



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Komparativ socialpolitik (SOL 061)

VT 2005

**FÖRSÄKRINGSKASSANS ROLL I DEN
ARBETSLIVSINRIKTADE REHABILITERINGEN
ETT HANDLÄGGARPERSPEKTIV**

Författare: Martin Jansson

Handledare: Staffan Blomberg

Abstract

The purpose of this essay was to describe and analyse the tension/conflict between external demands and actual conditions, as experienced (and told in interviews) by employees at two social insurance offices in Scania, concerning their roles in the process of working life rehabilitation. The theoretical starting point is the theory of street-level bureaucrats, as defined by Lipsky. The comprehension among the employees were that working life rehabilitation services are approved less today compared to a few years ago. The discretion, i.e. the position to choose among competing alternatives; about what to do, how to do it etc., characteristic of street-level bureaucrats, according to the employees is less prominent, as the routines of handling cases and decision making are regulated. The role of being a person in authority is complex, in the interviewed persons' opinions. On the one hand there's the potential of being a supportive person, though, on the other hand, the main task is to administrate the social insurance system. Furthermore working life rehabilitation takes place between several parties, with different ambitions, goals, logics and responsibilities. This context makes the interviewed persons' role even more complex.

Innehållsförteckning	sid
Förord	1
1. Inledning	2
1.1 Problemformulering	2
1.2 Syfte och frågeställningar	6
1.3 Metod och urval	6
2. Avhandling	8
2.1 Bakgrundbeskrivning: Försäkringskassans hantering av sjukskrivningsärenden	8
2.1.1 Sjukpenning och rehabiliteringsersättning	8
2.1.2 Ärendegång och rehabiliteringsåtgärder	9
2.1.3 Handläggare med olika roller	12
2.2 Teori och tidigare forskning	14
2.3 Resultat av intervjuer med handläggare på Försäkringskassan	19
2.3.1 Handläggarnas upplevelse av den egna rollen respektive förmågan att tillgodose klienternas behov	20
2.3.1.1 Inget direkt rehabiliteringsansvar	20
2.3.1.2 Viktiga funktioner och egenskaper i rollen	21
2.3.1.3 Begränsningar i handläggarnas möjligheter att tillmötesgå klienternas önskemål och behov	24
2.3.2 Riktlinjer och målsättningar respektive tid och resurser i rehabiliteringsärenden	26
2.3.2.1 Formella krav inom organisationen	26
2.3.2.2 Tid och resurser i rehabiliteringsärenden	26
2.3.2.3 Hårdare försäkringsmässiga bedömningar snarare än ökad satsning på arbetslivsinriktad rehabilitering	27
2.3.2.4 Enhetligare handläggning som resultat av 28 organisationsförändring	
2.3.3 Upplevelse av handlingsutrymme i förhållande till 30 regelverket	
2.4 Analys och sammanfattning	31
3. Slutdiskussion	35
Källförteckning	37

Förord

Ett särskilt tack riktas till de handläggare på två försäkringskontor i Skåne som har haft vänligheten att ställa upp på intervjuer och därmed gjort denna undersökning möjlig.

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Den höga sjukfrånvaron och de därtill stora samhälleliga utgifterna har varit ett livligt debatterat ämne på senare år. Min problemformulering tar sin utgångspunkt i denna problematik.

Andelen av den yrkesverksamma befolkningen som inte arbetar och får ersättning på grund av sjukskrivning eller förtidspensionering¹ har ökat trendmässigt i Sverige sedan 1960-talet. Från 1998 ökade sjukfrånvaron, framför allt långtidssjukskrivningarna, kraftigt fram till några år in på tjugohundratalet. Ökningen i antalet sjukskrivningar tycks för närvarande ha avstannat men fortfarande ökar antalet personer som får sjuk- eller aktivitetsersättning. Särskilt hög är sjukfrånvaron inom den offentliga sektorn och i synnerhet bland kvinnor. (Theorell m.fl., 2005)

De sammanlagda statliga kostnaderna för sjukförsäkringarna uppgick år 2004 till omkring 125 miljarder kronor, vilket motsvarar ca 30 000 kronor per yrkesverksam person och år. Ökningen i kostnaden för sjukförsäkringarna har skett i en takt som är minst dubbelt så hög som tillväxten i BNP. De sammanlagda kostnaderna för sjukfrånvaro och förtidspensionering befinner sig således på en ohållbar nivå. Till detta kommer att sjukfrånvaron bland anställda i Sverige var högst i alla EU-länder år 2003. (Theorell m.fl., 2005)

Att komma tillrätta med de skenande kostnaderna för sjukförsäkringen har blivit en av de viktigaste frågorna på den politiska dagordningen i Sverige. Mot bakgrund av detta presenterade regeringen i budgetpropositionen för 2002 ett 11-punktsprogram för ökad hälsa i arbetslivet där bl.a. vikten av individanpassad rehabilitering betonades samt att arbetsgivarens ansvar för hälsan skulle göras tydligare. Programmet följdes upp av ett nationellt mål för ökad hälsa i arbetslivet i nästa års budgetproposition. Frånvaron från arbetslivet på grund av

¹ Sjukersättning och aktiveringsersättning ersatte i januari 2003 de tidigare ersättningsformerna förtidspension och sjukbidrag.

sjukskrivning ska, enligt detta mål, halveras fram till 2008 i förhållande till 2002, parallellt med att antalet nya aktivitets- och sjukersättningar ska minska. (www.regeringen.se)

Sjukskrivning och förtidspensionering kan diskuteras ur flera olika perspektiv och orsakerna till den höga sjukfrånvaron är komplexa. Intresset för forskning inom området har också varit stort. Arbetsmiljön har stått i fokus för mycket av den offentliga debatten och forskningen i Sverige. Sedan början på 1990-talet finns en långtgående lagstiftning om arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön. Medan den fysiska arbetsmiljön sannolikt förbättrats avsevärt de senaste decennierna visar Arbetsmiljöverkets och SCB:s arbetsmiljöundersökningar att en gradvis försämring skett av ett antal faktorer beträffande den psykosociala arbetsmiljön under senare delen av 1990-talet. (Theorell m.fl., 2005)

I antologin "Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar" presenterar författarna följande huvudorsaker till den höga sjukfrånvaron. Ett ökat förändringstryck i arbetslivet har medfört lägre tolerans för olikheter i prestation. Detta i kombination med arbetstagarnas upplevelse av ökade krav och mindre handlingsutrymme i arbetet samt den låga rörligheten på arbetsmarknaden har ökat riskerna för stressrelaterade besvär. Den åldrande befolkningen är en annan orsak. Vidare, menar författarna, står arbetslösa för en hög andel av sjukskrivningarna, vilket döljs i statistiken. Många långtidssjukskrivna borde egentligen byta arbete för att komma vidare i yrkeslivet och därför snarare klassificeras som arbetssökande arbetslösa. Som sista huvudorsak benämns tillkortakommanden inom administration av sjukpennings- och sjukersättningssystemen. (Theorell m.fl., 2005)

Jag har dock valt att lägga mindre fokus på orsakerna till den höga sjukfrånvaron för att istället inrikta mig på hur problematiken hanteras.

Arbetslivsinriktad rehabilitering är en verksamhet inom socialförsäkringssystemet som syftar till att underlätta för långtidssjukskrivna att återgå i arbete. (Theorell m.fl., 2005) Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för åtgärder av medicinsk, psykologisk social och arbetslivsinriktad art som syftar till att hjälpa sjuka eller skadade att återfå funktionsförmågor och förutsättningar för ett normalt liv. Olika myndigheter ansvarar för olika områden. (www.forsakringskassan.se) Arbetslivsinriktad rehabilitering ska fokusera på att hjälpa individen att behålla eller återfå arbetsförmågan. Rent konkret kan det kan röra sig om åtgärder som arbetsträning, arbetsplatsanpassning eller utbildning. Insatserna riktas både till

sjukskrivna med arbetsgivare och till sjukskrivna som är arbetslösa. (Eklund, Lindwall & Marklund, 2005)

En rad olika aktörer, utöver den berörda individen, kan vara inblandade i olika skeden av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det kan t.ex. röra sig om arbetsgivaren, företagshälsovården, sjukvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. (Eklund, Lindwall & Marklund, 2005) Jag har valt att fokusera på Försäkringskassans roll i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Försäkringskassan är sedan den 1 januari 2005 en statlig myndighet som ersatt landets 21 allmänna försäkringskassor. Den nya myndigheten har ett tydligare uppdrag från regeringen att minska ohälsan i samhället. Vad det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering har Försäkringskassan ett samordningsansvar för de insatser som är nödvändiga för att den enskilde ska kunna återgå i arbete eller söka arbete om denne är arbetslös. Utöver samordningsansvaret ska Försäkringskassan utreda behovet av rehabilitering och fatta beslut om sjukpenning och rehabiliteringsersättning. (www.forsakringskassan.se)

Arbetslivsinriktad rehabilitering är en process där ett antal ställningstaganden äger rum. Det kan röra sig om bedömningen av vem som behöver rehabilitering, vad den ska innehålla samt vad målsättningen ska vara med en åtgärd. En rimlig föreställning skulle kunna vara mer resurser nu satsas på arbetslivsinriktad rehabilitering i takt med att sjukfrånvaron ökat och blivit ett uppmärksammat problem i samhället. Så är dock inte fallet. En rad studier har visat på betydande problem och svårigheter för rehabiliteringsverksamheten. De intentioner och idéer som ligger till grund för rehabiliteringsverksamheten formades under 1980-talet. Några större förändringar av verksamheten har dock inte skett trots att rehabiliteringen idag bedrivs under helt andra förutsättningar än på 1980-talet till följd av den ökade arbetslösheten och långtidssjukfrånvaron. Ökningen av antalet långtidssjukskrivna under senare år har inte alls följts upp av motsvarande satsningar på arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabiliteringen kommer igång sent i sjukfallen och i många fall handlar åtgärderna om utredningar och bedömningar istället för aktiva åtgärder. En selektion av vilka individer som får aktiv rehabilitering sker med nödvändighet, men sker inte alltid utifrån en rationell grund. Studier de senaste åren har också visat att endast runt hälften av dem som varit sjukskrivna längre än ett år uppger att de haft kontakt med försäkringskassan för att diskutera återgång i arbete. Bl.a. finns, enligt Eklund, Lindwall & Marklund, stora behov av att förtydliga regelverk och

tillämpning vad det gäller olika aktörers rollfördelning, målsättning och ambitionsnivå. Mängden statliga utredningar som berör ämnet indikerar också att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte fungerar riktigt som statsmakterna vill. (Eklund, Lindwall & Marklund, 2005)

Redan vid en första anblick framgår således att arbetslivsinriktad rehabilitering är en komplex företeelse som äger rum i en kontext där flera parter är involverade och ska samarbeta. Jag kommer i denna text främst att lägga fokus på bedömningsprocessen och Försäkringskassans samordningsansvar snarare än på innehållet i eller utförandet av de konkreta åtgärder som benämns som arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. De enskilda handläggarna på Försäkringskassan, vilka i sitt arbete har direktkontakt med klienter, är de som i realiteten ska fatta beslut om ersättning och samordna rehabiliteringsinsatserna. De enskilda handläggarna har därför ett avgörande inflytande över hur den faktiska politiken utformas. (Schierenbeck, 2003)

Utifrån den sjukfrånvaroproblematik som skissats ovan är jag intresserad av hur de enskilda handläggarna på Försäkringskassan upplever av sin roll i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Jag är också intresserad av vilka krav dessa upplever i anslutning till den egna rollen i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, samt hur handläggarna ser på de regler de har att rätta sig efter i rehabiliteringsärenden. Utifrån ett teoretiskt perspektiv kommer fokus att ligga på hur handläggarnas roll kan förstås. Den kontext, inom vilken den arbetslivsinriktade rehabiliteringen äger rum och Försäkringskassan är en central part, kommer till viss del att beröras och försöka förstås.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet är, att med fokus på Försäkringskassans roll i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, beskriva och analysera spänningen/konflikten mellan yttre krav och faktiska förutsättningar såsom de upplevs av handläggare på två lokalkontor i Skåne.

