SSR. Retrieved from [https://akademssr.se/sites/default/files/files/etik\\_och\\_psykoterapi.pdf](https://akademssr.se/sites/default/files/files/etik_och_psykoterapi.pdf)
- Alexanderson, K, Allebeck, P., & Hansson, T. (2003). *Sjukskrivning-orsaker, konsekvenser och praxis: En systematisk litteraturoversikt. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering*. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Sjukskrivning+-+orsaker,+konsekvenser+och+praxis#0>

- Alexanderson, Kristina, Brommels, M., Ekenvall, L., Karlsryd, E., Löfgren, A., Sundberg, L., & Österberg, M. (2005). Problem inom hälso-och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Karolinska Institutet. Retrieved from <https://ki.se/media/221954/download?attachment>
- Blom, I. (2004). Från det moderna till det postmoderna subjektet. In C. Carlsson Wetterberg & A. Jansdotter (Eds.), *Genushistoria: En historiografisk exposé*. (pp. 255–267). Studentlitteratur.
- Bohm, E. (1961). Okänd, godkänd, legitimerad: Svensk Sjuksköterskeförenings första 50 år. Sv. sjuksköterskefören. förl..
- Brante, T. (1987). Sociologiska föreställningar om professioner. In U. Bergryd (Ed.), *Den sociologiska fantasin - teorier om samhället?* (pp. 124–154). Rabén & Sjögren.
- Brante, T., Johnsson, E., Olofsson, G., & Svensson, L. (2015). *Professionerna i kunskaps-samhället: en jämförande studie av svenska professioner*. Liber.
- Chrisztoffersen, S. A. (Ed.). (2017). *Professionsetik* (2:a ed.). Gleerups.
- Davies, C. (1996). The sociology of professions and the professions of gender. *Sociology*, 30(4), 661–678.
- Etzioni, A. (1969). *The semi-professions and their organization: teachers, nurses, social workers*. Free Press.
- Fagerlind Ståhl, A.-C. (2021). *Arbete och psykisk hälsa. Viktigt vetande och vanliga myter*. Lund: Studentlitteratur.
- Foucault, M. (1986). *Vansinnets historia*. Arkiv förlag.
- Foucault, M. (1994). *The Birth of the Clinic: An archaeology of Medical Perception*. Vintage Books Edition.
- Foucault, M. (2002). *Sexualitetens historia. Band I: Viljan att veta*. Daidalos.
- Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France 1978-1979*. Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. (2011). *Vetandets arkeologi* (2a ed.). Arkiv förlag.
- Foucault, M. (2014). *Biopolitikens födelse: Collège de France 1978-1979*. Tankekraft Förlag.
- Franzén, C., & Tzimoula, D. (Eds.). (2021). *Genus och professioner*. Studentlitteratur.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og profesjonsmoral. In Anders Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 144–160). Universitetsförlaget.
- Hansen Falkdal, A., Hörnqvist Bylund, S., Edlund, C., Janlert, U., & Bernsprång, B. (2013). ReKoord-projektet: Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Umeå Universitet. Retrieved from <https://docplayer.se/6712245-Rekoord-projektet-nationell-utvardering-av-koordinatorsfunktionen-inom-sjukskrivnings-och-rehabiliteringsområdet.html>
- Hartman, L., Johansson, P., Khan, S., & Lindahl, E. (2009). *IFAU-Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering. Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden (Rapport 2009:1)*. Retrieved from <https://www.ifau.se/Forskning/Publikationer/Rapporter/2009/Uppfoljning-och-utvardering-av-Sjukvardsmiljarden/>

