Linköpings universitet

HELIX Working Papers
ISSN:1654-8213

Sjukskrivningssystemet och dess aktörer

Efter införandet av rehabiliteringskedjan

Christian Ståhl
Ulrika Müssener
Tommy Svensson

HELIX VINN EXCELLENCE CENTRE

HELIX Working Papers
ISSN 1654-8213
11/7

Sjukskrivningssystemet och dess aktörer

Efter införandet av rehabiliteringskedjan

Christian Ståhl
Ulrika Müssener
Tommy Svensson

Linköpings universitet

HELIX
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping
SWEDEN

www.liu.se/helix

Tryck: Linköpings universitet, LiU-Tryck

Sammanfattning

Sedan 2008 har ett antal större förändringar gjorts i sjukförsäkringen. Främst har rehabiliteringskedjan, dvs. införandet av fasta tidsgränser för bedömning av arbetsförmåga och rätt till ersättning, stått i fokus för debatten. Med tidsgränserna sattes en slutgräns för hur länge sjukpenning betalas ut, vilket tidigare inte fanns i försäkringen. I denna studie undersöks hur sjukskrivna, arbetsgivare, försäkringskassehandläggare och läkare resonerar kring dessa tidsgränser, arbetsförmågebedömningar, rehabilitering och återgång i arbete.

Studien omfattar kvalitativa intervjuer med sjukskrivna, arbetsgivare, handläggare på Försäkringskassan samt primärvårds- och företagsläkare. Totalt intervjuades 24 personer.

Sjukskrivna, arbetsgivare och läkare upplever att Försäkringskassans handläggare blivit mindre tillgängliga, och generellt uppfattas handläggarna som alltmer passiva i rehabiliteringsprocessen. Handläggare på Försäkringskassan menar att de senaste årens regeländringar har medfört en mer administrativ handläggarroll, där mer tid läggs på att hålla tidsgränser än att arbeta med faktisk rehabilitering. Handläggare upplever också att etiska dilemman uppstår när individuella bedömningar kommer i konflikt med tidsgränserna, vilket upplevs som stressande.

De sjukskrivna upplever att Försäkringskassan borde ta ett större ansvar för att driva sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen framåt, eftersom de själva har svårt att överblicka och navigera i sjukförsäkringssystemet. Även arbetsgivarna i studien förväntar sig att Försäkringskassan ska ta större ansvar för sjukskrivningsprocessen. Handläggarna på Försäkringskassan har å sin sida blivit alltmer benägna att lägga detta ansvar på de sjukskrivna.

Studien identifierar också flera brister i samverkan mellan arbetsgivare, sjukvård och Försäkringskassan kring bedömningen av sjukskrivnas arbetsförmåga. Försäkringskassans handläggare lägger stor vikt vid de medicinska underlagen i bedömningarna, och ger uttryck för en tveksamhet inför att använda andra informationskällor (såsom SASSAM-kartläggningar), då det upplevs som avsteg från rådande riktlinjer.

Ett av syftena med rehabiliteringskedjan var att skapa en mer enhetlig och standardiserad sjukskrivningsprocess. Dock upplever såväl handläggare som sjukskrivna att systemet är oflexibelt och inte tar hänsyn till individers olikheter och skilda behov, och att de fasta tidsgränserna därmed medfört en ökad orättvisa för de sjukskrivna. Även om bemötandet

från handläggare på Försäkringskassan i många fall upplevs som bra, uppfattas sjukförsäkringssystemet som orättvist; studien ger därmed i första hand exempel på upplevd proceduriell orättvisa, snarare än upplevelser av orättvist bemötande.

Studien visar på ett ytterligare behov av att studera etik, rättvisa och kvalitet i sjukskrivningsprocessen.

Christian Ståhl
Ulrika Müssener
Tommy Svensson

Linköping, Oktober 2011

Innehållsförteckning

1 Introduktion 1
1.1 Olika aktörer med olika roller 2
1.2 Syfte och frågeställningar 3
2 Metod 5
2.1 Urval och deltagare 5
2.2 Datainsamling 6
2.3 Analys 7
3 Resultat 8
3.1 Rehabiliteringskedjan: kännedom och efterlevnad 8
3.2 Perspektiv på arbetsförmåga 20
3.3 Ansvar för sjukskrivning och återgång i arbete 30
3.4 Sjukskrivnas upplevelser av bemötande 36
4 Diskussion 39
4.1 Rehabiliteringskedjan i praktiken 39
4.2 Etik, bemötande och upplevd rättvisa 41
4.3 Ansvar: vem ska vara aktiv? 43
4.4 Tolkning och bedömning av arbetsförmåga 44
4.5 Metoddiskussion 46
4.6 Slutsatser 46
5 Referenser 48

1 Introduktion

Sedan 2008 har ett flertal större förändringar gjorts i sjukförsäkringen. Främst har rehabiliteringskedjan, dvs. införandet av fasta tidsgränser för bedömning av arbetsförmåga och rätt till ersättning, stått i fokus för debatten. Med tidsgränserna sattes en slutgräns för hur länge sjukpenning betalas ut, vilket tidigare inte fanns i försäkringen. I denna studie undersöks hur sjukskrivna, läkare, arbetsgivare och försäkringskassehandläggare resonerar kring dessa tidsgränser, arbetsförmågebedömningar, rehabilitering och återgång i arbete.

Rehabiliteringskedjan innebär att arbetsförmåga ska bedömas vid ett antal fastställda tidpunkter utifrån olika premisser. De första 90 dagarna bedöms arbetsförmåga i relation till det egna arbetet. Efter 90 dagars sjukskrivning bedöms arbetsförmågan i relation till andra arbetsuppgifter som arbetsgivaren kan erbjuda, och efter 180 dagar ska arbetsförmågan bedömas i relation till den reguljära arbetsmarknaden. Vid dessa tidsgränser ska nya läkarutlåtanden göras, och varje bedömning innebär att rätten till sjukpenning omprövas. Efter 365 dagars sjukskrivning ska sjukpenning i normalfallet inte längre beviljas, även om olika undantag successivt införts sedan tidsgränserna introducerades. Arbetsförmedlingen kan kopplas in i samband med att bedömningen breddas till hela arbetsmarknaden, och efter 365 dagars sjukskrivning ska ansvaret för de sjukskrivna i normalfallet föras över från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen via en arbetsmarknadsintroduktion, omfattande minst tre månader. Därefter kan individer som fortfarande inte återgått i arbete ansöka om sjukpenning på nytt.

Förändringarna i sjukförsäkringen har sin bakgrund i främst två syften: att förkorta sjukskrivningstiderna och att standardisera sjukskrivningsprocessen. I Socialdepartementets promemoria från 2007 konstateras att det är ”angeläget att åstadkomma en aktivare sjukskrivningsprocess med tidiga insatser för att individernas arbetsförmåga i högre utsträckning ska tas till vara”, samt att ”sjukförsäkringen måste bli mer förutsägbar och ge bättre drivkrafter för återgång i arbete” (Socialdepartementet 2007). Det påtalas att den sjukskrivne själv måste känna ett eget tydligt ansvar för att återgå till arbete.

Rehabiliteringskedjan var främst ett led i att främja en snabbare återgång i arbete och sänka sjukskrivningstalen genom att reglera sjukskrivningsprocessen med tidsgränser. Tidsgränserna syftade till att snabbare bredda arbetsförmågebedömningen till andra arbeten än det personen blivit sjukskriven ifrån för att på så sätt få människor att komma tillbaka till arbetslivet. En övergripande ambition med flera av det senaste decenniets

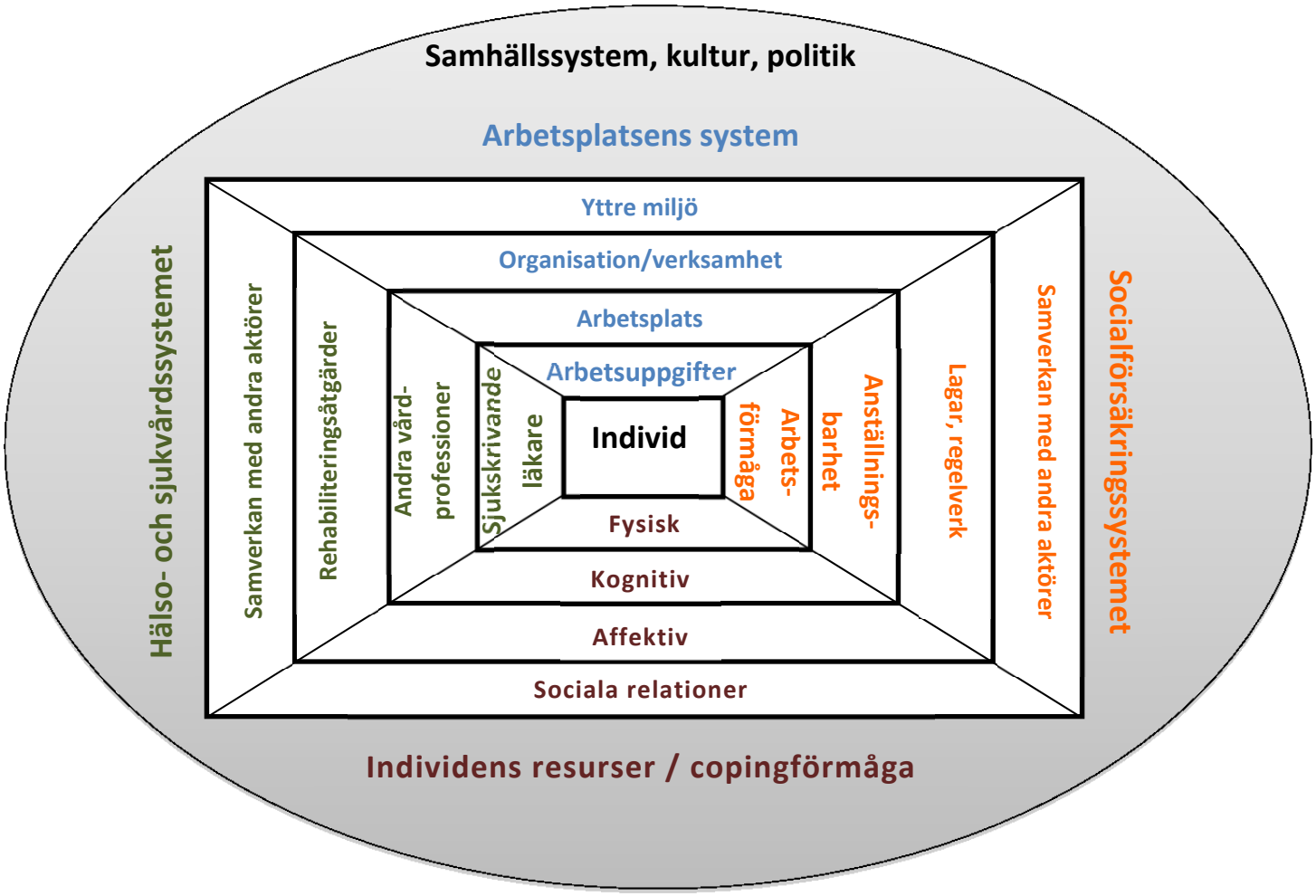
förändringar i sjukförsäkringen (t.ex. centraliseringen av Försäkringskassan och standardiseringen av sjukskrivningsprocessen) har varit att åtgärda skillnader i behandlingen av sjukskrivningsärenden, dels mellan olika delar av landet (regionala skillnader har uppmärksammats mycket, se t.ex. Försäkringskassan 2006:16), men också mellan handläggare och mellan olika ärenden. Denna standardisering av sjukskrivningsprocessen var således tänkt att främja likabehandling, och som konsekvens därav också rättssäkerhet för den sjukskrivne.

1.1 Olika aktörer med olika roller

I sjukförsäkringen återfinns ett antal aktörer och intressenter som har roller och ansvar i en persons sjukskrivningsprocess, från sjukfallets inledningsfas till återgång till arbete. Förutom den sjukskrivne själv är dennes arbetsgivare involverad, liksom Försäkringskassan och sjukskrivande läkare, som kan tillhöra primärvård, specialistvård eller företagshälsovård. I en sjukskrivning kan även andra vårdprofessioner (som arbetsterapeuter och sjukgymnaster), Arbetsförmedlingen samt fackföreningar involveras, beroende på sjukskrivningens utveckling.

I empirisk forskning kring sjukskrivning och rehabilitering har fyra huvudsakliga perspektiv identifierats, vilka brukar bedömas sammanfalla med olika aktörers intressen i processen. Dels anses vårdprofessionerna representera ett medicinskt eller vårdande perspektiv, med fokus på individens hälsa och välbefinnande; socialförsäkringssystemet representerar ett regelstyrt och byråkratiskt perspektiv där rätt till ersättning står i fokus; arbetsgivarna å sin sida representerar ett produktions- eller lönsamhetsperspektiv där fokus ligger på den sjukskrivnes förmåga att bidra till att uppfylla arbetsgivarens ekonomiska mål; den sjukskrivne, till sist, representerar ett livsvärldsperspektiv, där den egna livsberättelsen, synen på sig själv och sin plats i samhället står i centrum. (Loisel et al 2005; Seing 2011; Lindqvist & Grape 1998).

Dessa fyra perspektiv har sammanfattats i en modell, Sherbrookemodellen, som identifierar de aktörer och system som aktualiseras i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (Figur 1). Med avstamp i denna modell kan centrala begrepp och faser i rehabiliteringen analyseras, exempelvis arbetsförmågebegreppet och vilket ansvar olika aktörer har för den samlade processen när en person ska återgå i arbete.



Figur 1: Sherbrookemodellen, som illustrerar de olika sociala system som är inblandade i sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete (Loisel et al 2005), här översatt till svenska förhållanden.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att genom intervjuer med sjukskrivna, läkare, försäkringskassehandläggare och arbetsgivare belysa utvecklingen av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, med särskilt fokus på rehabiliteringskedjan och bedömningar av arbetsförmåga. Studien utgår ifrån följande frågeställningar:

1. Vilka uppfattningar och erfarenheter finns när det gäller betydelsen av rehabiliteringskedjans tidsgränser för den sjukskrivnes återgång i arbete?

2. Hur resonerar olika aktörer kring bedömningar av arbetsförmåga?

3. Hur uppfattar de olika aktörerna sina egna och andras roller och funktioner i beslutsprocessen?

4. Hur upplever och tolkar den sjukskrivna bemötandet från olika aktörer i samband med olika beslut?

2 Metod

Ansatsen för studien var primärt explorativ och deskriptiv, och en datainsamling med öppna, kvalitativa intervjuer framstod som lämplig för att besvara frågeställningarna.

2.1 Urval och deltagare

Urvalet gjordes i två steg. Först identifierades genom kontakt med Försäkringskassan i Östergötland ett antal personer som varit sjukskrivna i mer än 70 dagar, med antingen muskuloskeletala eller psykiska diagnoser. Dessa kontaktades via brev där personerna informerades om syftet med studien och om att medverkan var frivillig. Med brevet sändes ett medgivandeformulär ut som returnerades av de personer som ville delta. 11 personer accepterade att delta, 24 personer sade aktivt nej till deltagande, och resterande 15 svarade inte. Därefter bistod Försäkringskassan med dokument kring dessa 11 personers sjukskrivning, inkluderande läkarintyg och rehabiliteringsutredningar i förekommande fall. I en jämförelse mellan deltagande och icke deltagande personer fanns inga specifika skillnader på de tillgängliga variablerna ålder och kön.