1. Hur ser handläggarna på sin egen roll i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen avseende förmågan att möta klienternas behov och önskemål?
2. Vilka riktlinjer och målsättningar finns för arbetslivsinriktad rehabilitering inom ramen för Försäkringskassan och i vilken utsträckning upplever handläggarna sig ha tid och resurser att förverkliga målen?
3. Vilken grad av handlingsutrymme upplever sig handläggarna ha i förhållande till det regelverk de har att rätta sig efter, dvs. hur ser handläggarna på sina möjligheter att påverka utgången i enskilda ärenden?

1.3 Metod och urval

Som datainsamlingsmetod har intervjuer varit det självklara valet för denna undersökning. Totalt sex intervjuer har genomförts med fyra utredare respektive två samordnare, jämt fördelade på två försäkringskontor i Skåne.

Då det rör sig om en kvalitativ undersökning har avsikten i första hand varit att få intervjupersonerna att berätta så spontant och öppet som möjligt om vad de upplever vara väsentligt i den egna yrkesrollen. Jag har därför i intervjusituationen försökt ställa så öppna frågor som möjligt. För att få svar på mina frågeställningar har jag ansett det nödvändigt att strukturera mina frågor i ett intervjuformulär, där huvudfrågor och vissa följdfrågor på förhand formulerats. Frågorna har emellertid formulerats om efter intervjueriens gång. I huvudsak har uppsatsens frågeställningar fungerat som utgångspunkt även beträffande det intervjuformulär som använts. Naturligt var att följa frågeformuläret mer strikt under de första

intervjuerna, medan ett flexibla utnyttjande av frågeformuläret kunde uppnås i slutet av intervjuerien.

Tidsmässigt har ca 45-60 min använts per intervju. Intervjuerna ägde rum på de respektive försäkringskontoren. Vid intervjuerna har bandspelare använts efter att samtycke inhämtats av intervjupersonerna. Ett löfte om personlig såväl som kontorsmässig anonymitet har givits till intervjupersonerna.

Vad det gäller intervjupersonerna kan det dock sägas att samtliga har varit anställda på sina nuvarande tjänster mellan två och fyra år. Den utbildningsmässiga bakgrunden varierar bland handläggarna, varav två är jurister, två socionomer, en studie- och yrkesvägledare respektive en personalvetare. Alla intervjupersonerna är kvinnor. Intervjuerna har ägt rum på ett litet och ett stort försäkringskontor.

Varje intervju har skrivits ut i sin helhet. Svaren har därefter bearbetats med utgångspunkt i Burnards (1991) metod för analys av intervjuutskriften i kvalitativ forskning. Modellen innehåller 14 steg där intervjumaterialet tolkas och bearbetas i syfte att hitta mönster och teman i intervju svaren. Jag har dock uteslutit flera steg som jag uppfattat som alltför omständliga. I väsentliga delar har jag följt metoden på följande sätt. Jag har läst igenom intervjuerna några gånger i avsikt att sätta mig in i intervjupersonernas "livssituationer". Anteckningar har gjorts fortlöpande om generella teman i svaren. Jag har därefter försökt föra samman likartade teman i de olika intervjuerna under gemensamma rubriker. Rubrikerna har sedan matchas mot mina frågeställningar osv. Ett klippande och ett klistrande i datorn har sedan lett till att en rad citat från de olika intervjuerna kunnat sammanställas under vissa rubriker, vilka svarat mot mina frågeställningar.

Vad det gäller mitt urval är samtliga handläggare relativt nyanställda. Möjligen kan detta påverka sättet att svara i vissa avseenden, t.ex. vad det gäller benägenheten att tillämpa regelverket strikt. Att handläggare med lång erfarenhet inom samma myndighet ofta har ett friare förhållningssätt till regelverket, lyfts bl.a. fram av Schierenbeck (2003). Detta då graden av erfarenhet påverkar förutsättningarna att kunna motivera besluten.

Det bearbetade empiriska materialet kommer att redovisas i löpande text där lämpliga citat valts ut för att belysa innehållet. Redovisningen begränsas till att omfatta uppgifter som är

relevanta för uppsatsens frågeställningar. I handläggningsprocessen inom Försäkringskassan har utredare och samordnare per definition olika roller och arbetsuppgifter. Dessa skillnader kommer att belysas. I övrigt har jag huvudsakligen valt att betrakta och presentera handläggarnas intervju svar som en helhet, där var och en bidragit med olika aspekter av vad som kan sägas utgöra handläggrollen.

2. Avhandling

2.1 Bakgrundbeskrivning: Försäkringskassans hantering av sjukskrivningsärenden

2.1.1 Sjukpenning och rehabiliteringsersättning

Förutsättningarna för rätten till sjukpenning och rehabiliteringsersättning återfinns i lagen om allmän försäkring (AFL). I AFL finns även bestämmelser vad det gäller ansvarsfördelning vid utredning och behov av rehabilitering. Vem som är försäkrad regleras av socialförsäkringslagen (SofL). Försäkrade är utöver svenska medborgare, även personer som är bosatta i Sverige utan att vara svenska medborgare. (Vägledning 2004:2)

Rätt till sjukpenning förutsätter att man är sjukpenningförsäkrad, dvs. har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) över en viss nivå. Sjukpenning utges till den som är sjukpenningförsäkrad under det akuta sjukdomsskedet men också då utredning sker av rehabiliteringsbehovet samt i allmänhet även under en tid då rehabilitering genomförs. För att ha rätt till sjukpenning gäller att den försäkrades arbetsförmåga ska vara nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Beroende på arbetsförmågans omfattning utges hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels sjukpenning. Det har i samband med lagändringar 1995 och 1997 understrukits att bedömningen av arbetsförmågan ska ske enbart utifrån medicinska skäl och att det i bedömningen således ska bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Rätten till sjukpenning ska prövas i samband med sjukanmälning. (Kompendium, SOL 041)

Under vissa förhållanden kan sjukpenning bytas ut mot rehabiliteringsersättning. I likhet med vad som gäller för sjukpenning, krävs att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel till följd av sjukdom för att denne ska ha rätt till rehabiliteringsersättning. Vidare gäller att ersättningen utges när den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad – ej medicinsk – rehabilitering. Syftet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ska vara att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Prövning av rätten till rehabiliteringsersättning sker efter ansökan från den försäkrade. Ersättningen består dels av rehabiliteringspenning, som är lika stor som sjukpenning och utges i den utsträckning som den försäkrade är förhindrad att arbeta till följd av rehabiliteringsåtgärd, och dels av särskilt bidrag, som kan utges för merkostnader för t.ex. avgifter, läromedel, material, boende och resekostnader. Under rehabiliteringsperioden betalas rehabiliteringsersättning ut i maximalt ett år. (Kompendium, SOL 041)

Försäkrade för rehabilitering är, enligt socialförsäkringslagen (SofL), såväl den som är bosatt i Sverige utan att arbeta, som den som arbetar i landet. Försäkringsskyddet för personer som är bosatta men inte arbetar i Sverige gäller dels rehabilitering enligt 22 kap AFL, dvs. samordning av rehabilitering och dels rehabiliteringsersättning i form av särskilt bidrag. För den som arbetar i Sverige och har en SGI över en viss nivå omfattar försäkringen även rätt till rehabiliteringsersättning i form av rehabiliteringspenning. (Vägledning 2004:2)

2.1.2 Ärendegång och rehabiliteringsåtgärder

Enligt 22 kap AFL ska Försäkringskassan under tiden sjukpenning utbetalas också utreda behovet av rehabilitering. Har den försäkrade en anställning har emellertid arbetsgivaren enligt arbetsmiljölagen det primära ansvaret att utreda rehabiliteringsbehovet, samt vidta och bekosta de åtgärder som behövs. (Kompendium, SOL 041) I arbetsmiljölagen (3 kap 2a§) sägs att:

Arbetsgivaren ska se till att det i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

På motsvarande sätt anges i AFL (22 kap 3§) att:

Den försäkrades arbetsgivare ska svara för att behovet av rehabilitering kartläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas.

Lagarnas allmänna formuleringar anger dock inte hur verksamheten ska ordnas, vilket i praktiken innebär att det saknas sanktioner mot företag/arbetsgivare som inte har organiserat någon specifik verksamhet för rehabilitering. (Eklund, Lindwall & Marklund, 2005) Vad det gäller utredning av rehabiliteringsbehovet har dock arbetsgivaren skyldighet att inom fyra veckor påbörja och inom åtta veckor inkomma med en rehabiliteringsutredning till Försäkringskassan. Ansvaret för rehabiliteringsutredningen kan övertas av Försäkringskassan om det finns skäl till det, vilket sker då den försäkrade saknar arbetsgivare. (Kompendium, SOL 041)

Försäkringskassan har ansvar för samordning och tillsyn av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Försäkringskassan ska också, om den försäkrade medger det, samverka med andra berörda aktörer som t.ex. arbetsgivare, arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvård, socialtjänst, och arbetsförmedling och följa upp att nödvändiga åtgärder vidtas. De planerade åtgärderna ska av Försäkringskassan föras in i en rehabiliteringsplan som utgår från den försäkrades individuella förutsättningar och behov. Rehabiliteringsplanen ska så långt som möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. (Kompendium, SOL 041)

Handläggningen av sjukpenningärenden inom Försäkringskassan sker enligt den s.k. stegför-steg-modellen. De olika stegen utgör en prioriteringsordning för vad handläggarna har att ta ställning till i ärendehandläggningen, där också frågan om rehabilitering aktualiseras i olika skeden. Det första ställningstagandet gäller huruvida den som är sjukskriven efter en viss konvalescens/medicinsk behandling kan återgå i tidigare arbete (steg 1). Om så inte är fallet och då det rör sig om personer som är anställda, gäller för handläggarna att uppmärksamma huruvida arbetsplatsen kan anpassas (steg 2). I annat fall ska handläggarna beakta huruvida omplacering hos arbetsgivaren är möjlig, antingen direkt (steg 3) eller efter rehabilitering/utbildning (steg 4). Om dessa möjligheter har uttömts, alternativt om det rör sig om arbetslösa ska handläggarna ta ställning till om den försäkrade kan klara av ett annat normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden, antingen direkt (steg 5) eller efter rehabilitering/utbildning (steg 6). I sista hand ska handläggarna ta ställning till om den försäkrade varaktigt eller för minst ett år är oförmögen (steg 7). Om så är fallet blir det istället

aktuellt att pröva om sjukpenning ska bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning. (Vägledning 2004:2)

Försäkringskassan rehabiliterar ingen inom ramen för den egna verksamheten. För att utreda förutsättningarna för rehabilitering eller för att få till stånd direkta rehabiliteringsåtgärder har dock Försäkringskassan särskilda medel för att köpa tjänster. Tjänsterna tillhandahålls av oberoende producenter, dvs. olika företag, som specialiserat sig på utredningar och rehabiliteringsåtgärder. (Eklund, Lindwall & Marklund, 2005) Dessa tjänster ska vara av arbetslivsinriktad, ej medicinsk, karaktär.