- Hirdman, Y. (2018). *Att lägga livet till rätta - studier i svensk folkhemspolitik* (Andra uppl.). Carlsson Bokförlag.
- Inspektionen för socialförsäkringen. (2018). *Regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9, 0 dagar Regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9, 0 dagar*.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F., Zeisel, H., & Fleck, C. aui. (2002). *Marienthal : the sociography of an unemployed community /Marie Jahoda, Paul F. Lazarsfeld, and Hans Zeisel ; with a new introduction by Christian Fleck*. Transaction Publishers. Retrieved from <https://proxy.mau.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,shib&db=cat05074a&AN=malmo.b1638793&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
- Jørgensen Mølbjerg, K. (2007). *Power without Glory - A Genealogy of a Management Decision*. Copenhagen Business School Press.
- Laursen, P. F. (2004). Hvad är egentlig pointen ved professioner? - om professionernes samfundsmæssige betydning. In K. Hjort (Ed.), *De professionelle: forskning i professioner og professionsuddannelser*. (pp. 21–32). Roskilde universitetsforlag.
- Layard, P. R., & Layard, R. (2011). *Happiness: Lessons from a new science*. Penguin UK.
- Lemke, T. (2011). *Biopolitics: An Advanced Introduction*. New York University Press.
- Liljegren, A. (2012). Key metaphors in the sociology of professions: Occupations as hierarchies and landscapes. *Comparative Sociology*, 11(1), 88–112. <https://doi.org/10.1163/156913312X621631>
- Liljegren, A., Höjer, S., & Forkby, T. (2014). Laypersons, professions, and governance in the welfare state: The Swedish child protection system. *Journal of Professions and Organization*, 1(2), 161–175. <https://doi.org/10.1093/jpo/jou005>
- Lindqvist, R. (2018). *Aktivering och medikalisering i sjukförsäkringen: Det sociala medborgarskapets förändrade innebörder. Égalité*.
- Ling, S. (2000). Kvinnlig och manlig läkekonst. In G. Andersson (Ed.), *Bedrägliga begrepp: kön och genus i humanistisk forskning* (pp. 97–116). Uppsala: Historiska institutionen.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing Individuals for Change* (Second edi). The Guilford Press.
- Molander, Anders, & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduktion. In Anders Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 13–26). Universitetsförlaget.
- Nietzsche, F. (1887). Om moralens härstamning. *Modernista*.
- Nyberg, D. (2012). “You Need to be Healthy to be Ill”: Constructing Sickness and Framing the Body in Swedish Healthcare. *Organization Studies*, 33(12), 1671–1692. <https://doi.org/10.1177/0170840612457615>
- Olofsson, G. (2018). Professionerna, mellanskikten och klassanalysen (Katalys 52: Rapport 13). Katalys.
- Regeringsbeslut S2019/05301/SF. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2020: Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Retrieved from <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2019/12/en-kvalitetssaker-och-effektiv-sjukskrivnings--och/>

- Riksrevisionen. (2005). Förtidspension utan återvänder (RIR 2005:14). Retrieved from [https://www.riksrevisionen.se/download/18.78ae827d1605526e94b2dca8/1518435508784/RiR\\_2005\\_14.pdf](https://www.riksrevisionen.se/download/18.78ae827d1605526e94b2dca8/1518435508784/RiR_2005_14.pdf)
- Selberg, R. (2021). Sjuksköterskeyrket som professionellt projekt - en feministisk analys av en vårdprofession. In C. Franzén & D. Tzimoula (Eds.), *Genus och professioner*. (pp. 89–116). Studentlitteratur.
- SFS 2018:744. Lag om försäkringsmedicinska utredningar.
- SFS 2019:1297. Lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.
- Socialdepartementet. Införande av en rehabiliteringskedja (2008).
- Socialstyrelsen. (n.d.). Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Retrieved from <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>
- Sohlberg, I., Selin, J., Karlsson, A. M., Diamant, M., & Hamrén, B. (2018). Förändrad styrning av och i Försäkringskassan: En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning (Rapport 2018:16). ISF-Inspektionen för socialförsäkringen. Retrieved from [https://isf.se/download/18.6e75aa-e16a591304896ba4/1565330431186/Förändrad\\_styrning\\_av\\_och\\_i\\_Försäkringskassan-ISF-Rapport\\_2018-16.pdf](https://isf.se/download/18.6e75aa-e16a591304896ba4/1565330431186/Förändrad_styrning_av_och_i_Försäkringskassan-ISF-Rapport_2018-16.pdf)
- SOU 2006:86. Mera försäkring och mera arbete. Retrieved from <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2006/11/sou-200686/>
- SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring. Retrieved from <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2015/03/sou-201521/>
- SOU 2020:24. Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Retrieved from <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/04/sou-202024/>
- SOU 2023:48 Rätt förutsättningar för sjukskrivning (2023). Retrieved from <https://www.regeringen.se/contentassets/f99d09db866d41f495ddd30d44bcb0b0/sou-2023-48.pdf>
- Ståhl, C., & Seing, I. (2014). Arbetslinjer och arbetsförmåga i det svenska socialförsäkringssystemet. In *Den relativa arbetsförmågan: teoretiska och praktiska perspektiv* (pp. 75–93). Retrieved from <http://libris.kb.se/bib/16742570>
- Sveriges Arbetsterapeuter. (2018). Etisk kod för arbetsterapeuter. Retrieved from <https://www.arbetsterapeuterna.se/foerbundet/webbutik-och-gratismaterial/etisk-kod-foer-arbetsterapeuter/>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2021). *Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården: En nationell kartläggning 2021 och jämförelse med 2018*. Retrieved from <https://skr.se/download/18.1d1b45d17f44a93c2f60b7e/1647012929421/SKR-Koordineringsinsatser-inom-hälso-och-sjukvården.pdf>
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). Is work good for your health and well-being?
- Witz, A. (1990). Patriarchy and professions: The gendered politics of occupational closure. *Sociology*, 24(4), 675–690.
- Vågan, A., & Grimm, H. (2008). Profesjoner i maktteoretiskt perspektiv. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 411–426). Universitetsförlaget.