I det andra steget, efter intervjuerna med de sjukskrivna, kontaktades deras arbetsgivare, läkare och handläggare på Försäkringskassan via brev, där dessa blev tillfrågade att delta i studien. Kopplingen till befintliga ärenden antogs underlätta intervjuerna, då generella frågor kring regelförändringarna kunde kopplas till ett befintligt ärende. Emellertid svarade endast ett fåtal på denna inbjudan, även efter att påminnelser sänts ut. Av läkarna svarade enbart företagsläkare, vilket föranledde att två primärvårdsläkare utan koppling till befintliga ärenden tillfrågades att delta, vilka accepterade. I tabell 1 ges en beskrivning av hur de olika intervjupersonerna är relaterade till varandra. Inget av ärendena omfattar alla aktörer, men merparten innehåller intervjuer med mer än en aktör.

Totalt deltog elva sjukskrivna personer i ålder mellan 33 och 51 år, samtliga boende i Östergötland. Av de intervjuade var fyra sjukskrivna för musku-loskeletala och sju för psykiska diagnoser. Vidare intervjuades fyra sjukskriv-ande läkare (varav två från företagshälsovården och två primärvårdsläkare), fyra handläggare på Försäkringskassan samt fem arbetsgivarrepresentanter.

Tabell 1. Intervjupersonernas koppling till varandra

Sjukskriven	Läkare	Försäkringskassan	Arbetsgivare
1	-	-	-
2	-	-	AG 1
3	-	-	-
4	-	FK 3	AG 2, AG 3
5	-	FK 2	AG 4
6	FHV 1	-	AG 5
7	-	FK 1	-
8	FHV 2	-	-
9	-	-	-
10	FHV 2	FK 1	-
11	-	FK 2, FK 4	-
-	PV 1	-	-
-	PV 2	-	-

2.2 Datainsamling

Den huvudsakliga metoden för datainsamling var kvalitativa intervjuer. Semistrukturerade intervjuguider som var något olika utformade för de olika kategorierna av intervjupersoner användes, där frågor ställdes dels om den aktuella sjukskrivningen, men också mer generella frågor kring sjukförsäkringen och den senaste tidens regelförändringar. När det gäller de sjukskrivna ombads de först att berätta om sin bakgrund och orsak till sjukskrivning. Därefter utgick intervjuguiden från teman som sammanfattades som syn på arbetsförmåga, delaktighet, upplevelser av bemötande, samt tankar kring rehabiliteringskedjan. Intervjuerna med arbetsgivare, läkare och försäkringskassehandläggare fokuserade på bedömning av arbetsförmåga, roller och samverkan, samt effekter av rehabiliteringskedjan och införda tidsgränser. I vissa av sjukskrivningsfallen fanns tillgång till relevanta dokument såsom läkarintyg med beskrivning/bedömning av funktionsförmåga, protokoll från avstämningsmöten, SASSAM-utredningar (en metod som används av Försäkringskassan för att utreda rehabiliteringsbehov) samt plan för återgång till arbete. Dessa studerades inför de intervjuer där det befanns relevant.

Alla intervjuer genomfördes via personliga möten, bortsett från en primärvårdsläkare som intervjuades via telefon. Intervjuerna, som genomfördes mellan maj 2010 och januari 2011, varade mellan 20 och 70 minuter.

I samband med samtliga intervjuer gavs muntlig information om studiens syfte. Alla informerades om att deltagandet var frivilligt och att informationen skulle användas konfidentiellt.

2.3 Analys

Materialet analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys (Patton 2002). Alla intervjuer lyssnades igenom efter intervjutillfället och transkriberades ordagrant. Intervjuutskrifterna bearbetades sedan i flera steg. I steg ett lästes intervjumaterialet igenom av författarna. Reflektioner skrevs ner och tankar kring möjliga teman antecknades. I steg två fördjupades analysen gemensamt genom att diskutera de individuellt gjorda skisserna. Huvudteman identifierades och kategorier skapades. I steg tre fokuserade varje författare på intervjumaterial från en till två av de intervjuade aktörskategorierna. Därefter valde varje författare individuellt ut citat för att tydliggöra varje kategorisering. I steg tre diskuterades kategoriseringen av materialet. Förtydliganden gjordes och val av citat diskuterades för att slutligen fastställas. Citaten har i vissa fall justerats språkligt för att öka läsbarheten.

3 Resultat

Resultatet presenteras i fyra huvudsakliga delar: kunskap om och erfarenheter av rehabiliteringskedjan, perspektiv på arbetsförmåga, ansvarsfördelning i sjukskrivningsprocessen, samt sjukskrivnas syn på bemötande i sjukskrivningsprocessen. Under respektive huvudrubrik (bortsett från avsnittet om bemötande) delas resultatredovisningen in efter de olika kategorierna av intervjupersoner.

3.1 Rehabiliteringskedjan: kännedom och efterlevnad

I detta avsnitt beskrivs de olika aktörernas respektive syn på, kunskap om och erfarenheter av rehabiliteringskedjan, och vilka konsekvenser de tycker att de senaste årens regelförändringar haft för dem.

3.1.1 De sjukskrivnas perspektiv

Kunskapen om vad rehabiliteringskedjan innebär varierar bland de sjukskrivna. Många kan inte riktigt beskriva dess syfte, men man är ändå på olika sätt insatt i följderna av de regeländringar som skett, oavsett om man själv blivit berörd eller inte. En sjukskriven person beskriver det så här:

> *Jag vet många som är sjuka som har drabbats ganska hårt av det här. Sen vet jag många som åker dit på det som jag faktiskt också kan tycka är rätt (Sjukskriven 4)*

Åsikten att en mer uppstramad försäkring behövs delas av många, framför allt ambitionen att individer inte ska behöva vara sjukskrivna längre än nödvändigt. Många är dock kritiska till att en rehabiliteringsplan saknas och att involverade aktörer ofta är svåra att nå:

> *Jag tycker inte alls att det är bra om man går för länge utan det är bra, framförallt att man har kontakt med arbetsgivare och att man lägger upp nån slags plan för en återgång så det liksom inte bara, det tycker jag är viktigt (Sjukskriven 8)*

Gemensamt för samtliga intervjuer är en upplevd passivitet under perioden som sjukskriven. Passiviteten visar sig genom försenade eller uteblivna kontakter mellan olika aktörer, i blankettförfarandet mellan hälso- och sjukvården, individen och Försäkringskassan, i beslut om rehabiliteringsåtgärder och i anpassningar av arbetsuppgifter. Att regeländringarna innebär att de sjukaste drabbas hårdast är centralt i

intervjuerna. Man menar att svårigheterna att anpassa arbetet i kombination med symptom/sjukdom som kräver lång rehabilitering gör att man riskerar att hamna utanför arbetsmarknaden som följd av de fasta tidsgränserna.

> *Även om de har en rehabiliteringsstege då, de första fyra månaderna får man gå hemma och efter fyra månader måste man börja jobba 50 % till sex månader och sen efter det så antingen så blir man kickad från jobbet, öppna arbetsmarknaden eller så, eller så är du frisk liksom. (Sjukskriven 4)*

Att tidsgränserna för hur länge man får vara sjukskriven för en specifik diagnos kan slå fel syns tydligt i intervjuerna. En av deltagarna beskriver att hon var tvungen att återgå till arbetet innan hon hunnit få den rehabilitering som var nödvändig. Hon menar att läkare på vårdcentralen inte kunde förlänga sjukskrivningen:

> *Jag gick faktiskt tillbaka till jobbet innan att ha börjat prata med någon och det var fruktansvärt jobbigt […] De kunde inte, efter den diagnosen som jag hade så kunde man inte sjukskriva fullt under en längre tid. (Sjukskriven 9)*

Krångel kring handhavande av blanketter dominerar i de sjukskrivnas svar på deras tankar kring rehabiliteringskedjan, genomförda regeländringar och fasta tidsgränser. Någon beskriver det så här:

> *Just när det gäller pappersexercis och det här i kassan alltså den är rent ut sagt bedrövlig och svårtydliga papper och man ringer till kassan så ska det knappas hitan och ditan, det är inte lätt om folk är sjuka alltså. (Sjukskriven 5)*

Samma person upplever att Försäkringskassan i kölvattnet av de striktare bedömningarna också har för stor inverkan på individens ekonomi eftersom regeländringarna i många fall inneburit försenade utbetalningar:

> *Jag är irriterad på Försäkringskassan i de lägena och det har ju blivit nån överförmyndarmyndighet. (Sjukskriven 5)*

Sjukskrivna upplever att rehabiliteringskedjan har bidragit till att de professionella, i synnerhet handläggare på Försäkringskassan, trycker på för mycket, och att reglerna påverkar läkarna att sjukskriva kortare, oavsett om en längre sjukskrivning skulle behövas.

De allra flesta som deltagit i studien riktar kritik till själva systemet snarare än till den enskilda läkaren eller handläggaren. Man visar en förståelse för att regeländringar behövs, men att det i praktiken innebär orättvisa bedömningar och beslut. Som en person uttrycker kontakten med Försäkringskassan:

> *Mm, så att jag förstår om de som sitter på Försäkringskassan inte tycker om sina jobb. Om de är utmattade och trötta och mår dåligt när de kommer hem så förstår jag det för jag skulle aldrig vilja sitta där och säga såna saker som hon satt och sa till mig. Det är inte hennes fel. (Sjukskriven 4)*

Många upplever att systemet ändå det ändå finns flexibilitet vad gäller beslut om sjukskrivning och hur länge man ska vara sjukskriven för olika diagnoser. Man kopplar dock möjligheten att kringgå reglerna till enskilda läkare och handläggare, snarare än till systemet som sådant.

3.1.2 Arbetsgivarnas perspektiv

Arbetsgivarna är medvetna om att regelverket i sjukförsäkringen förändrats, men tidsgränserna upplevs inte ha påverkat rehabiliteringsarbetet i någon större utsträckning. Flertalet intervjuade arbetsgivare har inte blivit kontaktade av Försäkringskassan med avseende på tidsgränserna.

> ***Har tidsgränserna påverkat i det här fallet för er del?***
>
> *Nej alltså ingenting egentligen för jag har ju aldrig haft kontakt med någon utan jag har anmält honom till Försäkringskassan när jag skulle göra det och sen är det [företagshälsovården] som har skött allting eftersom jag har betalat för det liksom så, ja som det enda som jag gör är att jag hör av mig till [den sjukskrivne] ibland då och frågar om han inte kan komma hit och fika nånting sånt där. (Arbetsgivare 1)*

Arbetsgivarna i studien har olika syn på huruvida snävare tidsgränser är positivt eller inte. En arbetsgivare hävdar att många sjukskrivit sig på felaktiga grunder, och att ökade krav på såväl sjukskrivna som läkare därmed är positivt.

> *Ja, jag tycker fördelen med att det är stränga regler är att folk kommer tillbaka till arbetet. För man ser ju folk som går hemma och är sjukskrivna länge, så jag tycker de som går sjukskrivna, sjukpensionärer som borde arbeta, det är alldeles för slött i Sverige generellt. Sen finns det undantag givetvis som måste vara sjukskrivna. […] Det tycker jag fortfarande att en del läkare sjukskriver så himla slappt, det kan jag redan säga nu idag, för jag är sjuksköterska i grund och botten, går de till en läkare, jag vill inte säga namn här, så blir han sjukskriven. (Arbetsgivare 4)*

En annan arbetsgivare hävdar att en framtvingad snabbare återgång i arbete inte är bra när personen inte klarar att trappa upp i rehabiliteringskedjans tempo. I samband med detta krävs en större flexibilitet hos arbetsgivaren, då systemet är fyrkantigt (t.ex. avseende bedömningen av arbetsförmåga, som sker enligt bestämda procentsatser).

> *Så är det, och det känner jag de flåsar i nacken och pressar till en mycket snabbare återgång i arbete och dessutom i alldeles för stora steg som fjärdedelar, det, det är min bestämda uppfattning. Att utan en flexibel arbetsplats där både arbetskamrater och chef stöttar så skulle det inte funka. (Arbetsgivare 5)*

Arbetsgivare i studien menar att tidsgränserna kan innebära att uppsägningar kommer att ske. En arbetsgivare hävdar att reglerna där arbetsförmåga bedöms i relation till den reguljära arbetsmarknaden inbjuder till att göra sig av med olämpliga arbetstagare, medan det kan ställa till med bekymmer när arbetsgivaren vill behålla en god medarbetare.

> *Alltså man kan ju inte säga till en person som fungerar väldigt bra i skolan och har bra kemi med eleverna att du bör söka ett annat jobb. Vi skulle nog härda ut den här biten över gränsen ganska så lätt. Men är det en person som, må gudarna förbjuda, är väldigt dålig som lärare och vi vet att ungarna tycker vansinnigt illa om henne, hon följer inte våra skollagar och såna saker, då hade det inte varit nåt snack. (Arbetsgivare 2)*

3.1.3 Läkarnas perspektiv

Införandet av rehabiliteringskedjan och dess fasta tidsgränser har inneburit att läkarnas sätt att arbeta med sjukskrivningsärenden har förändrats. Detta gäller inte minst hur man tänker kring formuleringar i samband med skrivandet av sjukintyg, vilket kan vara mer eller mindre problematiskt.

> *Man måste tänka sig för lite grann när man sjukskriver och man måste kanske formulera sig annorlunda i intygen och vara tydligare huruvida det rör sig om patientens nuvarande arbete eller om det även rör andra arbeten på arbetsmarknaden. (Primärvårdsläkare 2)*

> *Man lär sig ju med tiden vad det gäller och vad de (Försäkringskassan) godtar och inte godtar och det där blir lite knepigt, för vi kan inte skriva utlåtanden bara för att anpassa dem till Försäkringskassans bedömningsregler utan vi måste ju hålla oss till vår bedömning om det medicinska tillståndet. (Företagsläkare 2)*

De fasta tidsgränserna har också inneburit att kontakterna och relationerna med Försäkringskassan har förändrats, menar flera läkare. Behovet av kontakter har ökat. Man upplever också att det varierar mycket hur Försäkringskassan hanterar tidsgränserna. Vissa handläggare bevakar gränserna hårdare än andra. Om försäkringskassehandläggare är med på rehabiliteringsmöten så brukar de alltid påtala gränserna.

> *Har vi fått kontakt med någon handläggare som är med på ett rehabiliteringsmöte så tar de alltid upp de här gränserna och säger att nu måste vi göra si eller så. (Företagsläkare 2)*

En av läkarna pekar på att det finns vissa fördelar med de nya reglerna jämfört med hur det såg ut tidigare. Det handlar då främst om patienter som fastnat i en situation där en växande brist på tilltro till den egna förmågan att återgå i jobb vuxit sig stark och där ett visst mått av tvång kan bli något positivt.