Vad det gäller utredningstjänster kan dessa köpas om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel och då bedömning görs att rehabilitering troligtvis kommer att behövas. Utredningstjänsterna ska syfta till att ge handläggarna svar på vissa, på förhand ställda frågor, avseende t.ex. den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av eller möjligheter till rehabilitering. Ett exempel på en utredningstjänst är arbetsprövning. Arbetsprövningen består i att den försäkrade får pröva konkreta arbetsuppgifter som en förberedelse inför eventuell planering av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Vad det gäller arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder², åsyftas åtgärder som behövs för att en försäkrad som har arbetsförmågan nedsatt på grund av sjukdom ska kunna få eller behålla ett arbete. Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder kan vara arbetsträning eller utbildning. I enlighet med den ovan beskrivna steg-för-steg-modellen kan avsikten vara att göra den försäkrade rustad att kunna klara sitt vanliga arbete eller ett annat lämpligt arbete hos arbetsgivaren. Åtgärderna kan också syfta till att ge den försäkrade möjligheter att klara ett annat lämpligt arbete på arbetsmarknaden.³ Arbetsträning innebär att den försäkrade tränar upp sin förmåga att utföra en viss arbetsuppgift, vilket kan ske både hos den egna arbetsgivaren eller hos en annan arbetsgivare. Vidare kan arbetsträning kombineras med andra åtgärder som införskaffandet av arbetshjälpmiddel, anpassning av arbetsuppgifter eller arbetstider. I Försäkringskassans riktlinjer betonas dock att det ska i första hand ska övervägas om den försäkrade kan återgå successivt till arbete genom deltidsjukskrivning, innan arbetsträning är aktuell. (Vägledning 2004:2) Även utbildning som sker utanför det ordinarie

² Dessa åtgärder benämns i allmänhet också som s.k. aktiva åtgärder.

³ Jfr. steg 2, 4 respektive 6.

skolväsendet kan vara en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd, t.ex. utbildning vid AMU. (Kompendium, SOL 041)

Försäkringskassans särskilda medel för köp av tjänster ska, enligt gällande riktlinjer, i första hand användas för utredningar. Finansiering av aktiva rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till arbetsplatsen räknas främst som arbetsgivarens ansvar. Vidare ska de särskilda medlen inte användas för köp av aktiva rehabiliteringsinsatser för sjukskrivna som är arbetslösa. I det senare fallet ska Arbetsförmedlingen stå för finansieringen.⁴ Försäkringskassan kan dock välja att köpa in arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster om andra parter inte står för finansieringen. (Vägledning 2004:2)

En väsentlig uppgift som ingår i försäkringskassans roll i rehabiliteringen är att kalla till s.k. avstämningsmöten. Dessa möten kan ske under olika skeden i ett ärende och består i att den försäkrade, Försäkringskassan och ytterligare minst en part som har inflytande över den försäkrades situation träffas för att diskutera olika frågor som berör rehabiliteringen. Den behandlande läkaren, arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen är exempel på parter som kan delta i avstämningsmötena. (Vägledning 2004:2)

2.1.3 Handläggare med olika roller⁵

En omfattande organisationsförändring sker för närvarande av Försäkringskassan i Skåne, som sannolikt kommer att få till följd att uppdelningen av handläggarna i utredare och samordnare kommer att försvinna. I nuläget är emellertid handläggarnas roller (något förenklat) uppdelade enligt följande.

Utredarna har hand om ärendena under det första skedet och bedömer bl.a. rätten till sjukpenning och utreder behovet av rehabilitering. Inom Försäkringskassan har de senaste åren en ny arbetsmetod, Strukturerad arbetsmetodik för sjukfallsutredning och samordnad Rehabilitering (SASSAM), börjat användas. En tanke med arbetsmetoden är att handläggarna bättre ska kunna stödja individen i att själv ta ansvar för sin rehabilitering. Vid varje nybesök

⁴ Inom sina respektive ansvarsområden ansvarar olika myndigheter för att rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd, vilket även inkluderar att stå för de tillhörande kostnaderna. (Vägledning 2004:2)

⁵ Avsnittet bygger på de faktiska förutsättningar som råder på de två försäkringskontoren för den här undersökningen, utifrån vad som framkommer i intervjuvaren.

ingår det i utredarnas arbetsuppgifter att göra en s.k. SASSAM – karta, där hinder såväl som resurser respektive grad av motivation kartläggs tillsammans med den försäkrade. (<http://www.sassam.net/>) SASSAM – kartan utgör tillika Försäkringskassans rehabiliteringsutredning då den försäkrade saknar arbetsgivare. Visar det sig att en person utan rehabiliteringsåtgärder successivt kan återgå i arbete efter en tids sjukskrivning behåller utredarna ärendet. I utredarrollen ingår bl.a. att ta de första kontakterna med arbetsgivare och kalla till ett första avstämningsmöte. Gör utredaren bedömningen att aktiva rehabiliteringsåtgärder är aktuella lämnas ärendet över till samordnarna. De senare beslutar om rehabiliteringsersättning, beviljar och ansvarar för att planera och samordna de insatser som krävs för att en person ska kunna återgå i arbete. På de två aktuella kontoren har utredarna endast befogenheter att köpa tjänster för utredning av den försäkrades arbetsförmåga, t.ex. arbetsprövning, medan samordnarna även får köpa aktiva rehabiliteringstjänster, t.ex. arbetsträning. Man kan således skilja på ett utredande moment, för vilket utredarna huvudsakligen ansvarar, och ett mer aktivt åtgärdande moment, för vilket samordnarna ansvarar.

I ärenden som berör arbetslösa är Arbetsförmedlingen den främsta samarbetsparten. Under den mer aktiva rehabiliteringsfasen, då samordnarna har hand om ärendena, finns ett särskilt samverkansprojekt mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. I samverkansprojektet arbetar Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen parallellt under en viss tid, då man bl.a. har gemensamma träffar med den försäkrade för att möjliggöra en mjukare övergång mellan myndigheterna.

En viktig avgränsning är den mellan medicinsk rehabilitering, för vilken sjukvården ansvarar, och arbetslivsinriktade åtgärder, såsom arbetsprövning, arbetsträning eller vissa utbildningar. En person som är sjukskriven kan t.ex. genomgå medicinsk rehabilitering under tiden utredaren har hand om ärendet, dvs. under utredningsfasen, men bör vara relativt färdigbehandlad för att aktiva arbetslivsinriktade åtgärder ska bli aktuella, dvs. då samordnarna tar över ärendet.

Handläggarnas roller i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen beror också på om den försäkrade har anställning eller är arbetslös. På de två aktuella försäkringskontoren, har det större kontoret uppdelningen, att handläggarna antingen arbetar med arbetslösa eller anställda, medan handläggarna på det mindre kontoret arbetar med båda kategorierna.

2.2 Teori och tidigare forskning

Termen ”street-level bureaucrats” introducerades av Michael Lipsky för att definiera det lägsta skiktet av tjänstemän inom den offentliga byråkratin, dvs. de byråkrater som ska verkställa vad politiker och högre myndigheter beslutat om. Dessa tjänstemän definieras enligt två kategorier: dels genom att de i sitt arbete har direkt kontakt med medborgarna och dels genom att de har en avsevärd handlingsfrihet i utförandet av arbetsuppgifterna. Det är enligt detta perspektiv först i mötet mellan klienten och tjänstemannen som reformpolitiken i fråga får konkret innehåll. (Johansson, 1992)

Vad det gäller frontlinjebyråkraternas⁶ situation har denna förändrats i takt med att den svenska välfärdsstaten de senaste årtiondena har genomgått betydande förändringar. (Schierenbeck, 2003) En tidigare tilltro till central styrning och detaljplanerade lösningar har ersatts av decentralisering, dvs. förflyttning av besluts- och handlingskompetens från högre till lägre hierarkiska nivåer. Ramlagar, dvs. lagar som innehåller mer allmänt hållna principer, riktlinjer och mål, har delvis ersatt mer detaljerad lagstiftning. Statsstyrningen har gått från att på 1960-talet handla om detaljerad förhandsplanering till att idag handla mer om utvärdering och uppföljning, dvs. styrning i efterhand. Lindqvist & Borell (1998) skriver att:

...den centrala staten söker inte längre primärt kontrollera efterlevnaden av detaljerade regler, men förbehåller sig samtidigt rätten att efter hand korrigera den kurs som underordnade enheter och organ har allt större frihet att själva staka ut.” (s.10)

Enligt Schierenbeck (2003) har ett ökat handlingsutrymme på de lägre nivåerna inom förvaltningen lett till att det i allt större utsträckning är frontlinjebyråkraterna som utformar den faktiska politiken. Ett led i detta är att välfärdslösningar i större utsträckning behovsprövas. Frontlinjebyråkraternas roll kompliceras av att de dels ska följa regelverket, dels vara lojala mot organisationen och dels visa klienterna hänsyn. En avvägning mellan dessa tre aspekter måste ibland göras av den enskilde tjänstemannen utifrån vad som uppfattas som viktigast i respektive ärende. I denna avvägning ligger handlingsfriheten, enligt Schierenbeck. Vidare leder ett överskott av arbetsuppgifter till att tjänstemännen tvingas

⁶ Som svensk översättning av street-level bureaucrat brukar även gräsrotsbyråkrat, närbyråkrat etc. förekomma. Här används endast frontlinjebyråkrat.

rutinanpassa sitt arbete och göra prioriteringar genom att ge mer tid åt vissa fall osv. (Sannerstedt, 2001)

Frontlinjebyråkraterna ska ta hänsyn till den enskilda klientens önskemål samt behov och har kunskap om de organisatoriska möjligheter som står till buds för detta ändamål. Å andra sidan innebär byråkratins väsen att varje individ måste omvandlas till ett fall som går att hantera inom ramen för organisationen. Avseende måste därmed fästas vid sådana egenskaper som har att göra med det myndighetsuppdrag som organisationen har att utföra. Relationen mellan frontlinjebyråkrat och klient är därför av dubbel karaktär, dels mellan två människor och dels mellan klient och organisation. (Schierenbeck, 2003)