# Kapitel 5. Avslutande ord

*Anders Edvik, Ulrika Flädjemark, Tuija Muhonen, Helena Stavreski och Stig Westerdahl*

Sjukskrivningsprocessen har varit föremål för omfattade studier, särskilt efter att den så kallade rehabiliteringskedjan infördes i Socialförsäkringsbalken 1 juli år 2008. Intentionen var att effektivisera sjukskrivningsprocessen med tidig(are) arbetsåtergång för sjukskrivna individer som målsättning. Statens styrning på sjukskrivningsområdet har därefter blivit allt tydligare och sedan år 2009 har övergripande mål för Sveriges sjukskrivningsnivå tagit form (Inspektionen för socialförsäkringen, 2018). Fokus har legat på att få till en stabil låg sjukfrånvaro.

När den statliga utredningen *Mer trygghet och bättre försäkring* (SOU 2015:21) kom sattes fokus på att framför allt försäkringstillämpningen skulle bli bättre. Utredningen utgjorde bakgrund till att målet på ett nationellt sjukpenningtal<sup>24</sup> om högst 9,0 vid utgången av år 2020 formulerades där Försäkringskassan sågs som den myndighet som skulle genomföra detta främst genom bättre utredningsmetodik. Försäkringskassan uttalade sig positivt i remissvaret till utredningen men påtalade samtidigt att även hälso- och sjukvården samt arbetsgivarna måste bidra med aktiviteter i linje för att sänka sjukskrivningarna och nå målet. Därmed sattes fokus på försäkringsmässig aktivitet i uppdraget hos alla tre parter; Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och arbetsgivarna snarare än att se till helheten med patienten som individ i ett sammanhang (Sohlberg, Selin, Karlsson, Diamant, & Hamrén, 2018).

I dagsläget har 15 år passerat sedan rehabiliteringskedjan infördes och det kan konstateras att försäkringstillämpningen genom begreppet försäkringsmedicin har tagit steget in i vårdens dagliga arbete. Begreppet som under många år varit kopplat till särskilda utredningar (SFS 2018:744. Lag om försäkringsmedicinska utredningar) ska nu tillämpas i vårdens dagliga arbete med sjukskrivna. En allt tydligare juridifiering av sjukskrivningsområdet har etablerats genom fokus på att sammanföra socialförsäkringar och vårdens medicinska ansvar att se till diagnostik, behandling och rehabilitering till samma kunskapsfär.

---

<sup>24</sup> Sjukpenningtalet är antalet dagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning som har betalats ut under en 12-månaders period. Summan delas med antalet försäkrade i Sverige i åldrarna 16–64 år.