> *Det är väl sådana personer som har haft en tendens att låta sjukdomen ta över deras liv lite grann och där sjukdomen blivit någon sorts bundsförvant eller någon ursäkt för att undvika svårigheter i livet. (Primärvårdsläkare 2)*

Samma läkare pekar dock på att i många fall blir tidsgränserna ändå något negativt ur patientsynpunkt och skapar ytterligare problem att brottas med vid sidan av sjukdomen.

> *De som faktiskt vill arbeta men som bevisligen inte kan, t ex patienter med utmattningssyndrom, där tycker jag att gränsen bara är till nackdel. Då blir patienterna stressade av de här tidsgränserna vilket i sig spär på sjukdomen. (Primärvårdsläkare 2)*

Nackdelarna och svårigheterna med rehabiliteringskedjans regler dominerar dock starkt i de intervjuade läkarnas utsagor. Ett stort problem som framhålls av flera är att reglerna inte tar hänsyn till att medicinska utredningar ibland tar lång tid. Ofta uppstår köer och långa väntetider inom sjukvården, t ex när det gäller patienter som måste remitteras till specialistundersökningar och där bedömningar om arbetsförmåga inte kan göras innan dessa undersökningar är genomförda. Det kan också handla om att en behandling eller operation i sig kan anses vara en lösning på såväl patientens sjukdomsproblematik som hans/hennes kapacitetsnedsättning, men att väntan på behandlingen kan vara lång.

> *Då är det ju ett problem att dagarna tar ju slut ändå. Trots att man får vänta så tar ju dagarna slut ändå. Vad gör man då? Har man då passerat den där sista gränsen då ska man ta ställning till om patienten saknar arbetsförmåga resten av livet i princip. Det är enda möjligheten att kunna få förlängd ersättning. (Primärvårdsläkare 2)*

En särskilt stark invändning mot rehabiliteringskedjan bland läkarna rör den bedömning av arbetsförmåga gentemot hela arbetsmarknaden som ska ske vid sex månaders sjukskrivning. Flera av läkarna framhåller det orealistiska i att tvingas bedöma arbetsförmåga i relation till rent hypotetiska arbeten. När det gäller exempelvis patienter med smärtproblematik som inte klarar av tunga, monotona eller enformiga arbeten så blir den bedömning man förväntas göra mycket lite verklighetsförankrad.

> *Rent hypotetiskt så kan det ju finnas ett sådant arbete, men många av de arbetena finns ju bara i teorin… Det är ju ett rent hypotetiskt arbete som ska jämställas med ett nästan, nästan ett skyddat arbete i princip. (Primärvårdsläkare 2)*

> *Det känns så löjligt att Försäkringskassan tvingar en att göra en bedömning ifrån arbete som inte finns tillgängliga och det är oerhört provocerande. Man känner det som ett rättsövergrepp mot patienterna. (Primärvårdsläkare 1)*

Man beskriver också problemet med att människor som blir utförsäkrade och går till Arbetsförmedlingen sedan kommer tillbaka för ny sjukskrivning, eftersom deras arbetsförmåga inte räcker till en plats på den befintliga arbetsmarknaden, och bedömningsprocessen börjar om från början.

> *Det börjar ju om från noll egentligen. Det har hänt flera gånger att jag tyckt att jag kunnat hänvisa till en tidigare försäkringsmedicinsk utredning som har gjorts t.ex. och Försäkringskassan då säger att "Nej, men den gäller inte längre". Och då känns det väldigt makabert att man ska göra om en precis likadan utredning på precis samma problem. (Primärvårdsläkare 2)*

I beskrivningarna av hur man som läkare rent praktiskt förhåller sig till och hanterar regelverket framkommer emellertid att sättet att arbeta karakteriseras av ett stort mått av flexibilitet. Man hittar ofta vägar att "gå runt" reglerna eller att tänja på dem för att undvika vad man uppfattar som olyckliga eller direkt absurda konsekvenser av strikt regeltillämpning.

> *Jag har nog aldrig tittat på sjukskrivningslängden och liksom sett att här borta så når vi de här 180 dagarna… Jag har bara kört som vanligt faktiskt med en sjukskrivning och en aktiv rehabilitering så gott det går och sen får det ta den tid det tar. (Företagsläkare 2)*

> *Jag tycker att det går ofta att rucka på det här med den öppna arbetsmarknaden, den sista delen då av sjukskrivningen. Att man faktiskt kan få gehör för att det ändå finns en rimlig möjlighet att kunna komma tillbaka till det ordinarie arbetet trots att man borde titta på den öppna arbetsmarknaden. (Primärvårdsläkare 2)*

Trots att i läkarnas utsagor finns en hel del kritik och ifrågasättande av Försäkringskassans hårda krav på en strikt regeltillämpning, finns också exempel på det man beskriver som ”förnuftiga förhållningssätt” hos handläggare. Om man lyckas ha en öppen dialog i konkreta ärenden så går det i många fall att finna fungerande lösningar som inte ger katastrofala konsekvenser för den sjukskrivne.

> *När man pratar med dem (försäkringskassehandläggarna) så är de också människor och förstår den här situationen och kan kanske se förbi det här strikta regelverket trots allt. (Primärvårdsläkare 2)*

En av företagshälsovårdsläkarna i studien beskriver hur han när rehabiliteringskedjan infördes hade en oro för att man skulle tvingas göra arbetsförmågebedömningar på beställningar av arbetsgivaren som sedan skulle kunna användas som skäl för uppsägningar på grund av arbetsbrist. Så har det emellertid, enligt hans erfarenhet, inte blivit.

3.1.4 Handläggarnas perspektiv

Rehabiliteringskedjans tidsgränser har påverkat sjukskrivningsprocessen. Det finns en medvetenhet om tidsgränserna, framförallt hos läkare och Försäkringskassans handläggare, och tidsgränserna anses ha snabbat upp processen. Dock menar flera handläggare i studien att tidsgränserna blivit för fyrkantiga och därmed saknar koppling till hur sjukfallen utvecklas.

> *Jag kan väl tycka att rehabkedjan på många sätt kanske har varit bra, alltså, det sätter igång processen tidigare idag. Ärendena får inte ligga och vänta, utan jag måste in snabbt. Jag ska ju alltså ta kontakt med varje person inom fem dar från det jag får ärendet, vilket ibland är fullkomligt idiotiskt men i de flesta fall är väldigt bra. Och då gäller det ju att göra de här sakerna inom de här gränserna, och det kan jag tycka har varit bra att man sätter igång processen. Men ju längre jag jobbar med rehabkedjan desto mer ser jag att den också är väldigt fyrkantig. Man blir inte friskare för att det har gått 180 dagar, och det här med utförsäkringen som kommer senare, den är fullkomligt befängd tycker jag. Man kunde ha löst det på ett mycket smidigare sätt än all den dramatik som det innebär. (FK 2)*

Handläggarna menar att tidsgränserna, i och med att de inte är anpassade efter individers förutsättningar, ibland kan bli direkt kontraproduktiva och hindra rehabiliteringen. En handläggare ger flera exempel på fall där tidsgränserna ställt till med denna typ av bekymmer.

Jag har en kille, en ung kille, född åttiosex som råkade ut för en MC-olycka som blir utförsäkrad nu. Han går fortfarande och, han gör hudtransplantationer, har fått en infektion; i våras gjorde han ett självmordsförsök, och nu ska han över till arbetslivsintroduktion också. Fullkomligt obegripligt. Politikerna har liksom inte tänkt på att det finns såna här ärenden. Alltså, han skulle behöva ägna sig åt sin rehabilitering och ingenting annat, det här kommer och stör alltihop, det är fullkomligt vansinnigt tycker jag. (FK 2)

Tidsgränserna efterlevs dock inte så strikt som lagen föreskriver. 90-dagarsbedömningen verkar inte vara särskilt annorlunda jämfört med den initiala bedömningen; diskussioner kring anpassning av arbetet förs istället löpande med arbetsgivaren utifrån dennes förutsättningar och möjligheter till att anpassa arbetsplatsen eller arbetsuppgifterna. Gällande anpassning av arbetet utgår även handläggaren från tidigare erfarenheter kring vilka arbetsgivare som har möjlighet att erbjuda anpassningar, och vilka som är mindre meningsfullt att fråga.

Det är från dag 91 där som man ska bedöma och det är ofta så, alltså eftersom jag har ändå ganska bra, du vet nog vilka arbetsgivare som jag har, så vet t.ex. [arbetsgivare] som är ett stort städföretag, de har inga som helst omplaceringsmöjligheter och då spelar det ingen roll om det är dag 91 eller dag 71 för dem, de kan fortfarande inte få nåt annat jobb hos sin arbetsgivare. Det är sällan ens jag ringer och frågar, det är ingen idé att jag tar upp det med cheferna för det är samma svar jämt, nej vi har ingenting. (FK 1)

Ansvaret för att undersöka anpassningsmöjligheter läggs även ibland på individen, och betraktas då som en aktiveringsstrategi.

Men i SASSAM frågar jag alltid den försäkrade om de har nån uppfattning om arbetsgivaren har några andra arbetsuppgifter och det är många som inte har den uppfattningen. Och då brukar jag låta dem själv kolla först, att de tar eget ansvar för det själva att eller de kan be sin arbetsgivare ringa till mig och tala om vad de har fått fram. Jag tycker att man ska aktivera dem med såna frågor. (FK 1)

180-dagarsbedömningen tycks efterlevas i avseende på att bedömningen breddas. Emellertid är själva tidpunkten inte nödvändigtvis bestämd av regelverket: finns en planering med ett läkarintyg tycks denna kunna skjutas på framtiden. Enligt regelverket kan detta göras upp till ett års sjukskrivning om särskilda skäl föreligger. Dock krävs det att prognosen är att den sjukskrivne ska kunna återgå i arbete inom ett år.

Men så den där 180 dagars kan förskjutas?

Den kan förskjutas.

Men då måste ni ha särskilda skäl till för det?

Ja och du måste ju faktiskt ha en prognos också, du kan inte bara svamla att nej vi tar ett halvår till utan det ska ju faktiskt va, du ska ju själv som handläggare känner jag, tro på det att den här personen kan faktiskt återgå till sitt ordinarie arbete bara hon får den här tiden på sig för att det ska till nån rehabilitering eller något sånt. Så du kan inte skjuta upp det bara för att du ska skjuta upp det, du ska faktiskt ta ställning. (FK 4)

180-dagarsbedömningen är dock komplicerad eftersom handläggarna inte har någonting konkret att relatera sin bedömning till. Detta upplevs som problematiskt eftersom bedömningen blir hypotetisk.

Alltså, vi har ju ingen omvärldskunskap så, det enda man går ut och säger är ju att den reguljära arbetsmarknaden innefattar även skyddat arbete och lönebidragsanställningar, men alltså vad är det för jobb då? Alltså det pratar man ju inte om med oss, då ska vi hänvisa till Arbetsförmedlingen, det är de som hjälper dig att hitta ett sånt jobb som du behöver. (FK 3)

365-dagarsgränsen tycks mera bestämd, även om någon handläggare menar att även denna kan justeras något om det kan förväntas att den sjukskrivne snart kan återgå i arbete. Denna handläggare hävdar att en sådan justering av tidsgränsen är i enlighet med arbetslinjen och försäkringens syfte, även om det inte är tillåtet.

Men där kan jag också tänka mig att även om det inte är en allvarlig sjukdom att det kan vara så att om du får en operation så råkar du hamna på 13 månaders sjukskrivning men om du får den extra månaden så kan det gå vägen

Precis.

Men där är det stopp alltså?

Nej, ja inte för mig, jag brukar kunna töja på det också men det är en samvetsfråga på hur pass formell man ska va, jag brukar faktiskt töja på det också. […] Jag brukar alltid försvara mig med att jag alltid går efter arbetslinjen, att kan folk få jobb på tretton månader så är det mycket bättre att de får bli arbetslösa efter tretton månader. (FK 1)

Flera av handläggarna ifrågasätter syftet med tidsgränserna, som kopplas ihop med en generell utveckling där allt mindre fokus ligger på rehabilitering och arbetsåtergång, och alltmer på rätt till ersättning. Den individuella bedömningen upplevs som lidande av krav på att tidsgränser efterlevs. Dessa krav återspeglas genom hur handläggarnas arbete följs upp av chefer.

> *Man har uppföljningssamtal med sin chef och det är nästan varje månad när man går igenom statistik till förbannelse, det är bara sånt, det har ingenting med kvalitet att göra och det har inget med att man skulle ha den försäkrade i fokus som man säger officiellt. Men det har man ju inte, utan det som jag tycker är i fokus det är byråkratin alltså och att man hela tiden från huvudkontoret i Stockholm sitter och utarbetar nya mallar, nya register man ska sitta och fylla i och dokumentera. […]*
>
> ***Är det nånting som du sen får återkoppling från dina chefer att du har gjort avsteg från [tidsgränserna]?***
>
> *Ja, jag kan ju få det om jag inte har dokumenterat det ordentligt i journalen, så kan man få bassning, de gör ju såna här stickprov och kollar. Det finns en verksamhet som sitter i Norrköping som har internkontroll som faktiskt blir bara fler och fler anställda. (FK 1)*

Flera handläggare menar också att rehabiliteringskedjan är dåligt anpassad till vårdens väntetider, liksom till individers rehabiliteringsprocesser. Det uttrycks att rehabiliteringskedjan skulle vara mera ändamålsenlig om tidsgränserna tydligare relaterades till detta genom en individuell bedömning. Lösningen blir att handläggaren tvingas frångå tidsgränserna med känslan av att de bryter mot regler.

> *Vi har människor som behöver genomgå så här neuropsykiatriska utredningar för diagnoser som ADHD, Aspbergers och autism, alltså där är ju väntetiden har varit upp till ett och ett halvt år. […] Vad har jag då för belägg att liksom inte pusha på den här individen och ändå vara ganska generös i min bedömning? Det är ingen som pratar om, så. Så då känner man att man hela tiden gör sin egen lilla variant. (FK 3)*

Flera handläggare uttrycker att syftet återgång i arbete bör vara överordnat tidsgränserna, och anpassar också ibland gränserna till detta. En handläggare menar dock att beslut ofta tas mer för att stämma med regelverket än anpassat till att individen ska återgå i arbete, och att yngre handläggare med begränsad erfarenhet är mer benägna att fatta beslut i enlighet med tidsgränserna utan att reflektera över lämpligheten i detta.

Ett exempel tas av fallen i studien, där en nyanställd enligt handläggaren skulle ha kunnat dra in ersättningen, vilket troligen medfört att personen inte skulle kunnat återgå till sitt arbete. Här hade handläggaren erfarenhet av liknande fall och såg till att processen fick ta den tid som krävdes.