Schierenbeck poängterar att de beslut som fattas i myndighetsutövningen till stor del bygger på det informationsutbyte som sker i mötet mellan frontlinjebyråkrat och klient. Mötet har således en avgörande betydelse i handläggningen av ett ärende. Utfallet i handläggningen påverkas av hur väl frontlinjebyråkraten förstår klientens behov och situation. En gemensam förståelsevärld mellan klient och tjänsteman är avgörande för huruvida handläggningen blir rättvis. Vidare, menar Schierenbeck, påverkar även klientens förmåga att orientera sig och ta för sig i myndighetssammanhang utfallet. (Schierenbeck, 2003)

Enligt Schierenbeck finns det ett mer eller mindre stort handlingsutrymme i anslutning till regelverket för att möjliggöra ett hänsynstagande till klientens specifika situation. Handlingsutrymmet leder till att en tolkningspraxis utarbetas av den enskilde handläggaren, alternativt inom hela, eller delar av ett kontor. Tolkningspraxis behöver inte stå i konflikt med regelverket men kan innebära att frontlinjebyråkraten eller kontoret väljer att frångå regelverket eller centrala riktlinjer i en särskild fråga. Viktigt att komma ihåg är, enligt Schierenbeck, att handlingsutrymmet i sig inte ger legitimitet åt myndighetsutövandet i det enskilda fallet, utan snarare bör ses som ett neutralt begrepp. Byråkratins behov av legitimitet är emellertid nödvändig att sätta i relation till handlingsutrymmet. En strikt regeltillämpning har för myndigheter en legitimitetsgrund i att det medför rättssäkerhet och likabehandling av klienterna, vilket kan ses som ett skydd för svaga grupper i samhället. Å andra sidan kan en strikt regeltillämpning generera stelbenthet och rigiditet. En flexibel regeltillämpning ökar möjligheterna för individuella situationsbedömningar och har sin legitimitetsgrund i den service och det bemötande klienter får i mötet med myndigheten. Risken med den flexibla

regeltillämpningen är dock att rättssäkerheten försvagas genom att klienter behandlas godtyckligt. (Schierenbeck, 2003)

Schierenbeck pekar på att det inte finns någon enkel lösning på förhållandet mellan likabehandling och individuella hänsynstaganden. Förhållandet kompliceras främst då klientens behov inte stämmer överens med organisationens målsättning, eller då en gemensam förståelsevärld saknas mellan klienten och tjänstemannen. Frontlinjebyråkraten kan rättfärdiga sitt handlande i enskilda fall antingen genom att hävda att han eller hon följt regelverket och gällande praxis av rättviseskäl eller genom att hänvisa till den individuella bedömning som den enskilde handläggaren förutsätts göra. Utifrån tillämpning och syn på regelverket delar Schierenbeck in handläggarna i två kategorier. Dels finns handläggare som är flexibla i tillämpningen, som upplever handlingsutrymmet som avgörande och relativt oproblemiskt för myndighetsutövningen, vilka också lägger stor vikt vid att tolka och motivera besluten. Dels finns handläggare som är strikta i tillämpningen, som upplever handlingsutrymmet som problematiskt och använder detta i begränsad utsträckning. Inom den senare kategorin betonas att handläggningen ska vara korrekt och rättvis. Schierenbeck pekar också på att myndighetsutövningen ofta tenderar att skilja sig åt inom en och samma myndighet. (Schierenbeck, 2003)

Det finns således med nödvändighet ett handlingsutrymme i frontlinjebyråkraternas yrkesroll. Det grundläggande problemet för statsmakterna är att detta handlingsutrymme inte går att kontrollera då inget fall är det andra likt. Detta kan kopplas till det s.k. implementeringsproblemet, som innebär att politiska beslut inte genomförs som beslutsfattarna vill. Att frontlinjebyråkraterna själva utformar den offentliga politiken gäller dock framför allt innehållet i verksamheten. Goda möjligheter finns för de politiska beslutsfattarna att påverka förutsättningarna för verksamheten genom indirekt styrning. Detta kan exempelvis ske genom beslut om hur en verksamhet ska organiseras, genom tilldelning av resurser i form av pengar, tjänster, lokaler, utrustning samt genom beslut som rör utbildning och lönesättning. Vad det gäller styrning är Lipskys teori om frontlinjebyråkrater dock ett tydligt exempel på ett bottom-up perspektiv som tar sin utgångspunkt i den situation där offentliga tjänster överlämnas till klienter, försäkrade etc., istället för att fokusera på en styrningskedja med auktoritativa beslut i organisationens topp som utgångspunkt. (Sannerstedt, 2001)

Arbetslivsinriktad rehabilitering är en komplex företeelse som berör flera olika parter. Trots att denna undersökning utgår från Försäkringskassans roll kan det vara av intresse att försöka sätta in arbetslivsinriktad rehabilitering i ett större sammanhang.

Lindqvist (1998) pekar på att arbetslivsinriktad rehabilitering, av politiker och organisationsföreträdare, vanligtvis formuleras i termer av en ny arbetslinje. Denna har sitt ursprung i den allmänt vedertagna uppfattningen om att det är bättre att folk sätts i arbete och därmed försörjer sig själva än att kontanta ersättningar utbetalas. Som ideologisk princip består arbetslinjen av två element: dels av skyldigheten att försörja sig själv och sina närstående och dels av rätten till arbete. Var tyngdpunkten ska ligga har varierat genom årens lopp. Dock, skriver Lindqvist, att: ”båda dessa inslag är djupt förankrade i de nyckelsituationer som finns på arbetslivets och socialpolitikens område”. (Lindqvist, 1998, s.85-86) Det är Försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheterna och i viss mån socialtjänsten som är de viktigaste organisationerna som tillämpar arbetslinjen. Tydligare än förut, menar Lindqvist, betonas i den nya arbetslinjen krav på aktiva insatser och skärpt arbetsmoral. Samtidigt har färre arbetstillfällen, snävare kriterier och hårdare prövning inom respektive bidragssystem lett till att många fått svårare att klara sin försörjning och komma tillbaka till arbete. Krav ställs på att de organisationer som ska tillämpa arbetslinjen måste samarbeta bättre för att få de totala resurserna att räcka till samt att behandla klienterna på ett smidigare sätt. Samarbetet försvåras, enligt Lindqvist, av att varje välfärdssektor blivit allt mer renodlad med allt distinktare gränser vad det gäller ansvar och arbetsuppgifter.

Konkreta organisationer som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen etc. måste, enligt Lindqvists resonemang, ses som ”djupt inbäddade i större institutionella⁷ system”. (s.101) Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, menar Lindqvist, äger rum i skärningspunkten mellan tre institutionella sektorer, inom vilka flera organisationer med olika intressen ingår. Dessa sektorer, präglas av olika drivkrafter/logiker, styrningsformer, regler och procedurer. De tre sektorerna utgörs dels av den medicinska sektorn med organisationer som vårdcentraler sjukhus etc., dels av den välfärdsbyråkratiska som innefattar myndigheter som har att tillämpa arbetslinjen, t.ex. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, och slutligen produktionssektorn som består av privata och offentliga arbetsgivare.

⁷ Institutioner definieras i Lindqvists redogörelse som kognitiva, normativa och reglerande strukturer och aktiviteter som ger stabilitet och mening åt det sociala handlandet. Vidare bärs institutioner fram av rutiner av

Den medicinska sektorns logik är den professionella kunskapens, där medicinska ställningstaganden förväntas bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt denna logik har den medicinska professionen autonomi och legitimitet att ställa diagnoser och fatta beslut om behandling och vårdinsatser, något andra sedan har att rätta sig efter. Lindqvist pekar på en process där medicinska beslut i allt högre grad har kommit att styra administrativa och socialpolitiska förhållanden, t.ex. rätten till ersättning i olika former. Parallellt med välfärdsstatens expansion har en medikalisering av en rad personliga och sociala förhållanden ägt rum. Läkarkåren har monopol på sjukdomsbegreppet och rätten att bedöma hur sjukdomsbesvären nedsätter arbetsförmågan. Diagnostiseringen utgör en inkörsport till sjukförsäkringssystemet, inom vilket strikta krav ställs på att enbart medicinska skäl får ligga till grund för sjukskrivning. Diagnostiseringen bestämmer också i hög grad hur rehabiliteringen gestaltar sig. Ett grundläggande problem gäller dock svårigheten att ställa rätt diagnos då det rör sig om diffusa problem. Diagnoser ska vidare passa in i Försäkringskassans bedömningssystem. De olika ambitioner som råder inom sjukvården respektive Försäkringskassan, läkarnas bristfälliga kunskaper om vilka krav som ställs på patienten i yrkeslivet och dennes lojalitet mot patienterna kan leda till problem i samarbetet samt att sociala besvär tenderar att tolkas i medicinska termer. Lindqvist pekar dock på att försäkringsläkaren⁸ har en viktig funktion i att överbrygga skilda synsätt/logiker inom de två olika sektorerna.

Enligt Lindqvist kan arbetslinjen ses som en motkraft till det medicinska inflytandet över administrativa och socialpolitiska förhållanden. Den logik som är rådande inom den välfärdsbyråkratiska sektorn går ut på att fokusera på faktorer som kan hjälpa människor att hålla sig friska. I jämförelse med medicinen som samhällelig institution finns inte alls samma mått av vetenskaplig och beprövad kunskap att tillgå utan handläggarna är i högre grad än läkarna hänvisade till trial and error – metoden där lag och regeltolkning ingår i kombination med förhandlingar med andra aktörer. Organisationerna som har att tillämpa arbetslinjen måste på olika sätt inordna individuella behov i rutiner och procedurer som går att förena med myndighetens legala uppdrag. Att handläggarna dels ska ge varje individ adekvat service samtidigt som de förväntas följa byråkratins fastställda rutiner och krav på effektivitet gör att

olika slag samt av kulturella och strukturella medel. Institutioner verkar även på olika nivåer av rättssystemet. (Lindqvist, 1998)

handläggarna befinner sig i ett dilemma. Trots att arbetsrutiner kan standardiseras och ärenden behandlas rutinmässigt står de tjänstemän som kommer i direktkontakt med klienter inför ett stort tryck att individualisera kontakten. Med denna utgångspunkt har ofta handläggarna anledning att markera plikten att försörja sig själv genom lönearbete och viljan att återfå arbetsförmågan, menar Lindqvist.