I SOU 2023:48 *Rätt förutsättningar för sjukskrivning* som gjorts på uppdrag av regeringen i syfte att bland annat utreda läkarintygets betydelse i sjukpenningärenden handlar många av förslagen om att förstärka det försäkringsmedicinska området. Samtidigt som det konstateras att läkarintygets betydelse *inte* ska förändras – dvs. läkarens kunskapsförmedling i sjukintyget ska inte väga tyngre än idag – ska kunskapen styras mot att utgå från det försäkringsmedicinska område till exempel i form av; ett nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin som ska finnas som stöd för hälso- och sjukvården; försäkringsmedicin ska etableras som specialisttjänstgöring för läkare; i nya överenskommelser med staten och hälso- och sjukvården ska utvecklingen av försäkringsmedicinsk verksamhet stödjas, och former för en nationell utveckling av området inom sjukskrivning och försäkringsmedicin ska främjas. Det ligger nära till hand att tänka på försäkringsmedicin som det allena saliggörande – allt ska lösas bara vården blir bättre på just detta.

Kunskapsområdet försäkringsmedicin som enligt Försäkringskassan innebär hur ”*rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av hur olika försäkringar är utformade*”<sup>25</sup> ska nu genomsyra allt arbete med individer som riskerar att bli sjukskrivna och därmed sker en förgivettagen kunskapsstyrning mot att arbetslinjen ska råda till varje pris.

Vi har i texterna visat att även om det är tydligt vilken kunskap som ska styra är det svårt att nå konsensus eftersom aktörerna i sjukskrivningsprocessen har olika utgångspunkter och referensramar för vad sjukskrivning innebär. En statlig utredning (SOU 2020:24) har visat på avsaknad av en enhetlig bild av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte. När inte individen vet vad hen kan förvänta sig av processen blir det svårt att få helhetsperspektiv och insikt om processens syfte som är att återfå arbetsförmåga – men inte ett specifikt arbete. I betänkandet (SOU 2020:24) betonas därför processmomentet genom att definiera *process* som något med en början och ett slut men som också innebär att det sker utveckling eller förändring under tiden. Ställningstagande till sjukskrivning ska utgå från en ståndpunkt om att arbetsoförmåga till någon grad föreligger. Därigenom har utredningen försökt att ta sig bort från vad som kan uppfattas som motsatsförhållanden; frisk/sjuk och hälsa/ohälsa. I stället fokuseras funktion/icke-funktion i betydelsen arbetsförmåga/-oförmåga och därtill en dimension av att individen aktivt ska medverka till sin återgång i arbetslivet, inte passivt invänta att tillståndet förändras. I centrum för processen står intentionen att de olika aktörerna ska arbeta *tillsammans*, dock med individen i centrum som ansvarstagande för att åter kunna arbeta. Syftet med utredningen var att bidra till ”*att motverka de problem som kan uppstå till följd av det uppdelade ansvaret mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen*” (SOU 2020:24) och fokusera på problemet att begrepp som förekommer i sjukskrivningsprocessen används olika och kan ges olika eller ej definierade betydelser.

---

25 <https://www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/forsakringsmedicin/forsakringsmedicin-pa-forsakringskassan> hämtad den 2 november 2023



Vårasamlade texter redogör för på vilket sätt aktörerna i sjukskrivningsprocessen kan anses ha olika förutsättningar, perspektiv och uppfattningar om hur sjukskrivningsprocessen ska organiseras vilket bidrar till svårförståelighet, inte minst för den sjukskrivna (SOU 2020:24; SOU 2023:48). I en juridifierad värld där kunskapsstyrning ska klargöra vad som är rätt bedömning och därigenom berättigar till välfärdsmedel sätts all tilltro till ju mer styrning av kunskap desto bättre. Men eftersom det rör sig om människor som ska bedömas och som bedömer och blir det till syvende och sist svårt att ta bort den subjektiva komponenten. Den som arbetar som vårdprofessionell kommer att behöva ta ställning till den statliga kunskapsstyrningen som följer arbetslinjen och den professionsetiska som kanske förordar något annat. Denna dubbelhet och komplexitet formas både av de skilda aktörernas förutsättningar, perspektiv och utmattningssyndromets svårighet i sig i den mån den saknar objektifierbara parametrar.

Stavreski och Westerdahl visar i sin text i *kapitel två* hur olika kunskapsgrunder ställs mot varandra när utmattningssyndrom ska behandlas och patienten genomgå rehabilitering. Inom sjukvårdsorganisationen är den medicinska kunskapsgrunden utgångspunkt, där det med Mols (2002) terminologi finns olika praktiker som var och en gör sin verklighet av observationer eller interagerande med patienten.