> *Ja, rent formellt skulle jag nog kunna dra in hans sjukpenning långt innan om jag vore väldigt formell där och så jag gjorde en bedömning att han skulle kunna komma tillbaka och jobba. Alternativet för honom skulle blivit mycket sämre, för han skulle aldrig gå till Arbetsförmedlingen och sökt ett jobb utan då skulle han gå tillbaks till sin arbetsgivare och så skulle han få jobba helt och då skulle det gå åt krasch igen. Så jag tänkte att sett ur vad som är snabbaste vägen tillbaks till jobb så var det ändå det här som jag gjorde som var bäst.*
>
> ***Det visade sig att det gick bra i det här fallet också så det var alldeles utmärkt.***
>
> *Ja. Men den där pressen som vi har på oss och är man ny handläggare och ung dessutom så vet i fan hur man skulle, hur jag skulle gjort om jag, […] då går man nog efter handboken för man törs inte annat.*
>
> ***Så om man hade gjort det i det här fallet så hade han alltså blivit av med sin sjukpenning efter sex månader i princip?***
>
> *Ja, den risken var nog stor. (FK 1)*

Handläggaren utgick här dels ifrån ett helhetsperspektiv på den sjukskrivnes arbetsförmåga, sin egen erfarenhet av liknande ärenden, arbetets karaktär och individens kompetens i det specifika arbetet. Sjukskrivningen anpassades således efter såväl medicinska som mera kontextuella faktorer, vilket ledde till att tidsgränserna inte efterlevdes alls. Sjukskrivningen blev i detta fall ca ett år utan någon prövning mot något annat än det specifika arbetet, och personen återgick också i arbete.

3.1.5 Etiska dilemman hos handläggarna

Handläggarna i studien menar att mediebilden av Försäkringskassan blivit väldigt negativ efter de senaste årens regelförändringar, och att detta påverkat personers förväntningar på hur de ska bli bemötta när de blir sjukskrivna. Personer utan tidigare erfarenhet av sjukskrivning tror att de kommer att nekas sjukpenning och bli utkastade.

Alltså jag tror att de flesta som kommer hit är livrädda, för de har sett att vi slänger ut folk liksom, de har en negativ bild. […] Så när de går här ifrån så är de flesta ganska lättade att de inte har blivit utslängda från försäkringen.

För att de uppfattar er som ganska hårda och hotfulla så?

Ja, det tror jag, de har förutfattade meningar att det är så, för läser man i tidningarna så tror man nog att det funkar så. Så att de flesta blir väl ändå positivt överraskade att det var inte så farligt som jag trodde kanske. (FK 1)

Samtidigt resonerar handläggarna kring hur reglerna faktiskt blivit striktare, och att detta ibland leder till etiska dilemman i handläggningen av ärenden. Exempelvis funderar en av handläggarna kring vad som är ett rätt beslut, utifrån individen, försäkringen och samhället.

Jag är väldigt mån om att jag vill fatta rätt beslut och det är väl lite min akilleshäl på det här jobbet, att vad är rätt beslut då? Alltså förstår du, är det rätt beslut för individen eller är det rätt beslut för försäkringen och staten? (FK 3)

De etiska svårigheter handläggningen kommit att innebära försätter ibland handläggaren i situationer där denne tvingas ta beslut som går emot den egna känslan om vad som är rätt och fel, vilket gör arbetet svårt. Att fatta beslut som går emot den personliga moralen upplevs tungt, och blir en stressfaktor i arbetet.

Jag kan ju personligen känna att den här bedömningen står inte jag för. Men när jag har pratat med specialist och jag har pratat med våra försäkringsmedicinska rådgivare här så säger de att den här måste du dra in ersättningen på, det styrker inte, och jag vet allt det här andra och då ska jag med mitt namn stå på pränt för det här beslutet som jag, magen säger mig bara "nej det här är ju inte klokt", och det brottas jag med varenda dag, många gånger om dan. (FK 3)

Denna typ av etiska dilemman tycks ha blivit vanligare i takt med att regelverket blivit striktare och att handläggarna fått minskade möjligheter att erbjuda aktiva rehabiliteringsinsatser.

3.2 Perspektiv på arbetsförmåga

I detta avsnitt presenteras de olika aktörernas syn på hur arbetsförmåga ska bedömas, och hur detta begrepp står i relation till regelverk och ersättning från sjukförsäkringssystemet.

3.2.1 De sjukskrivnas perspektiv

I intervjuerna med de sjukskrivna framkommer att bedömning av arbetsförmåga generellt gjorts utan att arbetsplatsen besökts. Det vanliga har istället varit att man sökt för sina besvär på sin vårdcentral där man träffat en läkare och muntligen beskrivit sina besvär och i bästa fall hur symptomet/sjukdomen har påverkat arbetsförmågan. I något fall är det arbetsgivaren som uppmärksammat att den anställde är begränsad i att utföra sina arbetsuppgifter och därmed signalerat behov av sjukskrivning. Kontakten mellan arbetsplatsen och den sjukskrivne medarbetaren ser olika ut. En del upplever att arbetsgivaren har varit engagerad och drivit processen:

> *Han har backat upp mig massor. Han står bakom mig till 100 %. (Sjukskriven 4)*

Andra uttrycker att kontakten med arbetsplatsen varit obefintlig vilket bidragit till att en korrekt bedömning av arbetsförmåga blivit svårare att göra. I de enstaka fall där en mer utförlig bedömning varit aktuell så har individen upplevt att bedömningen och planeringen tagit lång tid att få till stånd.

> *Jag hade ingen direkt kontakt med Försäkringskassan ändå, så nån planering om nån rehabplan eller nånting, utan det fick jag… Ja, det var möte längre fram då, och under det mötet beslutades ingenting, utan då fick jag gå två månader till. Och då sa jag till dem att nu kan jag börja arbetsträna, men det tyckte inte de, men jag kände att jag fick ingen social kontakt med nån, utan det var fyra väggar i hemmet. (Sjukskriven 3)*

Dessa individer beskriver vidare att kontakterna med de professionella varit få. De sjukskrivna har i de flesta intervjuer delat uppfattningen med sjukskrivande läkare att arbetsförmågan är nedsatt. Ett par av de intervjuade berättar att de har haft svårt att se sina egna begränsningar och har upplevt det som positivt att läkaren tagit beslut åt dem.

> *Ja, jag fick ju höra på uppföljningsmötet på Feelgood för bara några veckor sen att jag var unik, för att läkaren sa att han aldrig någonsin fått kämpa så för att sjukskriva nån därför att den som han ska sjukskriva motsätter sig så. (Sjukskriven 6)*

De sjukskrivnas berättelser ger en bild av att individens problematik och diagnos styr och är avgörande för hur man upplever att bedömning av arbetsförmågan gjorts. Oavsett om man anser att bedömningen har gjorts på tillräckliga grunder eller inte så har den sjukskrivne, läkaren och handläggare på Försäkringskassan i flera fall olika uppfattning om hur lång sjukskrivningen borde vara. Flera berättar att handläggare generellt vill sjukskriva på kortare tid, även om det beslutet går mot läkarens bedömning för hur lång tid som behövs för återhämtning.

> *Och Försäkringskassan har väl på sig nu att de inte ska ha folk som går sjukskrivna, utan de ska verka för att folk ska komma tillbaks till jobbet. Ja, jag känner mig… Inte för att läkaren kommer att förlänga sjukskrivningen, det får hon nog inte, hon har nog press på sig. (Sjukskriven 7)*

Man beskriver att handläggare på Försäkringskassan gör bedömning av arbetsförmåga baserat på riktlinjer snarare än på den enskilda individens behov och förutsättningar:

> *Ja, känns liksom, man kan inte gå efter regelbok, du pratar om människor. Lagen är en sak, men en människa är en annan sak så att det... Vi alla människor är olika. (Sjukskriven 1)*

En annan upplevelse är att anpassningar för att öka arbetsförmågan, alternativt arbetsträning varit svåra att genomföra på grund av både ekonomiska och praktiska skäl samt bristande engagemang och kommunikation mellan inblandade parter.

> *Jag känner att de borde ha en bättre kommunikation mellan varandra faktiskt och att det skulle bli klarare och tydligare beslut så att det så att man fortare kunde gå och börja arbetsträna igen. För jag känner att det är inte bra att gå hemma alldeles för länge, för då tittar man på de fyra väggarna i lägenheten och då får man ingen social kontakt. (Sjukskriven 3)*

3.2.2 Arbetsgivarnas perspektiv

Arbetsgivarna i studien sätter huvudsakligen arbetsförmåga i relation till personens produktivitet, dvs. huruvida denne kan utföra sina uppgifter på ett tillräckligt effektivt sätt. För att personen ska ha denna förmåga ställs således krav utöver rent medicinska faktorer, exempelvis på personens sociala förmåga. Många faktorer kan påverka att arbetsförmågan blir nedsatt, och är besvären tillfälliga ges exempel på hur arbetsgrupper kan anpassa uppgifter och arbetsfördelning:

Vi är nog dåliga, när det gäller lokalvård så fick vi faktiskt stöd av facket, Kommunal, där de sa att en person som är sjukskriven på 50 % ska inte komma tillbaks och göra ett arbete på 50 %. Förstår du hur jag menar? Alltså, att de bara tar golv och saker upp till bänknivå, men tar inte whiteboards fönster väggar och såna saker för att de har ont, då ska de inte jobba, säger de. Utan ska man jobba så ska man kunna göra ett fullfjädrat arbete precis som vilken annan lokalvårdare som helst, säger facket. Men vi har ju alltså det här är ett jättebra team vi har, vi har alltså egen lokalvård så vi har inte hyrt in nånstans utifrån utan vi har, tjejerna hjälper varann, stöttar varann. Och är det nån som har ont nån dag i nån rygg eller så, så hjälps de åt att göra saker, men vi har ingen adekvat grej att med tanke att vi ska underlätta för någon att göra si och så. (Arbetsgivare 2)

På andra arbetsplatser upplevs anpassningar som svårare:

Han är själv medveten och vill inte komma tillbaka för han klarar inte av jobbet och det har ju [företagshälsovården] och han har också suttit och pratat och kommit fram till samma saker och sen har jag pratat också med läkaren, vi satt vi tre då och jag kan inte hitta på ett jobb så. För det jag behöver är en som kör varorna och sen som står i butiken och det är ju det som är problemet, det är den platsen jag behöver fylla, jag har ingen annan plats att fylla. Ja, lagret, men det är ju ännu värre. (Arbetsgivare 1)

Bedömning av arbetsförmåga framstår som en i första hand medicinsk fråga, där läkaren ska avgöra huruvida personen är arbetsförmögen eller ej. Läkarens bedömning anses viktig eftersom den dokumenterar arbetsoförmågan och ger den legitimitet.

Jag vill ha ett läkarintyg. Det går inte bara med den enskilde personen själv, för då skulle det öka nåt helt kopiöst. Man har sökt sig till nånting och sen helt plötsligt: "nej jag vill inte jobba inne med den, vårdtagaren är inte rolig längre, jag har nog lite ont i ryggen". Alltså, vi måste ha nästan en läkare som gör den bedömningen.

Så det är medicinsk kompetens som behövs.

Ja. För många vill så mycket annat och lägger till känslor i det hela, så man vill så mycket annat. Och ljuger sig till saker, om man säger. (Arbetsgivare 4)

Arbetsförmåga ska enligt Försäkringskassans regelverk bedömas i fjärdedelar (0, 25, 50, 75 eller 100 %), vilket i vissa fall får som konsekvens att rehabiliteringen påverkas när inte arbetet kan anpassas till rätt nivå. Arbetsgivarna efterlyser flexiblare procentsatser för att underlätta anpassningen av arbetstider och uppgifter i arbetsåtergången.

Vidare ifrågasätts om det nuvarande systemet att bedöma arbetsförmåga i relation till arbetstid är adekvat, då 50 % arbetsförmåga inte behöver innebära att en sjuk person är 100 % arbetsför 50 % av tiden.

> *Det finns bara fasta gränser du kan jobba 25, 50, 75 eller 100. […] Alltså, på en lärartjänst här då, då är det ett visst antal timmar du ska göra på 25 %, men här är ju mer, 20 % är en arbetsdag, alltså här är det faktiskt enklare att räkna i tjugondelar [sic] och få till en vettig arbetsvecka. […] Jag har haft ett, ett, ett tidigare fall av en mycket lång sjukskrivning […] hon skulle behövt jobba 25 % mycket längre än vad hon gjorde men det var, det var liksom inget snack utan då skulle hon upp till 50 och sen skulle hon upp till 75. Där vill jag påstå att hon hade inte klarat det om inte vi här på arbetsplatsen hade varit oerhört flexibla. För att hon kunde ju ringa ibland, säg hon hade gått upp till 50 %, och bara storgråta i telefonen och säger "jag klarar inte av att ta mig till jobbet idag, det går inte, det är alldeles"... Då sa jag "nej men okej sitt hemma då du kan göra en hel del arbete hemma" hemifrån, med datauppkopplingar och allting "gör det du känner att du orkar idag" så att det inte pajar igen då. Och där har vi ett lyckligt slut, hon jobbar 100 % … (Arbetsgivare 5)*

I de fall då arbetsgivaren använt sig av företagshälsovård i sjukskrivningsärendet tycks de upplevt en god kontakt kring arbetsförmågebedömningar och kring planeringen av återgång i arbete. De arbetsgivare där sjukskrivningarna gått via primärvården noterar å andra sidan att kontakten varit obefintlig, att läkaren generellt inte har någon kontakt med arbetsgivaren vare sig i bedömning av arbetsförmåga eller i planering av återgång i arbete. Detta bekräftas även av de intervjuer som gjorts med primärvårdsläkare, där arbetsgivarkontakter tycks mycket ovanliga. Även kontakten med Försäkringskassan i dessa ärenden tycks ha varit sparsmakad; flera arbetsgivare menar att denna kontakt varit praktiskt taget obefintlig.

> ***Har ni nån kontakt med hennes läkare och sjukvård?***
>
> *Nej det har jag aldrig haft. Och det har jag aldrig varit med om att man har haft heller som arbetsgivarrepresentant. (Arbetsgivare 3)*

3.2.3 Läkarnas perspektiv

De intervjuade läkarna är relativt samstämmiga kring att mera precisa bedömningar av arbetsförmåga och inskränkningar i arbetsförmåga ofta är svåra att göra. Man betonar att sjukdomsrelaterade funktionsnedsättningar påverkar arbetsförmåga på mycket olika sätt beroende på vilket arbete personen i fråga har.

Jag kan väl säga att arbetsförmågebedömning är ju egentligen en väldigt svår sak och jag tänker också på att det är utifrån vad man faktiskt gör för någonting. Att du kan ha full arbetsförmåga i en befattning men noll i en annan. (Företagsläkare 1)

En primärvårdsläkare framhåller också att arbetsförmågebedömning/sjukskrivning enligt hans erfarenhet sällan är det primära vid en klinisk konsultation. De flesta patienter kommer till doktorn för att de har sjukdomssymptom, inte för att bli sjukskrivna, och fokus för undersökningen är att utreda besvärens orsaker och ställa en diagnos. Frågan om eventuell sjukskrivning uppkommer oftast sekundärt och föranleder då funderingar kring funktionsnedsättningar och vad de har för arbetsrelaterad betydelse.