Vinstmotiv och kostnadseffektivitet är drivkraften inom produktionssfären. Arbetsgivare har ansvar för arbetsmiljö respektive rehabilitering av sina anställda. Samtidigt kan den enskildes anspråk på trygga och stabila anställningsavtal lätt hamna i konflikt med de övergripande målen för verksamheten då krav samtidigt ställs på företagen att anpassa sig till skiftande efterfrågan på marknaden. Socialförsäkringssystemen, speciellt om dessa innehåller för generösa bidragssystem, kan också användas som exit-möjligheter för anställda som arbetsgivare inte kan eller vill ha kvar. För Försäkringskassan kan det då vara svårt att i samarbete med företagen upprätthålla en arbetslinje. (Lindqvist, 1998)

Mellan olika organisationer kan domänanspråk uppstå, vilket innebär att organisationer tävlar om att få ha hand om eller slippa utföra vissa uppgifter. Centralt att beakta, inte minst vad det gäller samarbetet kring arbetslivsinriktad rehabilitering, är enligt Lindqvist, huruvida konsensus råder om vad som ingår i respektive organisations domän.⁹ (Lindqvist, 1998)

2.3 Resultat av intervjuer med handläggare på Försäkringskassan

I följande avsnitt kommer resultatet av de sex intervjuerna med handläggare på Försäkringskassan att redovisas. Citat från intervjuerna redovisas med löpande i texten, där följande förkortningar, U = utredare, respektive S = samordnare, används som citatkällor. Intervjupersonerna numreras också t.ex. U1 eller S2, för att göra framställningen mer överskådlig.

⁸ Dvs. en särskild läkare som på uppdrag av Försäkringskassan konsulterar handläggarna i medicinska frågor. Försäkringsläkaren har ingen kontakt med försäkrade.

⁹ En organisations domän utgörs av de anspråk denna har gällande att förse en viss del av befolkningen med varor och tjänster. (Lindqvist, 1998)

2.3.1 Handläggarnas upplevelse av den egna rollen respektive förmågan att tillgodose klienternas behov

2.3.1.1 Inget direkt rehabiliteringsansvar

Försäkringskassan har, vilket poängteras av samtliga handläggare, inget ansvar för själva utförandet av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Vad som avses med rehabiliteringsåtgärder är t.ex. tjänster som tillhandahålls av utomstående producenter, inom kommunen eller åtgärder som sker på arbetsplatsen, i form av arbetsträning, arbetsplatsanpassning etc. I strikt mening har Försäkringskassan således inget rehabiliteringsansvar. Att handläggarna på Försäkringskassan däremot har en viktig roll i att på olika sätt hjälpa den enskilde att hitta en väg till självförsörjande förnekas inte av handläggarna. Vidare pekar flera av intervjupersonerna på att insatser i sig inte behöver vara avgörande för att nå ett lyckat resultat.

...rehabiliteringen är ju en del av processen liksom... och just rehabilitering i form av insatser är ju också bara en del... i de flesta fall så löser det sig ändå... men det innebär inte att man inte behöver ha möten för det... eller att man inte behöver ha planeringar, men man behöver inte gå in med extra insatser /.../ Det blir ju mer sällsynt att man går in med insatser om man säger så.. men jag tycker att rehabilitering är ett större begrepp... jag tycker att det egentligen är rehabilitering om vi har ett möte (U3)

Helt givet är inte huruvida de utredningstjänster som köps in är att betrakta som rehabiliteringsåtgärder. I intervjusvaren benämns ofta den senare fasen i ärendet, den som samordnarna ansvarar för, som den egentliga rehabiliteringsfasen. Därtill avses de s.k. aktiva åtgärderna som arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Att även utredningsfasen/utredningstjänsterna innehåller rehabiliterande moment är dock flera handläggare överens om.

...vi skiljer ju på utredning och aktiva insatser... då har vi vår uppdelning på utredare och samordnare /.../ så vad jag köper in är ju utredningstjänster... det är ju en form av rehabilitering man får på köpet, men det är inte det som är syftet med det, utan det är en utredning för att se om de kan gå vidare och hur arbetsgivaren kan anpassa arbetsplatsen... eller vad egentligen alla runt den sjukskrivne kan göra för att underlätta för att personen ska kunna komma tillbaka (U4)

samordnarna planerar och genomför, vi utreder... men i vår utredning är det mycket rehabilitering också.. men den rehabiliteringen är ju väldigt mycket baserad på arbetsgivarens goda vilja... för att jag kan ju mycket väl ha en försäkrad hos mig som jag rehabiliterar tillbaka genom att personen i fråga är på sin arbetsplats och arbetstränar och byter ut det mot lön, och så arbetstränar den lite till, och byter ut det ytterligare mot lön... så då hamnar det inte ens hos samordnaren (U2)

Att mindre kostsamma lösningar t.ex. i form av att den sjukskrivne blir mer delaktig i planeringen på arbetsplatsen, kan vara väl så effektiva som att köpa in arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, uttrycks av flera handläggare. Alternativa lösningar är ofta mer tidskrävande än att köpa in tjänster, vilket uttrycks i följande citat.

...förutsättningen för att ett ärende ska bli lyckat, det är inte att vi köper en massa tjänster, kan jag tycka... ibland är det befogat och ibland är det kanske enda lösningen att köpa någon tjänst... men att hitta lösningar hos den enskilde själv, lösningar som kanske inte kostar så mycket kan vara väl så framgångsrikt /.../ sen har vi ju begränsade resurser så att det tar mer tid från oss när vi själva ska hitta lösningar, istället för att lägga ut det kanske på en producent som vi brukar använda (S2)

2.3.1.2 Viktiga funktioner och egenskaper i rollen

Handläggarna ska bedöma arbetsförmågan och ta ställning till ersättningsrätt respektive rehabiliteringsbehov, dvs. administrera försäkringen.

...vår absolut största roll är att se till att de (försäkrade) får rätt ersättning och att de får den ersättningen i tid... det är ju deras försörjningskälla och det gäller verkligen att de får rätt ersättning, att de få det de är berättigade... men att det också utreds grundligt (U2)

Samtidigt innebär det faktum att handläggarna träffar klienter, att det i yrkesrollen ryms en potential att vara ett stöd för den enskilde i rehabiliteringsprocessen. Handläggjarrollen är således komplex.

Att vara sjukskriven under en längre period är på många sätt påfrestande för individen. Som handläggare kan det därför vara betydelsefullt att om möjligt ta sig tid att lyssna på klienterna. Att vara ett känslomässigt stöd i rehabiliteringsprocessen kan således vara ett inslag i handläggjarrollen. Detta lyfts fram av en handläggare i följande citat, som också pekar på balansgången mellan myndighetsrollen och den stödjande rollen.

...många av de här som är sjukskrivna och som har varit långtidssjukskrivna befinner sig i en situation där de möter väldigt mycket oförstående från omgivningen och där man skäms för sin situation och kallar sig för andra gradens medborgare... och många har kanske bara mig... så om de vågar öppna upp sig till mig och om det betyder att jag måste ta 30 minuter av min arbetstid och göra det så vet jag att i det långa loppet så tjänar jag på det... för känner (klienterna) att jag har en förståelse för deras situation så är det ju också lättare för dem att komma vidare... det betyder inte att jag får glömma min roll som tjänsteman och att jag fortfarande har lagen, socialförsäkringslagen är fortfarande min bibel... och det är en balansgång där när man ska sätta lite press på den enskilde individen att de faktiskt får ta ansvar, för det är viktigt att de klarar sig... de kan inte sitta på en stol på Försäkringskassan och tro att vi ska servera allt på ett silverfat för det gör vi inte, vi ställer krav och förväntar oss att man tar ansvar för sitt eget liv också... så att det är ju en balansgång (U2)

Graden av engagemang för klienterna avgör, enligt samma handläggare, till viss del hur stor rollen blir i rehabiliteringsprocessen.

Alltså vi har ju en väldigt stor roll... men den rollen varierar också från handläggare till handläggare beroende på hur man själv ser på sin egen roll, så det är väldigt olika... vissa har väldigt stort engagemang i den enskilde individen och andra har... ett annat förhållningssätt... men för den enskilde individen så har vi väldigt stor betydelse (U2)

Förutom att vara ett stöd i enskilda möten med klienter är handläggarna ett stöd för klienterna i kontakten med andra parter, t.ex. läkare, arbetsgivare och arbetsförmedling. Försäkringskassan har ett samordningsansvar när det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Mer konkret kan detta ansvar handla om att t.ex. kalla till möten, driva på för att andra parter ska ta sitt ansvar, se till att klienter inte faller mellan stolarna hos olika myndigheter samt att utifrån klientens motivation och behov fånga upp de stödjande insatser som finns inom räckhåll i det enskilda ärendet. Flexibilitet och kunskap om andra aktörer inom kommunen är därför viktig för att rehabiliteringen ska bli adekvat till den enskilde individen.

...inte ett (ärende) är det andra likt... och det betyder att man måste vara uppfinningsrik och flexibel... men man måste också veta vilka vägar man ska ta och vem man ska kontakta... (U2)

Skickar inte arbetsgivaren in sin rehavutredning så är det ju vi som skickar påminnelse om den... vi samlar ihop liksom... och ser till ibland att det händer någonting i rehabiliteringen i fall arbetsgivaren inte gör som de ska /.../ det är ju en hel del som är sjukskrivna på grund av arbetsplatskonflikter... då ser man ju till att kalla till möte och inhämta mer information och ser till att det blir en lösning på det... och där kan ju Försäkringskassan vara till stor hjälp för den som är utsatt... och ibland så kan man ju använda sjukpenningen som påtryckningsmedel, - här är (arbetsförmågan) inte nedsatt

på grund av sjukdom, utan det är på grund av arbetsplatskonflikter, det få ni lösa här... så att man ser till att det händer saker och ting (U3)

...finns det fysiska förutsättningar, motivation och stödjande insatser från olika... då brukar det bli lyckat, då brukar det bli bra... men där gäller det ju att fånga upp... vi vet var vi kan vända oss för att hitta precis rätt saker, för att den försäkrade ska få en så lätt väg som möjligt /.../ vi försöker sy ihop en lösning med samhällets olika resurser för att den enskilde ska kunna komma ut, så fort som möjligt (S2)

Att den sjukskrivne är redo för en viss åtgärd är avgörande för utgången i ett ärende. Lyhördhet är en viktig egenskap i handläggjarrollen för att kunna ta reda på var en person befinner sig, t.ex. i fråga om motivation. Det är också viktigt att tydliggöra snarare än att ignorera eventuella hinder i klienternas motivation, samt i vissa fall att peppa och motivera. Följande citat visar på betydelsen av en konstruktiv kommunikation och relation mellan handläggare och klient. Detta i bemärkelsen att ju större förståelse handläggaren får för klientens situation, desto större är möjligheterna att finna adekvata lösningar för den enskilde.

...det handlar rätt så mycket, tycker jag, om att lära sig att få kläm på var de är i processen och inte ta någonting för givet... jag kan ha en person som på pappret ska vara redo för arbetslivsinriktad rehabilitering, men när jag träffar personen så upptäcker jag att den är ju inte alls där, på grund av massor av olika skäl... och då blir det ju inget bra resultat av att stoppa in en person för tidigt, alltså det hjälper liksom inte, det är min erfarenhet...många är ju rädda och osäkra och har dåligt självförtroende, det är man van vid... att man måste peppa och få dem att våga pröva... men också.. jag tror, att lära sig lite att känna var de är någonstans och ta upp det och lägga det på bordet på något sätt, för det är bättre att prata om det än att låsas som om allting är okej (S1)

Ett visst mått av motivationsarbete förekommer således i handläggjarrollen. I vissa lägen kan det också vara befogat att sätta lite press på klienterna. Det måste dock finnas en vilja att komma vidare hos klienten.