Till detta har lagts en historisk iakttagelse som uppmärksammar att genom sjukhusets tillblivelse i mitten på 1800-talet blev patienten ett objekt som studerades (*kroppen som objekt*), samtidigt som patienternas egna berättelser (*kroppen som subjekt*) förminskades eller försvann. När dagens läkare gör observationer i undersökningsrummet blir kroppen ett objekt och observationerna av denna är de som i huvudsak gäller när Försäkringskassan i slutändan avgör om läkarens sjukintyg ska godkännas eller inte.

Patienternas egna upplevelser har inget eller litet utrymme i denna kunskapsdomän. Mol och Law (1999) följer denna historiska tråd i distinktionen kropp som subjekt kontra kropp som objekt, hur denna uppdelning utvecklades under samma historiska period, men med ursprung i sjukhus för somatiska sjukdomar som utvecklade olika medicinska praktiker. Det finns en tydlig distinktion här, eftersom det inte handlar om att inta olika perspektiv på en och samma verklighet. I stället gäller att olika samtidiga verkligheter formas eller iscensätts och att världen och verkligheten därför måste förstås som multipel; den finns i olika versioner.

Fältarbetet visar hur denna medicinska kunskapsgrund i viss mån ifrågasätts på arbetsplatsen, som har en central funktion i det samverkande kring rehabiliteringen som krävs. Osäkerheten kring diagnosen fortplantas till olika aktörer i arbetsgivarorganisationen. HR-specialister talar om sin kunskap i förhållande till cheferna och hävdar att många chefer har svårt att värdera tecken på utmattning. Stavreski och Westerdahl har noterat hur det på arbetsplatsen finns en pragmatisk hållning som vården tycks sakna, vilket resulterar i att arbetstagare blir lyssnade på och att insatser görs utifrån deras upplevelser. Detta bekräftas också av genomförda intervjuer med patienterna/arbetstagarna.

Skilda praktiker med olika kunskapsgrunder formar olika versioner av utmattningssyndrom och med dessa skilda tillvägagångssätt och förutsättningar,

eller *verkligheter* för att tala med Mol (2002), går olika aktörer in i samverkan kring patientens rehabilitering. Osäkerheten och effekterna av de skilda kunskapsgrunderna påverkar också synen på diagnosen som samhälleligt och organisatoriskt fenomen och dessa grundläggande åsiktsskillnader återfinns också på vårdcentralerna i materialet och måste tolkas i politiska termer. Precis som Friberg (2009) konstaterar: när denna diagnos gav rätt till sjukskrivning och blev till en del av socialförsäkringssystemet, då blev också diagnosen politisk. Stavreski och Westerdahl lyfter fram Rose (2006) och Mol och Law (2004) när de argumenterar för att patientens självkänedom behöver få större utrymme i sjukvården och att levnadsberättelser kan utgöra värdefull kunskapsgrund för läkares bedömningar.

Om dagens samverkan inom rehabilitering präglas av olika kunskapsgrunder och de olika praktiker som finns i vården i kontrast med dem vi ser på arbetsplatsen, så finns här samtidigt en väg framåt, argumenterar Stavreski och Westerdahls, i form av det som här kallas *ännu inte iscensatta versioner av verklighet*. Den bygger på att patientens upplevelser blir utgångspunkt både i vården och på arbetsplatsen. En annan syn i vården på patienten får i förlängningen organisatoriska konsekvenser för en rehabsamordning där skilda kunskapsgrunder kan verka mer jämställt och den medicinska disciplinen kan verka parallellt, men inte överordnat andra kunskapsgrunder, allt i syfte att patientens situation ska lösas oavsett om dessa har sitt ursprung i familjära, sociala, kulturella, medicinska eller ekonomiska förhållanden.

Idén om *ontologiskt politisk* handlar nämligen både om vilken verklighet man ska agera utifrån och hur andra verkligheter skulle kunna iscensättas. Detta bildar avslutningsvis utgångspunkt när Alcadipani och Hassard (2010) pekar på hur beskrivningar av organisationslivet dels måste visa relationernas avgörande roll, dels betonar kunskapsgrundens betydelse. Berättelser om organisering blir *ontologiskt politiska* då de visar hur olika verklighetsanspråk kan göra vissa sociala verkligheter mer 'verkliga', medan andra görs osynliga eller förblir frånvarande.