Det är kanske inte så att det är sjukskrivningen som är det centrala utan det är ett delproblem i det hela… Men när man kommit till den fasen att man liksom har försökt sätta sig in i vad patienten har för medicinskt problem och frågan om sjukskrivning kommer upp, då måste man ju börja tänka i banan av funktionsförmåga också. (Primärvårdsläkare 2)

När det gäller frågan om hur funktionsnedsättningar ska bedömas i relation till patientens faktiska arbetsvillkor är skillnaderna stora mellan läkare inom företagshälsovården och primärvården. Företagsläkarna framhåller att det är deras uppgift att ha god kännedom om de faktiska arbetsvillkoren och att de ibland besöker arbetsplatsen i samband med sjukskrivningsärenden. Men ofta sker bedömningar av arbetsförmågan utan att man gör sådana besök. Detta gäller även i sjukskrivningsärenden där exempelvis arbetsmiljörelaterad stress ligger bakom sjukskrivningsbehovet.

Vi ska givetvis känna till arbetsmiljön men många gånger så är det den stressade personens version som vi får och det är ju väldigt mycket det som det bygger på när vi börjar sjukskrivningarna. Så det blir ju aldrig så att jag går och hämtar information från arbetsgivaren och sen tar ställning till sjukskrivningen. Och egentligen så kan jag ju sjukskriva oberoende av arbetsmiljön om jag ser att det medicinska tillståndet är tillräckligt för att du ska vara sjukskriven. (Företagsläkare 2)

För primärvårdsläkarna kommer generellt sett alla uppgifter om den konkreta arbetssituationen från patienten.

Man får fråga patienten "Vad är det du gör på jobbet och vad är det för någonting som ger dig besvär?"… Det svåraste är nog att man egentligen har ganska lite vetskap om hur den faktiska arbetssituationen ser ut. Där har man ju bara patientens egna uppgifter att gå på. (Primärvårdsläkare 2)

När det gäller vilka faktorer i patientens liv som kan respektive inte kan vägas in i bedömningar av arbetsförmåga i sjukintygen beskriver några av läkarna det som en svårighet att omständigheter av psykosocial natur, som man egentligen uppfattar som högst relevanta för bedömningen, inte ges någon betydelse.

> *Det händer ju att man tar upp att patienten kanske har en besvärlig psykosocial situation. Men jag försöker vara återhållsam med det. Även om jag som läkare kan förstå att patientens livssituation påverkar hennes eller hans hälsa så vet jag att Försäkringskassan inte fäster så stort avseende vid det och då blir det inte heller meningsfullt att ta med det. (Primärvårdsläkare 2)*

Socialstyrelsens riktlinjer för sjukskrivning används i mycket olika utsträckning av de intervjuade läkarna. I något fall beskrivs riktlinjerna som användbara och något som man gjort till en del av sina rutiner att använda.

> *Ja, riktlinjerna, de använder jag mig väldigt mycket av och särskilt när det gäller sjukskrivning. Inför en sjukskrivning så går jag igenom de här punkterna. Oftast så skriver jag ett sjukintyg där jag refererar till de här punkterna men också skriver exempel efter varje punkt. (Företagsläkare 2)*

Några av läkarna i studien uttrycker betydligt större tveksamhet inför riktlinjerna, antingen så att man bedömer att man faktiskt inte behöver dem eller så att man uppfattar dem som baserade på ett felaktigt eller missriktat tänkande när det gäller relationerna mellan sjukdom, arbetsförmåga och sjukskrivningslängd.

> *Det tycker jag är så häftigt att det finns riktlinjer från Socialstyrelsen då. Sjukdom och arbetsförmåga har ju väldigt lite med varann att göra egentligen. Det tycker jag är helt fantastiskt att man då har riktlinjer för hur länge man ska vara sjukskriven för olika sjukdomar då med den kunskapen. Utan det är ju på något sätt patientens funktionsförmåga eller aktivitetsförmåga. Och så är det vilken patienten är också och vad arbetet betyder. Och så klart vilken typ av arbete. (Primärvårdsläkare 1)*

Ett särskilt problem, ur läkarperspektiv, när det gäller sjukskrivningar är kravet att bedöma arbetsförmåga i fjärdedelar. Förutom att en sådan bedömning i sig anses svår (eller omöjlig) att göra, skapar den ofta problem i relation till arbetsgivaren och dennes önskemål.

> *Det händer faktiskt att jag möter arbetsgivare som höjer på ögonbrynen när vi säger att det inte går att öka till 60 % utan att vi får välja antingen 50 % eller 75 %. De förstår inte att vi måste hålla oss till tjugofemprocentsgraderna. (Företagsläkare 2)*

En svårighet som framhålls med att sjukskriva i bestämda fjärdedelar är också att arbetsförmåga i många fall inte handlar om den tid man orkar arbeta utan snarare om vad man orkar prestera under den tid man arbetar. En 50 % arbetsförmåga kan på sjukintyget framstå som en förmåga att arbeta halvtid, medan detta i realiteten sällan är fallet.

> *Det som är lite märkligt är ju att 50 % av tiden är man frisk och jobbar och den andra tiden är man helt sjuk. Medan man egentligen borde jobba i halv takt hela tiden för man är ju sjuk hela tiden. (Företagsläkare 2)*

Kontakter med andra inblandade aktörer i samband med arbetsförmågebedömningar och sjukskrivning förekommer i relativt liten utsträckning. Ett undantag är att företagsläkarna generellt sett har kontakt med arbetsgivarna när det gäller att reda ut hur funktionsnedsättningar och arbetsförhållanden är relaterade till varandra. Man värderar också dessa kontakter positivt.

> *Vi har haft ett antal avstämningsmöten [i ett specifikt sjukskrivningsärende] tillsammans med arbetsgivarrepresentanterna. De har efter deras möjligheter agerat men framför allt visat ett stort intresse. (Företagsläkare 1)*

En primärvårdsläkare menar däremot att det endast hänt tio gånger på trettio år att han tagit kontakt med arbetsgivare för att få mer information om arbetsförhållanden.

> *När man väl kämpat sig igenom ett sjukintyg nu så känner man på nåt sätt att det tar ju en himla tid så det finns ju ingen energi alls för att hitta på något mer… Jag tror inte att normalkollegor är så mycket bättre än jag. (Primärvårdsläkare 1)*

Flera av de intervjuade läkarna beskriver kontakten med Försäkringskassan som bristfällig. Försäkringskassehandläggare är exempelvis, enligt läkarna, ofta frånvarande vid avstämningsmöten även om de alltid är inbjudna och väl informerade om tid och plats för mötet.

> *De kommer när de tycker att det är något mer de vill veta eller när de vill informera om regler eller så. (Företagsläkare 1)*

Som ett särskilt problem framhålls också att man upplever att FK-handläggare arbetar mycket olika och gör mycket olika bedömningar. Detta skapar osäkerhet när det gäller hur de sjukintyg man skriver uppfattas och förstås.

Om jag skulle göra en studie där jag sjukskrev olika personer med samma sjukintyg och så skickar in det till olika FK-handläggare så kan jag satsa pengar på att det blir helt olika utfall. […] Alltså det blir väldigt godtyckligt tyvärr. (Företagsläkare 2)

Man beskriver också som ett problem att man ibland har stora behov av att överföra information utöver det som kan formuleras i sjukintyget för att förtydliga eller nyansera det som där förmedlas. Att kryssa i på blanketten att man vill ha kontakt med handläggaren tycks inte heller alltid leda till resultat.

Jag har varit liksom jätteirriterad jättemånga år över att det finns ju en blankett som man kan kryssa i att man vill ha kontakt med Försäkringskassan, och det var faktiskt nästan första gången i livet som någon tog kontakt faktiskt här förra veckan. Ja den kryssrutan har varit meningslös jämt i stort sett. […] Ett tag kryssade jag i med rött och la gul penna över men det hände ingenting ändå. Men sen förstod jag ju att det beror på att det skannas in i svartvitt uppe i Östersund. De ser vare sig rött eller gult. (Primärvårdsläkare 1)

När det gäller frågan om vilken kompetens som krävs eller vore önskvärd i samband med bedömningar av arbetsförmåga/arbetsoförmåga är läkarna relativt överens om att både funktionsbedömningar och arbetsförmågebedömningar mycket ofta är komplicerade och att flera kompetenser än läkarens är nödvändiga. En företagsläkare framhåller att flera professioner alltid är inblandade.

Ja, alltid sjuksköterska, alltid läkare och alltid sjukgymnast eller psykolog. Så aldrig bara läkare hos oss i alla fall. (Företagsläkare 1)

En primärvårdsläkare menar att egentligen vore annan professionell kompetens än den egna att föredra åtminstone vid vissa typer av funktionsnedsättningar.

När det gäller rörelseorganen så tror jag att sjukgymnaster skulle vara mycket bättre på att bedöma än vi är. Vi är ju överhuvudtaget inte skolade att bedöma funktion i vår utbildning medan sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna de har ju liksom i sin utbildning att göra funktionsbedömningar. Det har ju inte vi alls. Så att där håller vi på att fuska om man säger, allihop. (Primärvårdsläkare 1)

En synpunkt som framkommer i intervjumaterialet är emellertid också att även om bedömningar av arbetsförmåga egentligen kräver en multimodal kompetens så är det nog ändå rimligast att det är läkaren som i slutänden gör bedömningen.

Det är rimligt kanske att den som har den högsta medicinska kompetensen gör bedömningen och då blir det vi läkare som får göra det. (Primärvårdsläkare 2)

3.2.4 Handläggarnas perspektiv

Handläggarna från Försäkringskassan har en blandad syn på och tillämpning av begreppet arbetsförmåga. Samtliga intervjuade handläggare är dock tydliga med att medicinsk nedsättning av arbetsförmåga ska ligga till grund för bedömningen om rätt till sjukpenning. Då beslut om ersättning i första skedet grundar sig helt på skrivna medicinska utlåtanden finns begränsade möjligheter att väga in andra omständigheter än de som läkarutlåtandet medger, men allteftersom processen omfattar mer djupgående kontakter med den sjukskrivna kan dessa bedömningar revideras. Handläggarna menar dock att de medicinska underlagen idag styr avsevärt mera än tidigare, och att möjligheterna att väga in flera aspekter än strikt medicinska har minskat betydligt. Detta kopplas samman med en utveckling av handläggarrollen till försäkringsadministratör snarare än som en aktiv part i rehabiliteringsarbetet.

Överhuvudtaget pratar vi väldigt lite om rehabilitering idag på Försäkringskassan. Rehabiliteringen har kommit väldigt långt ner, det är rätten till ersättning vi tittar på, och har du inte rätt till ersättning så är det inte mitt bord längre. […] Det är väldigt byråkratiskt inriktat idag och man tar ifrån mig, tycker jag, min professionalitet i jobbet har blivit betydligt mycket mindre. Jag får inte tillåtelse att tänka på samma vis. […] Jag har inte alls samma handlingsutrymme som jag hade för 10-15 år sen i det här jobbet. Det kanske är ett långt perspektiv, men alltså det var det perspektivet som var när jag jobbade och var aktiv rehabiliteringssamordnare och trivdes väldigt bra med jobbet och tyckte det här var spännande och kul. Vi kunde köpa tjänster, vi kunde köpa utredningar, vi kunde köpa en utbildning i vissa fall, vi kunde, alltså jag kunde ge verktyg för den här personen att komma tillbaka, och det är ju borta idag i stort sett. (FK 2)

Att den egna handlingsfriheten begränsats de senaste åren är en synpunkt som återkommer bland handläggarna i studien, och flera uttrycker kritik mot detta. Det finns en uppfattning att handläggaren tidigare var en aktiv person i utformningen av individers rehabilitering genom att sätta in åtgärder, och att mycket av detta tagits bort till förmån för fokus på ersättningsbeslut. Det finns en samstämmighet bland handläggarna om att fokus hamnat alltmer på de medicinska underlagen, och flera av handläggarna menar att detta innebär att det blir svårare att få en helhetsbild av den sjukskrivne, samt att de saker som vägs in i beslutet om rätt till ersättning blir färre. Handläggarens roll blir därmed också en annan, där fokus blir mindre på rehabilitering än på försäkringsadministration.

Nu är det väldigt mycket fokus på medicinska underlaget och kvaliteten på de medicinska underlagen så att fokus har ju ändrats. Jag är ju av den här åsikten att jag tycker helhetsbedömningen av en person är viktig när man ska tillbaka i jobb och så men man får ju liksom försöka och… Man får ju tänka om väldigt mycket i sitt jobb va. Jag tycker det blir väldigt tydligt. Alltså jobbet har förändrats på så vis att man blir mer personskadereglerare idag ungefär, vilket jag tycker är lite synd. (FK 2)

Trots betoningen på medicinska underlag finns det i intervjuerna flera exempel på hur ett bredare perspektiv på arbetsförmågebegreppet används för att få en helhetsbild av personens förmågor och begränsningar. SASSAM-utredningar (en utredningsmetod för att avgöra individers rehabiliteringsbehov, där hinder och möj-ligheter kring en rad områden kartläggs genom ett personligt möte med den sjukskrivne) nämns som exempel på en metod där ett helhetsperspektiv på arbetsförmåga kan uppnås, och där syftet snarare är att utreda möjligheter till rehabilitering och återgång i arbete än rätt till ersättning. Det lyfts också fram att en sådan bredare bedömning kan påverka och förändra ersättningsbeslutet, vilket oftast innebär en generösare bedömning.

Kan [SASSAM-utredningen] påverka rätten till ersättning?

Ja, det kan det göra, oftast i positivt, för den försäkrade eftersom jag får in en massa information som jag inte annars hade haft en aning om. (FK 1)

Handläggare nämner också att informationen om arbetsinnehåll generellt sett är otillräcklig i de medicinska underlagen, vilket gör att bedömningen av arbetsförmåga i praktiken bygger mera på medicinska nedsättningar i relation till en allmänt förstådd arbetsförmåga, snarare än i relation till de faktiska arbetsuppgifterna. En SASSAM-utredning ger handläggaren fylligare uppgifter om arbetsinnehållet, men då denna sker senare i processen har den inget inflytande över de initiala bedömningarna av arbetsförmåga och rätt till ersättning. Därtill görs SASSAM-bedömningar alltmer sällan, vilket upplevs som bekymmersamt.

Problemet med den här SASSAM som är tycker jag en jättebra metod, det har man tonat ner nu så vi ska ju hellre ringa till folk.

Istället för att sitta med dem på det sättet?

Ja det tar för mycket tid. så nu har man bestämt att SASSAM får man inte göra mer än 20-25% i fallen. (FK 1)

Handläggare använder sig av andra underlag än läkarintyg i de fall då dessa är otillräckliga, men det finns en osäkerhet kring huruvida detta är tillåtet, då diskussionen inom organisationen utgår ifrån att läkarens bedömning ska utgöra underlag för beslut.

> *Sen är det ju så att när man jobbar sig in i ett ärende, man kanske har en SASSAM-kartläggning eller man använder andra instrument, man har kontakter via telefon och så där, så får man ju en bild av individen och den bilden använder jag mig av när jag bedömer skäligheten av att vara sjukskriven fast läkarintyget kanske har brister. Nu är ju egentligen inte det okej då, men.*

När du säger att det inte är okej, då menar du alltså att det enbart egentligen ska bygga på den här blanketten?