...vi kan ju tvinga personen till vissa saker, erinra dem, att om du inte gör detta har du inte rätt till ersättning... och det är klart, det måste man göra ibland, till exempel att de måste gå på viss bedömning av en läkare /.../ det kan ju vara så ibland att läkaren bedömer att nu måste han komma igång, nu kan inte jag göra något mer liksom rent medicinskt... då får man ju träffa dem ihop med läkaren och till slut så kommer vi ofta till ett ställningstagande... och då kan ju ofta läkaren säga att, - nämen jag sjukskriver inte dig längre om inte du ställer upp på det här så att säga, jag kan sjukskriva dig ett tag till om du går rehabilitering via Försäkringskassan (S1)

Försäkringskassan ska inom ett år efter det att en person beviljats sjukpenning pröva om sjukpenningen ska bytas ut mot sjukersättning, vilket är en betydligt lägre ersättning. En

handläggare tar upp detta som en faktor som ibland kan göra klienter motiverade att komma igång med rehabiliteringsåtgärder.

...ibland är det ju först när man pratar om det som en del blir motiverade också (skratt)...(U3)

Som myndighetspersoner har handläggarna vissa regler att förhålla sig till. Flera intervjupersoner pekar på vikten av att vara tydlig och tidigt informera om vad som gäller i handläggningen. Viktig information kan t.ex. röra ansvarsfördelning mellan olika parter i rehabiliteringsprocessen, hur bedömningar sker enligt stegmodellen samt hur Försäkringskassan tolkar arbetsförmågan. Vidare kan information och tydlighet bidra till att skapa förtroende gentemot klienterna samt leda till ökad samarbetsvilja hos dessa.

...det är väldigt viktigt att kunna jobba upp ett förtroende och att man är tydlig med vad det är som gäller... har man varit tydlig med det hela vägen så kan man ju ändå ha en bra relation, även om den personen får ett negativt beslut (S2)

Framförallt så tycker jag att det handlar mycket om att ta kontakt med dem tidigt och informera dem om vad som gäller... om deras rättigheter och skyldigheter... det är ju inte bara det att man upplyser dem om vad Försäkringskassan ska göra, utan man upplyser ju dem om vad de andra ska göra också/.../ viktigast är att man är tydlig redan från början (mot) den försäkrade och talar om hur vi jobbar enligt vår stegmodell (U3)

Ett väsentligt inslag i handläggjarrollen är att behålla fokus och hitta realistiska lösningar. Detta innebär ibland att det nödvändigt att sätta gränser.

...det gäller ju att hitta en realistisk (lösning)... man har ju gått igenom en sjukdomsfas och då kan det ju finnas många saker som... ja, drömmar dyker upp och, - jag kanske ska ändra inriktning och jag kanske ska göra det, men det måste finnas en realism i det hela... med den här personens hinder eller kompetens, var är realistiskt att man kan hamna på arbetsmarknaden... så att lite att styra upp också på något sätt och... ja, både begränsningar och idéer för att komma vidare (S2)

2.3.1.3 Begränsningar i handläggarnas möjligheter att tillmötesgå klienternas önskemål och behov

Försäkringskassan ansvarar inte för aktivering och sysselsättning utifrån sociala behov hos klienterna. För att arbetslivsinriktad rehabilitering ska vara aktuell krävs att arbetsförmågan är nedsatt på grund av medicinska skäl samt att det bedöms finnas en rimlig chans att inom ett år komma tillbaka i arbete med hjälp av rehabilitering. Problematiskt kan dock vara att stora

grupper, som är i behov av stöd och aktivering i någon form, faller utanför de relativt snäva kriterierna för arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett exempel på detta kan vara personer som har sjukersättning.

...vi blir ju mycket kontaktade av personer som är sjukskrivna och kanske har sjukersättning... eller läkare, som kontaktar oss och säger, ja men Stina hon måste komma ut och träffa människor och så där... men det är liksom inte vår roll, vi har inte ansvar för aktivering och sysselsättning... vi har ansvar när vi bedömer att den här personen behöver arbetslivsinriktad rehabilitering, alltså att man ser att den här personen skulle kunna komma tillbaka till arbete... för att komma ur försäkringen så att säga... men otroligt många behöver bara aktivering och sysselsättning, men är för dåliga för att kunna komma upp till det här med arbetsförmåga... det är ju en grupp som hamnar lite mitt emellan... vi kan ju försöka hjälpa till och samordna, att hitta tips på var de kan vända sig och så men vi kan inte anordna någon sysselsättning och aktivering (S1)

I rehabiliteringsprocessen krävs att flera parter arbetar mot samma mål, dvs. att den sjukskrivne ska kunna återgå i arbete eller söka arbeta på egen hand. Olika intressen hos den sjukskrivne och arbetsgivaren kan vara ett hinder i processen, liksom brister i samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen till följd av olika synsätt och regelverk. Förståelse och inställning är således viktig hos alla parter för att rehabiliteringen ska fungera.

...ibland så fungerar det ju bra och ibland så fungerar det ju mindre bra, det beror ju mycket på hur inställningen är... det är ju givetvis den som är sjukskriven som är i centrum, om inte den är så motiverad så kan det ju vara lite besvärligt... men det kan ju också gå om alla andra, om jag och arbetsgivaren och läkaren är överens och man vet att det är motivationen det tryter på och om man gör en rimlig planering utifrån besvären... men om ingen är överens med någon, då är det ju besvärligt... om den försäkrade säger att, nej men jag vill inte vara där och jag vill inte hålla på med det... eller om läkaren inte skriver intyg ordentligt och inte vill ha något möte eller inte svarar när man försöker få kontakt... eller om det rör sig om en arbetsgivare som inte är intresserad, då är det ju inte så lätt... vi kan ju kalla till möte och kräva att den sjukskrivne kommer men om inte de andra kommer så blir det ju svårt... (U3)

En handläggare pekar på att även om arbetsgivaren enligt lag har ett betalningsansvar för rehabiliteringsåtgärder är det inte självklart att arbetsgivaren har möjlighet eller är villig att ta detta ansvar.

...lagen säger att arbetsgivaren ska betala för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, men det finns ingenting som man kan tvinga honom till, alltså det blir ju ingen reprimand av det om de inte gör det... säger de att de inte har råd så är det inte så

mycket vi kan göra åt det... och då har vi valt att antingen köpa in tjänsten själv eller också så får de det inte (U2)

2.3.2 Riktlinjer och måsättningar respektive tid och resurser i rehabiliteringsärenden

2.3.2.1 Formella krav inom organisationen

Vad det gäller sjukskrivnings- och rehabiliteringsärenden har handläggarna vissa krav på sig. Viktigt är att ärendet följer den s.k. stegmodellen och att avstämningsmöten initieras. Allmän policy är också att en SASSAM – karta görs, där en kartläggning görs av den enskildes situation utifrån hinder såväl som resurser, motivation etc. SASSAM – kartan är för övrigt den enda utredningsmallen handläggarna får använda vid besök. Handläggarna ska göra vad som är möjligt för att förkorta sjukfallen respektive undvika att ärendet slutar med sjukersättning. Vidare ska handläggarna försöka få den enskilde att återfå så mycket av sin arbetsförmåga som möjligt.¹⁰ Vad det gäller perioden då den försäkrade genomgår aktiva rehabiliteringsåtgärder, dvs. då denne är berättigad rehabiliteringsersättning från Försäkringskassan, är tidsbegränsningen ett år, medan riktlinjen sex månader. En stor del av kraven i ärendehandläggningen är kopplat till statistiska mål, vilket i sin tur relateras till hur mycket resurser det enskilda kontoret får att röra sig med.

...vi ska ha många avstämningsmöten och se till så att alla rehabiliteringsutredningar kommer in /.../ man får ett visst antal pengar, beroende på hur många avstämningsmöten man har och... allt är ju liksom baserat på hur mycket man registrerar (U1)

(det) är mycket krav på statistik, på hur många ärenden man har avslutat, hur många SASSAM-kartor man har gjort, hur många avstämningsmöten man har haft och hur många första kontakter man har gjort och sånt... det kan vara väldigt stressande (U2)

2.3.2.2 Tid och resurser i rehabiliteringsärenden

Flera handläggare pekar på att arbetsbelastningen generellt sätt är hög inom Försäkringskassan. På det mindre av de två kontoren finns dock en tendens att handläggarna upplever en något högre arbetsbelastning med mycket kringuppgifter, än vad som är fallet på det större kontoret, där handläggarna säger sig ha en mer rimlig arbetsbelastning. En handläggare pekar på att en viss sårbarhet lätt uppstår i organisationen på ett litet kontor.

...det här är ju ett litet kontor, vilket betyder att vi är väldigt sårbara när folk är på semester eller sjuka eller slutar eller blir tjänstlediga... det blir lätt stora hål som vi själva måste fylla (U2)

Samtidigt, menar samma handläggare, skapar behovet att täcka upp för varandra på ett litet kontor en bred kompetens och smidighet bland personalen.

...på ett mindre kontor väldigt roligt också därför att vi kan ju lite om allt, så att vi har ju en väldigt bred kompetens... det gör ju det lite smidigare än på ett jättestort där man bara precis kan sitt lilla område (U2)

En samordnare pekar på rehabiliteringsärenden som relativt tidskrävande då det krävs ingående arbete i varje ärende.

...just med rehabiliteringsärendena... det är ju en annan sorts belastning, vi har ju kanske inte så många ärenden som utredarna har men däremot så krävs det ju mer... ingående arbete i varje ärende så att säga, det tar oftast längre tid... det är lite mer möten och det är mer uppföljningar med arbetsgivaren och med Arbetsförmedlingen (S2)

På det större kontoret pekar en handläggare på att nyanställning av personal gjort att ärendebelastningen lättats avsevärt under de senaste åren.¹¹

Försäkringskassan i Skåne nyanställde ju 60 stycken som började för två år sedan ungefär... och då fick man ju ökade resurser... men framförallt så har man ju fått färre ärenden nu så att man kan ägna sig mer åt sina försäkrade (U3)

2.3.2.3 Hårdare försäkringsmässiga bedömningar snarare än ökad satsning på arbetslivsinriktad rehabilitering

Trots den alltför höga sjukfrånvaron i samhället och det stora utrymme frågan har haft såväl i media som på den politiska dagordningen under de senaste åren, upplever inte handläggarna att det i någon ökad grad satsas på arbetslivsinriktad rehabilitering idag jämfört med tidigare.¹² Snarare är förhållandena, enligt handläggarna, de omvända; nämligen att aktiva åtgärder används mer restriktivt idag. Likaså ställs högre krav på att rehabiliteringsåtgärderna

¹⁰ Sjukpenningen baseras på graden av arbetsförmåga, som bedöms i fyra steg; 25, 50, 75 respektive 100%.