I det empiriska materialet, där presentationen inleds med studier av hur diagnosen utmattningssyndrom iscensätts i olika former av myndighetsdokument, framträder marginaliseringen av patienten som kunskapsbärare tydligt i intervjuerna från hälso- och sjukvården. Intrycket är dock mindre framträdande i intervjuer med personer i arbetsorganisationer och företagshälsovård. Hos dem finner vi en mer mångfacetterad bild av den praktik som iscensätts kring utmattningssyndromet.

Edviks studie i *kapitel tre* har genomförts mot bakgrund av hur diagnosen utmattningssyndrom blir politisk genom den osäkerhet som präglar praktiken kring psykisk ohälsa och hur osäkerheten i slutändan påverkar den patient eller medarbetare som drabbats. I centrum för alla dessa och i vissa fall motstridiga regleringar och mål står den sjukskrivna arbetstagaren vars sjukdomsstatus i mångt och mycket avgör dels hur snabbt återgång i arbete kan ske, dels till vilka arbetsuppgifter hen kan återgå. Denna till synes självklara utgångspunkt, det vill säga att möjligheten till snabb återgång i arbete avgörs av vilken sjukdom arbetstagaren har samt hur sjuk hen är, går inte alla

gång hand i hand med den reglerade väg och de sociopolitiska normer som återgång i arbete är förenad med.

Syftet med detta kapitel är att belysa och fördjupa förståelsen för hur den till synes enkla principen om återgång i arbete vid sjukdom, har utvecklats till en komplex organiseringspraktik som framför allt sjukskrivna arbetstagare med diagnosen utmattningssyndrom har svårighet att navigera inom. Resultaten av studien visar att denna praktik kännetecknas av en omställningslogik som har historiska kopplingar till arbetslinjen.

Som ledstjärna i den svenska sjukförsäkringen är idén om snabb återgång i arbete tätt sammanflätad med begreppet Arbetslinjen. Alltsedan 1900-talet har Arbetslinjen utgjort en grundbult i den svenska välfärdspolitiken och kan förenklat sägas ge uttryck för historiskt utvecklade sociopolitiska normer som i grunden handlar om vikten av egenförsörjning genom aktivt lönearbete. I motsats till att avgränsa förståelsen av organisation till formella och statiska strukturer, breddas perspektivet i denna studie till att förstå organisation i termer av öppna sociomateriella system som är i ständig förändring och utveckling. Det är därför som organisering används för att ”fånga” sådana inom- och mellanorganisatoriska processer som beskriver organisationers vardagliga liv.

Resultaten visar att organiseringspraktiken skapar ingenmansland som patienter med utmattningssyndrom riskerar att hamna i då det saknas arenor och sammanhang som kopplar samman de olika aktörernas praktiker. I detta ingenmansland lämnas den sjukskrivne till arbetet som interinstitutionell gränsarbetare i syfte att uppfylla rehabiliteringskedjan krav för beviljad sjukpenning.

I det avslutande *kapitel fyra* lyfter Flädjemark fram hur kompetensområdet försäkringsmedicin, som berör det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystem, gör statens medverkan i ordnandet av livet för individerna tydlig. Med en foucauldiansk språkdräkt kan statens *biomakt* ses som påtaglig (Foucault, 2008). Ur det perspektivet knyts medicinsk professionsutövning närmare politiska användningsområden. I ett biopolitiskt abstrakt perspektiv kan detta teoretiska synsätt tyckas oproblematiskt. I en patientnära kontext måste dock dessa ställningstaganden leda till att subjektet – i meningen vårdprofessionell – tar ställning till ur vilket perspektiv patienten ska bemötas när dessa går på kollisionskurs. Ska sjukfrånvaro ses ur perspektivet med patientens behandling och rehabilitering i förgrunden eller är statens mål viktigare? Frågan som bör ställas är till hur stor del professionsetiken ska fungera som samhällets sociala kontrollmekanism. Frågan är var gränsen går till när den blir till en disciplinerande maktapparat med historiska konnotationer från tidigare sekler.