> *Ja alltså, lite så känns det ju med den diskussion som finns inom kassan idag att alltså det är läkarintygen som är de tyngsta underlagen, men det är ju också där det finns väldigt stora brister och det är därför vi ska, vi ska begära mer kompletteringar än vad vi gör. (FK 3)*

Det finns exempel på hur handläggare resonerar utifrån olika perspektiv på arbetsförmåga, t.ex. då handläggare övertalat en sjukskriven att avvakta med att återgå i arbete. I detta fall utgick handläggaren ifrån individens livsvärld och hälsa, och frångick etablerade tidsgränser för att främja återgång i arbete på längre sikt. Här refererade också handläggaren till det medicinska beslutsstödet för att legitimera sin bedömning, vilket innebär att handläggaren också vägde in ett försäkringsmedicinskt perspektiv.

> *Ja, han var så optimistisk, jag har ju läst Socialstyrelsens beslutstöd, där man ser att den här diagnosen oftast är väldigt långvarig. Så jag berättade för honom vad som stod där och då trodde han inte mig för han ville tillbaks, men han hade en sån, ändå kontakt med företagshälsovården som var kopplad till psykolog och sånt så där var allting egentligen bra skött, när det väl kom igång, man han hade gått för länge för det var massa symptom och såna där grejer. Så… Det är väl det mötet där det mesta var gjort men sen hade vi ett avstämningsmöte i ett senare skede, jag kommer inte ihåg när, för att följa upp hur det gick med samtal och sånt där så tanken var att han skulle börja arbetsträna tror jag han gjorde först och sen deltidsarbete, men jag tycker det funkade bra att han kom tillbaks i jobbet så nu är den helt igång igen. (FK 1)*

3.3 Ansvar för sjukskrivning och återgång i arbete

I detta avsnitt beskrivs hur de olika aktörerna resonerar kring vems ansvar det är att driva rehabiliteringsprocessen framåt, och hur aktiva respektive passiva olika aktörer är och förväntas vara.

3.3.1 De sjukskrivnas perspektiv

De sjukskrivna delar upplevelsen av att få ta ett stort eget ansvar genom hela sjukskrivningsprocessen. Många beskriver en situation då man som följd av sin sjukdom inte orkat driva processer och därmed upplevt att man fått ta ett för stort eget ansvar. Andra menar att ansvaret måste ligga hos den enskilda individen. En person berättar att han själv initialt inte insåg hur sjuk han var och är kritisk till att läkare och arbetsgivare accepterade förlängd sjukskrivning och nya recept på mediciner utan att genomskåda eller ifrågasätta.

> *Man måste följa individerna, och som arbetsledare har du ett ansvar. Man kan inte bara gå in nån gång i kvartalet och liksom kolla läget och snacka lite skit och tro att allting är lugnt bara för man säger det. Man måste kunna vara lyhörd och själv pejla och lägga ihop ett och ett. Och sen måste faktiskt även läkarna, företagshälsovården eller hälsovården, också kunna lägga ihop ett plus ett plus ett när man går dit flera gånger och inse att nej, nu är det nog, det här har pågått för länge. Vi kan inte fortsätta skriva ut sömnmedicin år efter år, det är inte hälsosamt. Då är nånting fel och då ska man ta sitt ansvar faktiskt och säga stopp och kräva möte med arbetsgivare. Det är faktiskt företagshälsovården eller sjukvården som kan ställa krav på arbetsgivaren. Du som individ som har råkat illa ut, du är inte så kaxig och ställer krav på din arbetsgivare, det är här stödet från sjukvården ska komma. (Sjukskriven 10)*

Någon berättar om att handläggare på Försäkringskassan varit passiva och att man själv tillsammans med sin läkare delat ansvaret för att försöka få till ett samarbete med myndigheten:

> *Men sen har jag inte hört nåt mer från Försäkringskassan. Jag har inte hört ett ett ljud om jag säger så. För nu väntar jag egentligen bara på att det ska hända nåt från Försäkringskassan och den kontakten, jag har inte haft nån kontakt överhuvudtaget. (Sjukskriven 5)*

På frågan om synen på de olika aktörernas ansvarsområden ger en sjukskriven person svaret att:

> *Försäkringskassan som jag tycker är liksom högsta, som ska ta de här viktiga besluten, de har inte varit i närheten av personlig kontakt och det här överhuvudtaget vilja ha ett möte med mig så att för jag tycker om jag sitter och ska dela ut pengar till nån så skulle det va trevligt att träffa den människan och verkligen prata ut med den men det är det inte. Men visst, läkaren sjukskriver, sjukgymnasten försöker få ordning på kroppen och Försäkringskassan har det, så att jag menar, men de som verkligen visat framfötterna är ju läkaren och sjukgymnasten. (Sjukskriven 1)*

Samma person regerade med ilska över uteblivna kontakter och agerade genom att ifrågasätta:

> *När jag blir förbannad då blir jag nästan, först kan jag bara liksom tappa allting och bara, ja skit samma då, men sen blir det liksom, "nehej, de ska fan inte köra över mig utan nu så får de ta och reda ut det här". (Sjukskriven 1)*

Synen på arbetsgivarens roll och ansvarstagande varierar. En person beskriver att arbetsgivaren inte tagit sitt ansvar att erbjuda varken anpassning av arbetsmiljön eller omplacering med nya arbetsuppgifter. Hon ger sin syn på aktörernas handlingar och roller:

> *Alltså läkaren hans huvudsak var ju att få tillbaka mig i arbete, det var hans huvuddel så att säga. Och Försäkringskassan ja, han skickade ut brevet till mig efter tre månader så att säga som de är skyldiga till att göra då och presenterade sig att han var min handläggare och att vi skulle knyta kontakt och så här. Och det var han som ringde till min chef för att få igång den här rehabiliteringskedjan, för innan dess hade inte min chef eller min kommun gjort nånting. (Sjukskriven 5).*

Samma kvinna menar att det egna ansvaret är avgörande för påverka sin situation i rätt riktning:

> *Ja, det kan man nog säga och framförallt visa andra att det går, att det sättet, att man inte sätter sig på arslet och tror att världen ska komma till dem, utan vi måste liksom försöka… (Sjukskriven 5)*

3.3.2 Arbetsgivarnas perspektiv

Bland arbetsgivarna i materialet finns det en uppfattning att Försäkringskassan inte tar det ansvar de borde göra som ansvarig myndighet. De upplever att Försäkringskassan inte tagit kontakt med dem i sjukskrivningsärenden, och att dialogen kring återgång i arbete därmed blir lidande. Processen att få tillbaka en sjukskriven till arbete läggs därmed helt på arbetsgivaren. Arbetsgivarna försöker i möjligaste mån att anpassa arbetet för sina sjukskrivna anställda, där scheman och arbetsuppgifter modifieras. I ett fall hade arbetsgivaren och den sjukskrivne mycket olika bilder av denna process där arbetsgivaren menar att stora anpassningar gjorts utan resultat, medan den sjukskrivne hävdar att få anpassningar gjorts.

I detta fall avslutade den sjukskrivne sin anställning och lyckades få ett annat arbete, vilket båda parter blev nöjda med. I denna process var Försäkringskassan dock inte delaktig: förändringen drevs fram mellan den sjukskrivne, arbetsgivaren och företagsläkaren.

> *Vi gjorde upp scheman och precis det här och det här och det här, min personalintendent ägnade i princip hela sin personalintendentsdel som var 50 % på att träffa [den sjukskrivne] varje måndag, göra upp precis vad hon skulle göra, när hon skulle gå hem och vad hon inte skulle göra.*
>
> ***Men sen gick hon upp i tid ändå och kom tillbaka, inte på heltid men nästan.***
>
> *Ja det gjorde hon. Sjuttiofem var det väl precis då i maj, juni nånting och sen lyckades hon ju få ett annat jobb och det tror jag var räddningen. Jag tror inte hon hade kunnat hållbart vara tillbaka här. (Arbetsgivare 5)*

I ett fall agerar arbetsgivaren pådrivande efter en längre tids upprepad korttidssjukfrånvaro. Arbetsgivaren hänvisar i detta fall den sjukskrivne till företagshälsovården för att utreda dennes arbetsförmåga, vilket resulterar i en längre sjukskrivning. Arbetsgivaren hänvisar i intervjun till både den sjukskrivnes livsvärldsperspektiv (hänvisning till dennes hälsa och behov av ordentlig vårdkontakt) samtidigt som utredningen görs med bakgrund i arbetsgivarens lönsamhetsintresse: korttidsfrånvaro är dyrt och innebär svårigheter för arbetsgivaren att planera arbetet. När personen ifråga blivit sjukskriven blir även Försäkringskassan inkopplad, även om det i detta fall inte inneburit några kontakter: efter sex månader har handläggaren ännu inte hört av sig.

> *Bollen ligger egentligen nu hos Försäkringskassan och även Arbetsförmedlingen då att de ska acceptera, alltså, egentligen går vi ju bara och väntar på deras besked. Och egentligen skulle det beskedet redan kunnat komma när vi började då i maj med det här då, när han fick diagnosen eftersom läkaren säger att han aldrig kommer att kunna komma tillbaka. Met blir ju att det blir förhalning hela tiden i och med att inte haft tid att ta tag i det här då, då får ju läkaren hela tiden fortsätta sjukskriva. (Arbetsgivare 1)*

I just detta fall tycks varken individen eller Försäkringskassan ta ansvar för sjukskrivningsprocessen, vilket innebär att arbetsgivaren upplever sig nödgad att driva på processen, och att denne när den gjort vad den kan mest lämnas att vänta på att någon fattar beslut i ärendet.

3.3.3 Läkarnas perspektiv

Bland de intervjuade läkarna finns relativt sparsamt med synpunkter i frågan kring ansvar och ansvarsfördelning när det gäller processen kring sjukskrivning och återgång i arbete. Man betonar den egna rollen som ansvarig för de rent medicinska bedömningarna.

> *Min roll blir ofta att förklara den medicinska situationen så att säga, vad det är i sjukdomsbilden som gör att det blir svårt att arbeta… (Primärvårdsläkare 2)*

Hos företagshälsovårdsläkarna finns en tendens att beskriva sin egen roll som en medlarroll där man försöker fungera som en sammanjämkare av synsätt som ibland kolliderar.

> *Vi kanske blir beskyllda för att sitta på två stolar ibland men jag ser det som en medlarroll och att vi försöker hitta en medelväg som accepteras av bägge parter alltså… Jag ser det ur medicinsk synvinkel, det är min roll, men jag inser ju också vad som är rimligt när det gäller organisation och arbetsgivaren. (Företagsläkare 2)*

Hos några av läkarna finns en kritik mot Försäkringskassan som brister i ansvar för den sammantagna processen och ofta alltför snävt fokuserar på de delar som handlar om regelverket och dess tillämpning.

> *De har sin rehabiliteringskedja och när man passerar brytpunkter i den, det är då de blir intresserade. Så är det krasst. De måste förhålla sig till sina reglementen, det är så de tänker och resonerar hela tiden. (Företagsläkare 1).*

3.3.4 Handläggarnas perspektiv

Handläggarna menar att de inte har någon möjlighet att påverka individens anställning eller arbetsuppgifter, och att det ligger på individen att i kontakt med arbetsgivaren göra upp en planering för återgång i arbete. Handläggarna menar att de inte har någon relation till arbetsgivaren, och heller inte har några möjligheter att påverka dessa om de säger nej till anpassning av arbetet.

> *När det gäller kontakten med arbetsgivaren i det här fallet så, alltså jag är benägen att lägga ganska mycket på individen, alltså försöka peppa dem för jag menar det är deras relation, jag är ju en aktör som är inne en kort tid och som kan givetvis ha ett möte med en arbetsgivare men, ja och tala om vad de har för skyldigheter men det är fortfarande deras relation som det måste hända saker i. (FK 3)*

Handläggarnas ansvar ligger idag mestadels på utredning och mindre på rehabilitering; att bedöma rätt till ersättning är handläggarens huvudsakliga uppdrag. Möjligheten att erbjuda faktiska rehabiliteringsåtgärder har minskat i takt med att större fokus lagts på försäkringsadministration och arbetsförmågebedömningar. Handläggarna menar därmed att nuvarande regelverk lägger ansvaret för återgång i arbete på individen och arbetsgivaren.

> *I några fall tycks Försäkringskassan och läkaren vilja bromsa individer som hävdar att de kan återgå i arbete tidigt, främst avseende personer med stressrelaterade sjukdomsdiagnoser. Här bildas en allians mellan läkare och handläggare i syfte att få den sjukskrivne att acceptera att denne inte bör återgå till sitt arbete förrän efter en längre tid, och kan ses som exempel på att dessa aktörer tar ansvar för att sjukskrivningsprocessen inte ska drivas på i för högt tempo.*

Det finns samtidigt exempel där försäkringskassehandläggare agerar för att övertyga den sjukskrivne och dennes arbetsgivare om att den sjukskrivne borde överväga att byta arbete.

> *Jag kan berätta om ett avstämningsmöte som jag hade i våras här, jag tror att dag 180 hade passerat och arbetsgivaren och behandlande läkare och kuratorer ja det var facket, det var väldigt mycket folk på det mötet och kunden började berätta, hon jobbade på en förskola och hon vad väldigt känslig för ljud och det var depression och så och hon hade problem med stress och hon berättade hur jobbigt det var och hon ville återgå i arbete och ja så. Och alla höll med henne att det är så klart att du ska återgå i arbete och vi förstår att det här är jobbigt och så tills det kom till mig och då sa jag så här "Men jag tror inte att det är så, att du ska gå tillbaka till det här arbetet, har du funderat på det själv?" Nej det hade hon ju inte. […] Och då sa jag att nej alltså jag ser det inte som du har rätten till sjukpenning här för jag ser inte att din prognos är att du ska återgå i arbete, varpå det slutade sen att alla var överens, att nej så var det ju faktiskt inte, hon ska inte återgå i arbete med de här besvären hon har, då är förskola fel miljö för henne och då är det indrag. (FK 4)*

Ansvaret för sjukskrivningen och för individens försörjning läggs i detta exempel tydligt på individen, där handläggaren agerar som en representant för försäkringssystemet, där omställning till nytt arbete uppmuntras.