¹¹ Huruvida denna förändring även berört det mindre kontoret framgår inte av intervju svaren.

¹² Vilket även bekräftas av aktuell forskning i Eklund, Lindwall & Marklund, 2005. Se problemformulering.

ska vara medicinskt motiverade. Handläggarna begär i ökad utsträckning in läkarutlåtanden där läkarna ombes bedöma och motivera hur en viss diagnos påverkar arbetsförmågan. Deltidssjukskrivning ska i första hand övervägas framför åtgärder som t.ex. arbetsträning. En handläggare menar att kraven på restriktivare och tydligare bedömningar lett till hållbarare lösningar samt ökad medvetenhet hos olika parter, som t.ex. läkare och arbetsgivare.

...det har varit vanligare att man beviljade utbildning och arbetsträning... och då har man ju vant arbetsgivaren... men det har också lett till att många arbetsgivare har skapat tjänster där folk har arbetstränat... och sedan då när den som är sjukskriven visar att han eller hon har en arbetsförmåga och inte längre har rätt till sjukpenning och då drar arbetsgivaren in tjänsten... så det är ju inte heller så bra (U3)

Hårdare försäkringsmässiga bedömningar från början gör också att fler får avslag vid prövningen av sjukpenning, då deras besvär inte bedöms vara allvarligare än att de skulle kunna ta ett annat arbete. En samordnare upplever att antalet ärenden som överförs från utredarna minskat samtidigt som de som väl blir sjukskrivna mår allt sämre och därför är svåra att få ut i arbete.

...det har faktiskt blivit så nu, här i (kommunen), att de flesta som är sjukskrivna är rätt så dåliga... man prövade inte rätten till sjukpenning så mycket förr... alla nya som kommer in nu de mår rätt dåligt /.../ vi har även märkt att inflödet, att det har minskat, inflödet till oss på samordningen... därför att man gör de här hårdare bedömningarna från början... det är tufft att få ut personerna som redan är sjuka i jobb igen, alltså det är inget lätt jobb (S1)

2.3.2.4 Enhetligare handläggning som resultat av organisationsförändring

Intervjuszvaren pekar på en centralisering av Försäkringskassan i två avseenden. En centraliseringsaspekt har redan ägt rum i och med att Försäkringskassan fr.o.m. 2005 är en ny myndighet, som ersatt landets 21 allmänna försäkringskassor och Riksförsäkringsverket. Av intervjuszvaren framgår vidare att lika bedömningar i hela landet är en viktig målsättning inom Försäkringskassan.¹³ Att handläggningen av ärenden respektive serviceutbud tidigare skiljt sig åt på olika ställen i landet uttrycks i följande citat.

¹³ På Försäkringskassans hemsida (www.forsakringskassan.se) framgår att regeringens mål med den nya myndigheten är tydligare styrning av arbetet inom socialförsäkringsområdet, mer enhetlig tillämpning av lagar och regler samt ökad medborgerlig insyn.

...arbetsuppgifter och liknande har inte skötts likadant i hela landet, vilket det ska göra nu framöver... det ska vara en lika bedömning /.../ till exempel en sån sak som om man behöver köpa in en tjänst för en anställd och arbetsgivaren ska vara med och betala... där finns inga klara riktlinjer utan då är det en förhandlingssak och det beror ju på vem som har bäst förhandlingsmetod liksom /.../ också när man ska bedöma om de har rätt till rehabiliteringsersättning måste det bli lika... det kan ju inte vara så som det var tidigare, att ett län har varit mer generöst med att bevilja rehabiliteringsersättning men något annat län mindre (U1)

Den andra centraliseringsaspekten utgörs av en pågående organisationsförändring av Försäkringskassan i Skåne. Omorganiseringen innebär att försäkringskontoren i de olika kommunerna kommer att slås samman och istället bilda fem områden. Varje område kommer att ha en processchef för respektive försäkringsområde, t.ex. sjukförmåner. Detta istället för att en högsta chef på varje försäkringskontor ansvarar för alla typer av ärenden. I den nya organisationen kommer således processchefen att ha ansvar för ett större geografiskt område men å andra sidan knyts närmare till respektive försäkringsområde. Att omorganiseringen i Skåne går i linje med de nationella målen om tydligare styrning och enhetligare handläggning framkommer i intervjuerna. Likriktning vad det gäller bedömningar och serviceutbud blir, enligt en handläggare, lättare att uppnå då en chef ansvarar för ett större geografiskt område.

...man kommer att se till att det blir mer enhetligt och inte spretar så mycket... jag tycker att det är rätt så viktigt att personer, oavsett var man bor ska få samma service, samma bemötande, samma hjälp och samma resurser... och då känner jag att det (underlättar) också att man får den likriktningen i och med att man får en chef som ansvarar för ett stort område /.../ då får ju vi träffas och ta upp såna här policydiskussioner om när man ska gå in med rehabersättning och hur länge, så att vi gör likartade bedömningar (S1)

Ett led i omorganiseringen är att handläggarnas arbetsuppgifter kommer att bli mer specificerade gentemot vissa klientgrupper, t.ex. arbetslösa. Sannolikt är också att uppdelningen av handläggarna i utredare och samordnare att försvinna, varvid varje handläggare kommer att ha hand om sina respektive ärenden under hela handlägningsprocessen (bortsett från en tidig bedömning som görs av en speciell arbetsgrupp). Handläggarnas inställning till förändringen av rollerna är genomgående positiva. Handläggningen kommer därmed att bli smidigare och handläggningstiden förkortas, menar intervjupersonerna.

...problemet med att ha samordnare och utredare är att om du byter handläggare så stannar ju ärendet upp... och den försäkrade får en helt ny handläggare, arbetsgivaren

får en helt ny handläggare, Arbetsförmedlingen får en helt ny handläggare och om jag lämnar över ett ärende på en måndag så kan jag ju inte förvänta mig att samordnarna kan ta över ärendet på tisdagen och jobba vidare med det... utan de måste ju jobba in sig på ärendet igen, vilket betyder att det kan dröja flera månader innan ärendet är uppe i samma takt som det var innan (U2)

Vidare upplevs gränserna de mellan vad som är utredning och samordning som svåravgränsade i praktiken.

...de olika rollerna går ju in i varandra så mycket... samordnar gör ju vi som utredare jättemycket... vi samordnar med vården och vi samordnar med arbetsgivaren, även om det kanske inte då är regelrätt arbetslivsinriktad rehabilitering, så är det ju ändå hela tiden diskussioner som förs... så att den här gränsen kan jag tycka är väldigt suddig (U4)

2.3.3 Upplevelse av handlingsutrymme i förhållande till regelverket

I myndighetsrollen ingår ett ansvar att följa regelverket. Handläggarna prövar bl.a. rätten till sjukpenning och rehabiliteringsersättning och tar ställning till rehabiliteringsbehov utifrån Lagen om allmän försäkring (AFL). Utöver lagtext har handläggarna t.ex. riktlinjer och vägledningar (praxis) att förhålla sig till. Nya direktiv gällande minskad grad av mål- och resultatstyrning till förmån för tydligare styrning och enhetligare tillämpning av lagar och regler inom den nya myndigheten Försäkringskassan har presenterats ovan. Fortfarande är emellertid individuella prövningar en central del i handlägningsprocessen. Handläggarna medger ett utrymme för personliga bedömningar då varje ärende är unikt och adekvata lösningar fodras för den enskilde individen.

...man kan ju inte sätta in alla i små fack och förvänta sig att man kan handlägga vartenda ärende exakt likadant, det kan man inte... så där finns naturligtvis en handlingsfrihet (U2)

Vidare är AFL en ramlag med visst bedömningsutrymme som följd. Den genomgående uppfattningen bland handläggarna är dock att handlingsutrymmet i förhållande till regelverket är begränsat till följd av att riktlinjer och vägledningar till stor del styr handläggningen.

...vi går ju helt och hållet efter lagstiftningen, så att säga... det är ju visserligen en ramlagstiftning, AFL, så att... det finns utrymme, precis, för bedömningar... men sen å andra sidan så är de (bedömningsgrunderna) ju ganska uppstyrda de här, i vägledningar och så vidare, så att det är ju uppstyrt...(S2)

De uppifrån kommande målen om lika bedömningar och enhetliga tillämpningar av lagar och regler i hela landet välkomnas av samtliga intervjupersoner. Handläggarna vänder sig framförallt emot en alltför hög grad av godtycke i bedömningarna och betonar i stället vikten av rättvisa, lika standard etc.

...jag tycker den (lika bedömningen) är jättebra, jag tycker det har varit förskräckligt hur man har /.../ det har ju Försäkringskassan sig själv att skylla för... att många (handläggare) har höftat lite och gjort lite som om att, - ja den personen var trevlig, den får lite ersättning... tyvärr har det varit så och därför tror jag att det är jättebra att de stramar upp... det ska vara lika... det ska ju inte vara så att man t.ex. i Skåne får sjukpenning för en viss arbetsnedsättning och... i Stockholm inte får det (U1)

Att Försäkringskassan, enligt handläggarnas uppfattning, har blivit noggrannare med att begära in läkarutlåtanden har tidigare nämnts. För att kunna bedöma arbetsförmågans nedsättning respektive rehabiliteringsbehovet är handläggarna beroende av läkarutlåtanden. Som tidigare nämnts kan handläggarna även köpa speciella utredningstjänster för t.ex. bedömning av arbetsförmågan. Handläggarna tar därmed ställning till arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov med utgångspunkt i andras bedömningar.

...bedöma arbetsförmågan gör ju egentligen inte jag, utan det får vi ju ta till konsult hjälp för att göra... läkarna gör ju en uppskattning av det medicinska tillståndet och arbetsförmågan ... vi får göra ett ställningstagande med hänsyn till det medicinska underlaget och vad de har för arbete... eller om de är arbetssökande eller studerande... så att det är ju där vi kommer in och gör den bedömningen /.../ det är ju inte upp till mig att bedöma om de ska ha rätt till rehabilitering, alltså på det sättet... utan är det medicinskt klarlagt att det behövs en prövning... eller en aktiv insats, då går vi ju efter det... så att det rättar vi ju oss efter (S2)

2.4 Analys och sammanfattning

Handläggarnas svar belyser på ett tydligt sätt den dubbelhet som kännetecknar relationen mellan frontlinjebyråkrat och klient. Kravet på att ge varje individ adekvat service gäller i anslutning till de bedömningar handläggarna ska göra, dvs. vid prövning av rätten till ersättning. Hänsyn ska å ena sidan tas till den enskildes situation eftersom det rör sig om behovsprövningar medan prövningen å andra sidan ska ske utifrån vissa kriterier. Kravet att ge varje individ adekvat service kan sägas få ytterligare en dimension i och med det samordningsansvar som Försäkringskassan har för den arbetslivsinriktade

rehabiliteringen.¹⁴ Handläggarna ska således, dels bedöma och dels samordna. En spänning mellan dessa båda aspekter belyses i intervjuerna. Handläggarna ska hjälpa och företräda klienterna i kontakten med andra parter och genom sin kunskap om fältet av aktörer och dess verksamheter guida klienterna rätt i utbudet av åtgärder. Utöver detta uppfattar sig handläggarna vara ett potentiellt stöd i det enskilda mötet med klienten. I nästa stund kan handläggarna emellertid uttrycka att deras viktigaste uppgift är att administrera försäkringen. En relation uppstår således dels mellan två människor och dels mellan klient och organisation.