Vård och behandling handlar idag om att från patientens sida överlämna sin autonomi men så fort som möjligt återta den. Rehabkoordinatorn är den som ska vägleda patienten i detta men även arbeta med utgångspunkt från ett försäkringsmedicinskt paradigm. Här finns risker för rehabkoordinatorn och även andra vårdprofessionella att bli instängd i ett nät av intrapersonella spänningar som framför allt gäller gränsdragning till den egna professionsetiken vilket kan skilja sig från vad som förväntas inom det försäkringsmedicinska uppdraget – det kunskapsparadigm som nu förväntas styra alla

som arbetar med sjukskrivna och de som riskerar att bli sjukskrivna. Må ingen avvika från den smala åsiktskorridor som kallas arbetslinjen.

## Referenser

- Alcadipani, R., & Hassard, J. (2010). Actor-Network Theory, organizations and critique: towards a politics of organizing. *Organization*, 17(4), 419–435.
- Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France 1978-1979*. Palgrave Macmillan.
- Friberg, T. (2009). Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, (33), 538–558.
- Mol, A. (1999). Ontological Politics. A Word and Some Questions. *The Sociological Review*, 47(1), 74–89. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954x.1999.tb03483.x>
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.
- Mol, A., & Law, J. (2004). Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia. *Body & Society*, 10(2–3), 43–62.
- Rose, N. (2006). Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. *Bio-Societies*, 1(4), 465–484.
- SFS 2018:744. Lag om försäkringsmedicinska utredningar.
- Sohlberg, I., Selin, J., Karlsson, A. M., Diamant, M., & Hamrén, B. (2018). Förändrad styrning av och i Försäkringskassan: En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning (Rapport 2018:16). ISF-Inspektionen för socialförsäkringen.
- SOU 2015:21. Mer trygghet och bättre försäkring. Retrieved from <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2015/03/sou-201521/>
- SOU 2020:24. Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Retrieved from <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/04/sou-202024/>
- SOU 2023:48 Rätt förutsättningar för sjukskrivning. Retrieved from <https://www.regeringen.se/contentassets/f99d09db866d41f495ddd30d44bcb0b0/sou-2023-48.pdf>

# Bilaga 1

## Undersökningsmaterial avser kapitel 2 och 3

Totalt genomförde vi 46 intervjuer (se tabell 1). Alla intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant. Majoriteten av deltagarna var kvinnor och deras åldrar varierade från 35 till 65 år.

**Tabell 1.** Antal befattningar och organisationer som ingår i intervjumaterialet.

<b>Befattning</b>	<b>Antal</b>	<b>Organisation</b>	<b>Antal</b>
Rehabiliteringskoordinator	13	Vård-/Hälsocentral	14
Facklig företrädare	8	Universitet	4
HR-konsult/specialist	7	Försäkringskassan	3
Chef	6	Arbetsförmedling	3
Patient	4	Region	3
Administratör	2	Fackförening	2
Försäkringshandläggare	2	Kommun	2
Allmän läkare	2	Sjukhus	1
Sjuksköterska	1	Elbolag	1
Facklig jurist	1	Gymnasium	1
		Förskola	1

Intervjudata kompletterades med sekundärdata i form av policydokument från myndigheter, Region Skåne (den regionala vårdgivaren) och lokala vårdcentraler. Dessa dokument studerades för att ge en bredare förståelse för det politiska läget och det språk som aktörerna använder för att hantera sjukskrivningsprocessen.

Författarna inledde analys av materialet genom att läsa igenom de transkriberade intervjuerna ett antal gånger för att få en helhetsbild av materialet och för att identifiera

centrala teman. Därefter diskuterades och reviderades de identifierade teman tillsammans för att uppnå tolkningskonsensus (Patton, 1987). Teoretiska begrepp tillämpades sedan för att analysera tolkningarna, vilket genererade nya frågor som ställdes till det empiriska materialet. Analysen växlade mellan teori och empiriskt material på ett abduktivt sätt att resonera (Alvesson och Sköldberg, 2000), vilket ökar den teoretiska förståelsen av data. Vi använder citat från materialet för att illustrera resultaten från fältet.





