3.4 Sjukskrivnas upplevelser av bemötande

Interaktionen mellan professionella och den sjukskrivne har betydelse för att lyckas med rehabiliteringsarbetet och främja återgång till arbete. De sjukskrivnas berättelser visar att förändringarna som skett i sjukförsäkringen i vissa fall lett till att individen fått ett mer utsatt läge utifrån olika synvinklar. På frågan om hur bemötandet från professionella har påverkat hur den sjukskrivne hanterar sin situation beskriver en person att en läkare stött hennes egna lösningar och genomförandet av dessa, och att det varit helt avgörande för att kunna vara kvar i arbetslivet:

> *Hon har alltid arbetat för att jag ska få snabb behandling, få så bra behandling som möjligt för att jag har aldrig själv som person gett upp mitt liv och tyckt att "åh, jag har så ont jag kan lika gärna pensionera mig". Jag har alltid sagt till henne att alltså i längden så ska jag vinna på det här, trots vad jag har, och så har det blivit. Att hon har hakat på och sen har hon kört, kört med mig det har hon gjort och jag har hängt på och tyckt att det varit kul för att jag har ju tagit mig framåt från heltidspensionerad för 10 år sen till halvtidsjobbande idag. (Sjukskriven 4)*

Man beskriver att det är inte bara är mediciner, åtgärder och intyg som är viktigt för att gynna processen tillbaka till arbetslivet. Följande citat om egenskaper hos en sjukgymnast får exemplifiera:

> *Sjukgymnasten är ju guld värd tycker jag för hon verkligen tar sig tid, hon kan kanske skita i att göra den där värmebehandlingen utan vi sitter och pratar om saker och ting hela tiden. (Sjukskriven 1)*

Att ta sig tid och vara tydlig i sin kommunikation beskrivs som goda egenskaper även hos läkare:

> *Men bemötandet från läkaren, tydligt och klart, grundlig i sin undersökning. Man verkligen känner att jag fick den tid som behövdes när vi sågs, liksom inte bara löpande band. (Sjukskriven 5)*

Ett par personer upplever som positivt att läkarna tidigt kunnat se och bekräfta att symptomen påverkar hela deras situation:

> *Hon har fullständig förståelse och en fullständig överblick över mina sjukdomar och … hur jag påverkas psykiskt av det och sånt där. Hon har varit med länge och jag har fullt förtroende för henne, absolut. (Sjukskriven 4)*

Bra, hon såg mig, hon såg hur jag jobbat fulltid och vårdat andra och liksom hanterat kriser, hon, hon jag tyckte att hon såg att jag var slutkörd, att jag haft det jobbigt. Så det kändes, det var positivt. (Sjukskriven 7)

Motsatsen, att man inte blivit tagen på allvar och att läkare inte satt sig in i den försäkrades situation gestaltas också i intervjuerna:

Den läkaren jag tyckte inte han tog det riktigt på, vad ska vi säga, allvar. Han borde ha stoppat till exempel utskrivandet utav sömnmedicinen, det fick gå alldeles för länge. Han borde ha lyssnat av mitt läge och kollat i journalen hur länge det har pågått och tagit ett ordentligt samtal dels med mig och sedan då tillsammans med arbetsgivaren och förklarat att det här, det här går inte åt ett bra håll. (Sjukskriven 10)

Viktiga aspekter i ett positivt bemötande tycks vara att ha blivit lyssnad på och förstådd:

Han var väldigt lugn och lyssnade in, och som jag tycker väldigt förstående, man kände aldrig att det var konstigt det man hade hamnat i. (Sjukskriven 9)

Hon bemötte mig jättebra, gjorde hon och hon var väldigt förstående och hon förstod exakt vad jag pratade om och det kändes väldigt skönt. (Sjukskriven 11)

En av de intervjuade upplever att handläggare på Försäkringskassan gömmer sig bakom regelverket vilket påverkar bemötandet negativt. Handläggaren bemötande beskrivs som oengagerat och upplevs som skuldbeläggande då denna ifrågasätter behov av förlängning av sjukskrivning och hänvisar till regler och paragrafer. Bemötandet upplevs som opersonligt och man ser inte människan bakom funktionsnedsättningen. En av de sjukskrivna ger följande bild om en handläggares bemötande i samband med sena utbetalningar:

Ja, väldigt snäsigt om man säger och liksom uppnosigt så där att det liksom precis som om jag hade gjort nåt fel. (Sjukskriven 11)

Samma person svarar på frågan om hon upplevt något positivt bemötande från Försäkringskassan:

Jag kan inte se nåt positivt egentligen om jag tittar tillbaka, jag bara känner att låt mig aldrig, för guds skull, aldrig nånsin mer hamna i en sådan situation att bli sjukskriven så lång tid. Jag känner lite skräck inför det… (Sjukskriven 11)

Bemötandet från handläggare har även beskrivits som väldigt bra, trots att en nervositet funnits med inför mötet:

> *Ja, alltså Försäkringskassan tyckte jag det var positivt det första mötet, jag var rätt så nervös inför det, kommer jag ihåg, kände mig lite stressad för att första gången var inne i den här svängen som man absolut inte vill va i, så det var verkligen ett stressmoment, även om jag tyckte att det var väldigt bra det mötet, det kändes inget konstigt alls utan bra liksom. (Sjukskriven 9)*

Kritiken riktas emellertid snarare mot Försäkringskassan som myndighet än som mot de enskilda handläggarna:

> *Så han hade liksom full förståelse och jag tyckte liksom... Han är värd en eloge faktiskt, de får mycket skit annars men jag tyckte att det kan jag inte hålla med om i det här läget utan... Jag tyckte att det var ett bra bemötande! (Sjukskriven 5)*

4 Diskussion

Resultaten från denna studie speglar hur olika aktörer upplevt de senaste årens regelförändringar i sjukförsäkringen, där ett återkommande tema är en tilltagande administration och passivitet från Försäkringskassans sida. Detta noteras av samtliga fyra kategorier respondenter i studien: såväl sjukskrivna, läkare, arbetsgivare som handläggare på Försäkringskassan. Med tanke på att en av reformernas huvudtankar var att främja en aktiv rehabiliteringsprocess kan detta tyckas anmärkningsvärt. I analysen framkommer emellertid att aktivitetskravet främst ligger på den sjukskrivne, medan övriga aktörer har få incitament för att agera. Resultaten visar hur handläggare på Försäkringskassan begränsar sig till att bevaka tidsgränser, till skillnad från tidigare då aktiva åtgärder kunde initieras och köpas direkt via handläggarna. Handläggare i studien rapporterar hur kombinationen av allt färre aktiva interventioner och tidsgränser som pressar de sjukskrivna att återgå i arbete tidigare gör handläggarnas arbete svårare och mer etiskt problematiskt. Samtidigt rapporterar de sjukskrivna om en situation där de i många fall vill komma tillbaka till arbetslivet, men där resurser och kontakter för att göra det saknas, vilket leder till fortsatt sjukskrivning.

4.1 Rehabiliteringskedjan i praktiken

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i ett par rapporter under 2011 granskat hur Försäkringskassan tillämpar de nya sjukreglerna, och hur bedömningen av arbetsförmåga ser ut vid de olika tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. En slutsats från granskningen är att tidsgränserna följs i merparten av sjukfallen. Dock sker prövning av arbetsförmåga i förhållande till andra arbetsuppgifter endast i 45 % av fallen inom 90 dagar. Vid 180-dagarsprövningen skjuts bedömningen av arbetsförmåga i relation till den reguljära arbetsmarknaden upp i 13 % av fallen, då med hänvisning till att en plan finns för återgång till den nuvarande arbetsplatsen. Handläggarna bedömer sällan arbetsförmåga i relation till andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. Vid 90 dagars sjukskrivning har kontakt med arbetsgivaren endast tagits i 50 % av fallen, och annat arbete hos arbetsgivaren har endast utretts i 33, 40 respektive 26 % av fallen vid de tre fasta tidsgränserna (90, 180 respektive 365 dagar). Vidare är innehållet i planer för återgång i arbete ofta magert: en sådan plan har gjorts i 77 % av fallen men tycks av innehållet att döma endast ske som en ren formsak (ISF 2011:5).

Resultaten i föreliggande studie bekräftar att prövning till andra arbetsuppgifter inte alltid görs. En anledning till detta är att det hos handläggarna finns en erfarenhet från tidigare kontakter med vissa arbetsgivare som gör att de inte tycker att det är relevant att utreda frågan, då anpassningar ändå inte görs. En annan handläggare menar att individen ska undersöka anpassningsmöjligheter själv, vilket kan vara ett skäl till att detta inte utreds av handläggaren. Prövningen mot hela arbetsmarknaden skjuts enligt ISF-rapporten upp i 13 % av fallen. Resultaten från denna studie visar att detta sker när återgång till det aktuella arbetet tycks rimlig inom ett år, vilket tyder på att handläggarna i praktiken då väger återgång i arbete mot att hålla på tidsgränserna.

I och med rehabiliteringskedjans införande har Försäkringskassans arbetsprocess generellt blivit mera tidsstyrd, där handläggaren måste fatta beslut snabbare. Därmed har även situationer där handläggaren måste väga syftet med rehabiliteringen (återgång i arbete) mot att efterleva tidsgränser blivit vanligare. Melén (2008) hävdar att medarbetare i offentliga organisationer ofta skapar sina egna rutiner som en konsekvens av att strukturer och normer i organisationen föreskriver annat än regelverket, eller att det finns motstridiga syften och regler inom organisationen. Då rehabiliteringskedjans tidsgränser utgår ifrån en princip om standardisering och rutinisering av sjukskrivningsprocessen kommer de ibland i konflikt med handläggarnas praxis att göra individuella bedömningar. Här blir handläggarens praxis i relation till rådande regelverk särskilt intressant, där tidigare forskning fokuserat på spänningen mellan ett regelorienterat och ett klientorienterat förhållningssätt (Lipsky 1980). Studier har visat att klientorienteringen hos Försäkringskassans handläggare är stark (Stensöta 2006).

Handläggarnas klientorientering, samt påbud om vikten av rätten till en individuell bedömning, kräver att det på något sätt skapas en flexibilitet i systemet, då detta blivit alltmer standardiserat. I studien ges flera exempel på när handläggare betraktat det aktuella ärendet utifrån andra perspektiv än det rent försäkringsmässiga, där de genom en holistisk bedömning kommit fram till att återgång i arbete gynnas av att bortse från tidsgränser. Detta gäller framförallt 90- och 180-dagarsgränserna, men i något fall även 365-dagargränsen. I regelverket finns möjligheter till undantag, men den ovan refererade granskningen av hur tidsgränserna efterlevs tyder på att undantagen används relativt sällan (ISF 2011:5). Resultatet från föreliggande studie tyder även på att internkontrollen av handläggare ökat och att det ges få incitament till att göra undantag. Att trots allt göra undantag från de fasta tidsgränserna kan i vissa fall leda till en bättre process för individen, men det ger inte handläggaren några fördelar gentemot sin arbetsgivare.

Här blir det relevant att skilja mellan ”korrekta” och ”goda” beslut (Westerhäll 2008), där både en situation där tidsgränser följs och en där undantag görs går att betrakta som korrekta, så länge undantaget görs i enlighet med rådande regler. Att ett beslut är korrekt i formell mening är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för att beslutet ska kunna anses vara gott. Det ”goda” beslutet innefattar också hänsyn till en rad andra principer, såsom människovärdes-, autonomi-, självbestämmande-, behovs- och nyttoprincipen. Situationer där dessa principer kolliderar är inte ovanliga, och handläggaren måste väga in en rad olika aspekter för att kunna fatta ett beslut som anses vara såväl korrekt som gott. Westerhäll (2008) menar att ett ökat fokus på medicinska faktorer innebär att dessa möjligheter begränsas, och att handläggarnas fördelningspolitiska uppdrag ersätts av ett styrpolitiskt. Ökad internkontroll leder därmed till ett ökat fokus på korrekta beslut, på bekostnad av den individuella bedömning som möjliggör att besluten också kan betraktas som goda.

Att vid behov göra avsteg från rådande tidsgränser är således upp till den enskilde handläggaren, som inte ges några incitament till detta. En handläggare i studien noterar hur nyanställda inte har den erfarenhet som krävs för att veta hur och när sådana undantag ska göras, och att tidsgränserna i dessa fall riskerar att användas utan reflektion över huruvida det är lämpligt eller inte i det enskilda fallet. Då även andra aktörer (sjukskrivna, läkare och arbetsgivare) uppfattar tidsgränserna som alltför fyrkantiga kan det finnas skäl att fundera över på vilket sätt flexibilitet skapas i systemet, och vems ansvar det är att en sådan flexibilitet tillåts och inte undertrycks. Handläggare såväl som andra aktörer menar att de nya tidsgränserna inte har kunnat implementeras rakt av, eftersom de inte alltid är förenliga med rådande normer och organisationens syfte. Den individuella bedömningen blir därmed central för tillämpningen i praktiken.

4.2 Etik, bemötande och upplevd rättvisa

Etiska dilemman som uppstår i individuella bedömningar tycks ha blivit vanligare i takt med att försäkringen blivit striktare och mer standardiserad. Flera handläggare lyfter exempel på där tidsgränserna är kontraproduktiva ur rehabiliteringssynpunkt, och hur tillämpningen av regelverket innebär att handläggare tvingas fatta beslut som går emot deras personliga värderingar om vad som är rätt och fel. Denna problematik har alltid förekommit i socialt arbete, men det tycks som att det förändrade regelverket accentuerat dessa situationer.

Här ställs olika etiska principer emot varandra, där omsorg om den enskilde ställs mot likabehandling: klientorientering mot regelorientering (Stensöta 2006). Om handläggaren vill fatta beslut som utgår ifrån den enskildes behov för att bäst tjäna syftet återgång i arbete måste de stundtals bortse från likabehandlingsprincipen. Från ett jämlikhetsresonemang vore det orättvist att behandla människor olika och att ge vissa mer resurser än andra (jfr. Rawls synsätt där rättvisa i form av likabehandling utgör en viktig grundprincip, Rawls 1971). Detta synsätt har varit inflytelserikt inom administrativ etik och viktigt för att förstå utvecklingen mot standardisering inom många socialförsäkringssystem, där begreppet rättssäkerhet ofta används som ett centralt argument. De senaste årens utveckling av sjukförsäkringssystemet i Sverige utgår ifrån en sådan princip, där tidsgränser och åtgärder baseras på generella antaganden snarare än individuella hänsynstaganden. Emellertid är det inte självklart ur ett fördelningspolitiskt perspektiv att likabehandling alltid är den mest rättvisa behandlingen, eftersom människor har olika behov och olika förutsättningar.

Upplevd rättvisa är inte enbart relaterat till de faktiska utfallen (distributiv rättvisa), utan lika mycket till proceduriell och interaktionell rättvisa (Cohen-Charash & Spector, 2001). Om en person upplever distributiv orättvisa tenderar denne att reagera på just utfallet, medan proceduriell orättvisa får människor att reagera mot organisationer eller system. Den proceduriella rättvisan omfattar aspekter kring enhetlighet, korrekthet, representativitet, möjlighet att överklaga, samt samklang med grundläggande etiska principer. Interaktionell orättvisa, å sin sida, leder till att människor reagerar mot personen som genomför dessa procedurer (Cohen-Charash & Spector, 2001). Rättvisa i ett socialförsäkringssystem är således relaterat till ersättningsnivåer såväl som till hur beslutsprocessen gått till och hur kontakten sett ut med representanter för systemet.

De sjukskrivna ger en nyanserad bild av hur man blivit bemött från olika aktörer. Positivt bemötande beskrivs som att man blivit respekterad, förstådd och att framför allt försäkringskassehandläggare eller läkare har tagit sig tid. Uttryck för negativt bemötande är att man inte blivit lyssnad på, inte blivit tagen på allvar eller blivit behandlad på ett nonchalant sätt. I berättelserna visar de sjukskrivna personerna en viss förståelse för exempelvis fasta tidsgränser och striktare kriterier kring bedömning av arbetsförmåga. Man poängterar dock att systemet blir fyrkantigt och medför orättvisa bedömningar och beslut. Generellt riktas kritik mot regelsystemet, snarare än mot den enskilda läkaren eller handläggaren, vilket tyder på att kritiken handlar om en upplevelse av proceduriell snarare än interaktionell orättvisa. Även handläggare noterade hur regelverket var svårt att kombinera med deras etiska principer och att systemet behandlade människor illa. Hur man som sjukskriven blir bemött verkar ha betydelse för hur negativa beslut om

sjukskrivning hanteras. Sannolikt är bemötandet därför av central betydelse för hur deltagarna i studien hanterar de ändringar som sker i sjukförsäkringen. Bemötandet från de professionella kan på så sätt antas ha viss betydelse för att de sjukskrivna ska klara av de ökade kraven som den nya sjukförsäkringen ställer. Tidigare studier visar på att bemötande kan påverka återgång i arbete, och att mötet med professionella är viktigt för hur individer uppfattar sig själva och sin situation (Müssener et al., 2006; Müssener et al., 2008; Svensson & Björklund, 2010; Svensson et al., 2006).

Även i ett standardiserat socialförsäkringssystem måste människors olikheter hanteras. Enligt Cooper (2004) kan inte ett standardiserat system garantera en rättvis process för alla, vilket innebär att många kommer känna sig orättvist behandlade av byråkratiska organisationer med standardiserade arbetsmetoder. För att ett system ska upplevas som rättvist måste det därmed kunna uppvisa en kombination av standardisering och variation. Klient- och regelorientering, hävdar Stensöta (2010), bör heller inte ses som motsatser, utan som kompletterande varandra.

4.3 Ansvar: vem ska vara aktiv?

En annan konsekvens av det standardiserade regelverket är att handläggarens relationer till andra aktörer påverkats. Det finns en genomgående åsikt bland övriga aktörer att Försäkringskassan är passiv i rehabiliteringsprocessen, och att de främst hör av sig i anslutning till rehabiliteringskedjans tidsgränser. Försäkringskassans handläggare menar också att de tidigare var mera aktiva som rehabiliteringsaktörer genom att köpa åtgärder och mera aktivt samordna rehabiliteringsprocessen. Det tycks därmed som att implementeringen av det nya regelverket fått som konsekvens att Försäkringskassan ägnar sig allt mindre åt rehabilitering och allt mer åt försäkringsadministration. Reglerna och Försäkringskassans arbetsmetoder leder således till passiva handläggare, där ansvaret för att individen återgår i arbete läggs på individen och arbetsgivaren. Tidigare studier av avstämningsmöten mellan centrala aktörer visar hur dessa möten tenderar att bli en förhandling om ansvar (Seing 2011). Då arbetsgivarna ofta saknar incitament att rehabilitera anställda (särskilt gällande personer med komplex problematik) och individerna ofta saknar den kunskap och den ork som krävs för att ta detta ansvar finns en risk att ingen av de inblandade aktörerna agerar. Förutsatt att tidsgränserna efterlevs blir den enda åtgärden då att individen förlorar sin ersättning från sjukförsäkringen.

Ett tydligt drag i materialet är att olika aktörer kan ta olika roller i olika ärenden. Vem som driver ett ärende framåt beror till stor del på vem som tar kontakt och vem som tar initiativ till åtgärder. I de fall där den sjukskrivne önskar en snabb återgång till arbetet sätter denna persons motivation fart på processen och på övriga aktörer. I andra fall kan läkaren, arbetsgivaren eller Försäkringskassans handläggare driva på en process. Att det skiljer sig i vem som driver processen är intressant i sig: rehabiliteringskedjans tidsgränser medför att Försäkringskassans handläggare förväntas driva processen framåt om de ska följa regelverket; materialet i denna studie tyder dock på att detta inte alltid är fallet, och att efterlevnad av regler ibland hamnar i motsättning till att främja individens återgång i arbete.

De sjukskrivna ger en bild av att ha tagit ett stort ansvar för sin egen situation. De allra flesta menar att det egna ansvaret varit för högt genom hela sjukskrivningsprocessen, medan några anser att ansvaret måste ligga på en själv. Att ha fått ta stort eget ansvar upplevs som tungt; man menar att det bidragit till att återgång till arbete blivit försenad. Det finns en besvikelse i berättelserna över att försäkringskassehandläggare och arbetsgivare inte tagit det ansvar som man förväntat sig att de ska ta. De intervjuade som menar att ansvaret bör ligga på den enskilda individen har också delvis upplevt passivitet i kontakter med professionella och försenade åtgärder. De menar ändå att man inte kan förvänta sig att andra ska ta ansvaret för att rehabiliteringen sköts åt en. Avgörande tycks förväntningarna vara; förväntar man sig att andra ska driva rehabiliteringen blir man besviken, förväntar man sig att ta ansvaret själv så upplever man processen annorlunda. Ansvarsfrågan går hand i hand med de olika roller som inblandade aktörer har eller förväntas ta, där synen på ansvar och åsikterna om vem som bör göra vad är olika.

4.4 Tolkning och bedömning av arbetsförmåga

Att bedömning av arbetsförmåga är en svår uppgift råder det ingen tvekan om. I den här rapporten framhåller läkarna att bedömningarna försvåras av en rad olika faktorer, framförallt bristen på samarbete med handläggare på Försäkringskassan. Det som försvårar samarbetet med Försäkringskassan är dels deras frånvaro från avstämningsmöten i de fall avstämningsmöten faktiskt sker, och dels svårighet att få kontakt med handläggare för att överföra information utöver det som formuleras i sjukintyget.

En annan faktor som läkarna särskilt framhåller är att bedömningarna från Försäkringskassan görs olika beroende på vilken handläggare som gör den. Ett annat problem, ur läkarperspektiv, när det gäller arbetet med bedömning av arbetsförmåga är svårigheterna att sjukskriva i bestämda fjärdedelar, något som även noteras av arbetsgivare som ska anpassa arbetet när en person kommer tillbaka från sjukskrivning. Utöver dessa faktorer framhåller läkarna en stor tveksamhet inför riktlinjerna som i många fall uppfattas vara baserade på ett felaktigt eller missriktat tänkande när det gäller relationerna mellan sjukdom, arbetsförmåga och sjukskrivningslängd. Att de sjukdomsrelaterade funktionsnedsättningarna påverkar arbetsförmågan på mycket olika sätt komplicerar arbetet.

Tidigare studier visar på bristande samverkan mellan sjukvård och arbetsgivare i arbetsförmågebedömningar, samt att såväl läkare som försäkringskassehandläggare i många fall själva upplever att de saknar kunskap om de specifika krav olika arbetsuppgifter har vilket medför en osäkerhet när arbetsförmåga ska bedömas (Ståhl et al 2011, Söderberg et al 2009). Forskning pekar vidare på problematiken kring läkares motstridiga roller; dels den som patientens behandlare, dels som medicinskt sakkunnig i relation till Försäkringskassan och andra aktörer (von Knorring et al 2008).

Flera av handläggarna på Försäkringskassan betonar att den medicinska nedsättningen av arbetsförmåga ligger till grund för bedömning och att underlagen styr mer idag än tidigare. Möjligheterna att väga in fler aspekter än de rent medicinska har minskat i takt med att sjukförsäkringen tillämpar ett mer restriktivt arbetsförmågebegrepp. Intervjumaterialet visar å andra sidan att det finns en tendens att handläggare försöker göra mer holisitiska bedömningar samtidigt som det i dessa fall medför en osäkerhet huruvida ett sådant vidare helhetsperspektiv är godtagbart ur ett regelperspektiv. Handläggare rapporterar om en balansgång mellan att väga in individens livsvärld och hälsa kontra det försäkringsmedicinska perspektivet. Läkarna, å sin sida, tenderar att utgå ifrån ett holistiskt synsätt, men då de är medvetna om Försäkringskassans regler försöker de också att reflektera över hur det de skriver i läkarintygen kommer att mottas av handläggarna.

Tidigare studier har noterat hur olika aktörer utgår från olika tolkningar och perspektiv på centrala begrepp, såsom arbetsförmåga (Ståhl et al 2009, Loisel et al 2005). Det som här är intressant att notera är hur enskilda representanter från de olika systemen (försäkringssystemet, sjukvårdssystemet, arbetsplatserna och livsvärlden) tenderar att byta perspektiv och se på situationer från andra håll än det egna. Här är försäkringskassehandläggarna ett gott exempel på hur denna perspektivbytesförmåga stundtals används för att ge en annan förståelse för den sjukskrivnes situation, och hur

detta kan innebära att beslut fattas som utgör undantag från standardproceduren. Samtidigt rapporterar läkarna hur de via sina erfarenheter från tidigare kontakter med Försäkringskassan anpassar sitt sätt att skriva läkarutlåtanden efter vad handläggarna godkänner, vilket också kan betraktas som en förmåga att se på situationen ur en annan aktörs perspektiv.

4.5 Metoddiskussion

Detta är en explorativ studie av olika aktörers perspektiv på frågor kring sjukförsäkringen. Syftet med studien var inte i första hand att ta fram generaliserbara data, utan att utforska olika aktörers upplevelser och erfarenheter. Validiteten i studien stärks av att intervjuerna, som var relativt långa och innehållsrika, utforskade dessa frågor på djupet: det fanns goda möjligheter för respondenterna att redogöra för egna erfarenheter och upplevelser. Reliabiliteten i analysen stärks av en kontinuerlig diskussion mellan de tre författarna kring tematisering och tolkning av materialet, samt av diskussioner med andra forskare på seminarier.

Den främsta svagheten i studien är antalet respondenter, särskilt avseende kategorierna läkare, försäkringshandläggare och arbetsgivare. Det finns en risk att de som valde att ställa upp gjorde det eftersom de hade kritik att framföra eller av någon annan anledning var särskilt intresserade av frågeställningarna. Det innebär att resultaten från studien ska tolkas med försiktighet avseende deras representativitet, samt att studien behöver följas upp med ytterligare forskning kring de slutsatser som här dragits.

4.6 Slutsatser

Denna studie presenterar erfarenheter av rehabiliteringskedjans tidsgränser från olika perspektiv. Handläggare på Försäkringskassan menar att de senaste årens regeländringar har medfört en mer administrativ handläggarroll, där mer tid läggs på att hålla tidsgränser än att arbeta med faktisk rehabilitering. Flera etiska dilemman identifieras också då individuella bedömningar kommer i konflikt med tidsgränserna, vilket upplevs som stressande.

Såväl läkare som sjukskrivna och arbetsgivare påpekar hur Försäkringskassans handläggare blivit mindre tillgängliga, och generellt upplevs handläggarna som alltmer passiva i rehabiliteringsprocessen. Ansvaret för att processen ska bli aktiv läggs alltmer på

de sjukskrivna, som har svårigheter med att överblicka och navigera i sjukförsäkringssystemet. I bedömningen av arbetsförmåga påpekas också flera brister i samverkan mellan arbetsgivare, sjukvård och Försäkringskassan.

Ett av syftena med rehabiliteringskedjan var att skapa en mer enhetlig och standardiserad sjukskrivningsprocess. Dock upplever såväl handläggare som sjukskrivna att systemet är oflexibelt och inte tar hänsyn till individers olikheter och skilda behov, och att de fasta tidsgränserna därmed medfört en ökad orättvisa för de sjukskrivna. Även om bemötandet från handläggare på Försäkringskassan i många fall upplevs som bra, uppfattas sjukförsäkringssystemet som orättvist; studien ger därmed i första hand exempel på upplevd proceduriell orättvisa, snarare än upplevelser av orättvist bemötande.

Studien visar på ett ytterligare behov av att studera etik, rättvisa och kvalitet i sjukskrivningsprocessen.

5 Referenser

Cohen-Charash, Y. & Spector, P.E. (2001): "The role of justice in organizations: a meta analysis", Organizational Behavior and Human Decision Processes, 86, 278-321.

Cooper, T. (2004): "Big Questions in Administrative Ethics: A Need for Focused, Collaborative Effort", Public Administration Review, 64, 395-407.

Försäkringskassan (2006): Sjukförsäkring, kulturer och attityder: fyra aktörers perspektiv, Analyserar 2006:16.

ISF (2011): Bedömning av arbetsförmåga vid de fasta tidsgränserna. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

Lindqvist, R. & Grape, O. (1998): "Vocational rehabilitation of the socially disadvantaged long-term sick: Inter-organizational co-operation between welfare state agencies", Scandinavian Journal of Public Health, 27(1), 5-10.

Lipsky, M. (1980): Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. New York: Russell Sage Foundation.

Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Tulder, M.v. et al. (2005): "Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence", Journal of Occupational Rehabilitation, 15, 507-524.

Melén, D. (2008). Sjukskrivningssystemet: Sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna, Lund: Lunds universitet.

Müssener, U., Söderberg, E., Svensson, T. & Alexanderson, K. (2006): "Encouraging encounters: sick-listed persons´ experiences of interactions with rehabilitation professionals", Social Work in Health Care, 46, 71-87.

Müssener, U., Upmark, M., Festin, K. & Alexanderson, K. (2008): "Positive experiences of encounters with healthcare and social insurance professionals among people on long-term sick leave", Journal of Rehabilitation Medicine, 40, 805-811.

Patton, M.Q. (2002): Qualitative research and evaluation methods. London: Sage.

Seing, I. (2011): Avstämningsmötet – en arena för förhandling om arbetsförmåga och rehabiliteringsansvar, IHS 2001:1, Linköpings universitet.

Socialdepartementet (2007): Införande av en rehabiliteringskedja: Promemoria, 2007/11032.

Stensöta, H.O. (2006): ”Försäkringskassans handläggare”, i Sjukförsäkring, kulturer och attityder: fyra aktörers perspektiv, Försäkringskassan analyserar 2006:16.

Stensöta, H.O. (2010): “The Conditions of Care: Reframing the Debate about Public Sector Ethics”, Public Administration Review, 70, 295-303.

Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G. & Ekberg, K. (2009): ”The work ability divide: Holistic and reductionistic approaches in Swedish interdisciplinary rehabilitation teams”, Journal of Occupational Rehabilitation, 19(3), 264-273.

Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G. & Ekberg, K. (2011): ”Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system”, Disability and Rehabilitation, 33(15-16): 1373-1382.

Svensson, T. & Björklund, A. (2010): “Focus on health, motivation, and pride: A discussion of three theoretical perspectives on the rehabilitation of sick-listed people”, Work, 36, 273-282.

Svensson, T., Müssener, U. & Alexanderson, K. (2006): ”Pride, empowerment and return to work: On the significance of positive social emotions in the rehabilitation of sickness absentees”, Work, 27, 57-65.

Söderberg, E., Södersten, E., Lindholm, C. & Alexanderson, K. (2009): Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland: Resultat från två enkäter 2004 och 2008, Karolinska institutet/Linköpings universitet.

von Knorring, M., Sundberg, L., Löfgren, A. & Alexanderson K. (2008): ”Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden”, Scanidnavian Journal of Primary Health Care, 26(1), 22-28.

Westerhäll, L.V. (2008): ”Det sjukförsäkringsrättsliga arbetsoförmågebegreppet i lagstiftning och rättstillämpning”, i L.V. Westerhäll (red.), Arbets(o)förmåga - ur ett mångdisciplinärt perspektiv Stockholm: Santréus förlag.