Mötets betydelse för en rättvis handläggning belyses i intervjusvaren. Handläggarna pekar på vikten att vara lyhörd och möta människor där de befinner sig. En viktig aspekt av informationsutbytet är tydlighet från handläggarnas sida gällande ansvarsfördelning, regler mm. För att det ska vara möjligt att närma sig en gemensam förståelsevärld förutsätts således lyhördhet såväl som tydlighet i kommunikationen. Den försäkrades vilja och motivation lyfts också fram som en avgörande aspekt i detta sammanhang.

Samtliga handläggare verkar falla in under, vad Schierenbeck (2003) benämner vara kategorin, de som tillämpar regelverket strikt. Detta genom att samtliga handläggare framhåller vikten av lika bedömningar, rättssäkerhet samt rättvis och korrekt handläggning. Handläggarna tar också tydligt ställning emot en alltför hög grad av godtycke i bedömningarna, vilket kan uppfattas som en kritik mot en mer flexibel regeltillämpning. Intervjupersonerna upplever vidare att det finns ett begränsat handlingsutrymme i anslutning till regelverket p.g.a. att riktlinjer, vägledningar, medicinskt underlag respektive expertutlåtanden till stor del styr regeltillämpningen. En del av handlingsutrymmet kan dock sägas ligga i förarbetet, dvs. möjligheten att prioritera och göra vissa avvägningar. Handläggarna kan driva på arbetsgivaren, ställa frågor till läkaren, initiera vissa saker, kalla till möten etc., vilket kan påverka utfallet i handläggningen.

Intervjusvaren antyder att det var vanligare att handläggare tillämpade regelverket mer flexibelt för några år sedan. Praxis har idag blivit alltmer uppstyrd genom vägledningar och riktlinjer, enligt handläggarna. Den enskilde handläggarens möjlighet att utarbeta

¹⁴ I försäkringen ingår dels rätt till ersättning (sjukpenning och rehabiliteringsersättning) och dels samordning av rehabilitering (se kap. ”Bakgrundbeskrivning: Försäkringskassans hantering av sjukskrivningsärenden” ovan)

tolkningspraxis vid sidan av regelverket tycks utifrån detta resonemang vara mer begränsad idag. Att serviceutbud, bedömningar mm. i högre grad kunnat skilja sig mellan olika försäkringskontor skulle kunna vara ett uttryck för att utarbetandet av kontorspraxis varit vanligare förr. Handläggarna pekar dock på policydiskussioner, inte bara inom Försäkringskassan utan även gentemot andra parter, som vanligt förekommande och viktiga instrument vad det gäller utarbetandet av en mer enhetlig tolkningspraxis som ska möjliggöra enhetliga bedömningar. Sådana diskussioner förekommer t.ex. i samverkansprojektet¹⁵ mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, men kommer också att i högre grad bli fallet inom Försäkringskassan då olika kontor slås ihop för att bilda områden, där varje område får en processchef. Samverkansprojektet såväl som t.ex. avstämningsmöten kan vidare ses som arrangemang för att skapa domänkonsensus och undvika konflikter mellan olika organisationer. (Lindqvist, 1998)

Den allmänna uppstramning som, enligt Lindqvist (1998) ägt rum och resulterat i snävare kriterier och hårdare prövning inom respektive bidragssystem återspeglas i handläggarnas svar. Mer enhetlig tillämpning av lagar och regler betonas i de uppifrån kommande direktiv som handläggarna har att rätta sig efter. Hårdare försäkringsmässiga bedömningar görs idag, enligt handläggarna. Ett led i detta är att det medicinska underlaget får allt större betydelse. Handläggarna pekar på att de till stor del är hänvisade till olika expertutlåtanden i sina bedömningar. Godtagbara diagnoser fungerar således som den enskildes inträdesbiljetten till sjukförsäkringssystemet. Därmed aktualiseras de olika logikerna som gäller inom den medicinska sektorn och inom den välfärdsbyråkratiska sektorn.

Medan den professionella kunskapen är den medicinska sektorns logik är handläggarnas arbetsredskap främst regeltillämpning och förhandling med andra aktörer. (Lindqvist, 1998) Ett visst mått av motivationsarbete förekommer också i handläggjarrollen, enligt intervjuvaren, vilket enligt Lindqvists resonemang, blir ett direkt uttryck för handläggarnas tillämpande av arbetslinjen. Handläggarsvaren visar på att man för närvarande satsar på att finna striktare arbetsrutiner. SASSAM - modellen är ett tydligt uttryck för att man försöker närma sig en mer vetenskaplig, erfarenhetsbaserad kunskap.

Handläggarna ska också utreda behovet av rehabilitering, vilket gör att flera olika bedömningar respektive arbetsuppgifter ingår som en del i ärendegången.

¹⁵ Inom vilket Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen arbetar parallellt under tiden försäkrade som är arbetslösa genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering för att möjliggöra en mjukare övergång mellan myndigheterna.

Experter och forskare har samarbetat för att utveckla metoden med ett uttalat syfte om att åstadkomma en tydligare styrning. På den hemsida som finns för SASSAM påpekar man att effektiv styrning av professionella organisationer inte kan ske genom direkta order och detaljerade arbetsbeskrivningar. Framgångsrik styrning av professionella organisationer och medarbetare, sägs det, kan bara ske genom (erfarenhetsbaserad) kunskap. (www.sassam.net) Vad som sägs ovan kan härledas direkt till frontlinjebyråkraternas handlingsutrymme och svårigheten att empiriskt kontrollera i vilken utsträckning handläggarna överrensstämmer i sin myndighetsutövning. (Schierenbeck, 2003) Resonemanget kring SASSAM kan också kopplas till en tendens att moderna samhällen tycks bli mer rationella i den meningen att ett utpräglat mål-medel-tänkande förespråkas¹⁶, samt att det skapas system för att kontrollera verksamheter och deras aktörer. Dessa inslag skapar nya förutsättningar för organisering. Staten och professionerna kan ses som de två viktigaste källorna till rationalisering i samhället. (Lindqvist, 1998) SASSAM – modellen kan enligt detta resonemang ses som ett led i denna rationaliseringsprocess med utgångspunkt i professionerna.

Utvecklingen inom Försäkringskassan tycks delvis gå emot den långsiktiga decentraliseringstrend som tidigare berörts. Intervjupersonernas svar respektive det faktum att Försäkringskassan har blivit en myndighet visar på att en centraliseringsprocess istället har/håller på att äga rum. Pierre (2001) pekar dock på att motsatsen till decentralisering med dagens politiska språkbruk inte är centralisering. Istället används begrepp som lika standard och rättighetslagstiftning för att uttrycka idén att vissa beslut bör fattas på nationell snarare än på lokal nivå. Enligt Pierre skapar en centraliserad stat bättre förutsättningar för lika standard än en decentraliserad stat. Dessa begrepp går även igen i handläggarnas språkbruk, vilket tidigare berörts. Vidare, menar Pierre, är decentralisering/centralisering en process som innefattar tre olika variabler, reglering, huvudmannaskap samt finansiering. Reglering innefattar offentliga institutioners beslut rörande en offentlig verksamhets innehåll, mål och allmänna inriktning. Att låta ramlagar ange målen för en verksamhet och lämna över ansvaret till kommunerna att bestämma hur verksamheten ska organiseras är ett exempel på decentralisering av reglering. (Pierre, 2001) Den centraliseringsaspekt som berörs i intervjuvaren gäller framförallt reglering. I de riktlinjer som handläggarna fått i samband med att Försäkringskassan har blivit en

¹⁶ Vilket uttrycks i att allt precisare medel knyts till tydligare mål. (Lindqvist, 1998)

myndighet märks t.ex. en ökad ambition om att styra upp det handlingsutrymme handläggarna har genom att införa rutiner som ska leda till mer enhetliga bedömningar.

Kravet på enhetliga bedömningar kan även förstås genom begreppet förvaltningsdemokratisk legitimitet. Schierenbeck (2003) skriver följande:

Utifrån ett förvaltningsdemokratiskt perspektiv kan den situationsanpassade myndighetens signum – handlingsutrymmet – ifrågasättas. Den offentliga politiken får traditionellt sett sin legitimitet utifrån tanken om likabehandling, dvs att man som samhällsmedborgare ska bli behandlad som alla andra i förhållande till existerande regelverk och praxis. (s.103)

3. Slutdiskussion

Syftet med denna undersökning har varit att försöka säga något om hur handläggarnas yrkesmässiga verklighet ser ut i relation till de förväntningar som finns på hur handläggarna ska agera, t.ex. från högre instanser, politiker, utifrån regelverk etc. Själva ramen för undersökningen har utgjorts av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och Försäkringskassans uppdrag i anslutning till denna verksamhet. Fokus har dels legat på hur handläggarna upplever sin egen roll, dels i vilken utsträckning handläggarna upplever sig ha ett handlingsutrymme i förhållande till regelverket och slutligen på de mål och riktlinjer som finns gällande rehabiliteringsärenden samt huruvida handläggarna upplever sig ha tillräckligt med tid och resurser till sitt förfogande i handläggningen.

Tendensen i intervjuvaren är att hårdare försäkringsmässiga bedömningar har lett till att rehabiliteringsåtgärder används mer restriktivt idag. En centralisering har ägt rum i och med att Försäkringskassan fr.o.m. 2005 har blivit en myndighet. Målsättningen är att lagar och regler ska tillämpas mer enhetligt i hela landet. Handläggarna välkomnar de nya målen om lika bedömningar och vänder sig emot alltför mycket godtycke i bedömningarna. Upplevelsen bland handläggarna är att handlingsutrymmet i förhållande till regelverket är begränsat. Handläggarna arbetar inte direkt med själva rehabiliteringen men upplever att de har en viktig roll i att hjälpa den enskilde tillbaka till självförsörjande. Vidare upplevs en balansgång mellan myndighetsrollen och den stödjande rollen, vilket på många sätt bidrar till att göra handläggarrollen komplex.

In intervjuerna framkom att de försäkringsmässiga bedömningarna har blivit betydligt hårdare, vilket delvis överraskade mig. Handläggarna var, som jag uppfattade det, tydliga med att betona sin begränsade roll i rehabiliteringen där de inte heller står för själva utförandet. Detta skulle kunna ses som ett uttryck för den renodling av välfärdssektor och det gränsförtydligande vad det gäller ansvar och arbetsuppgifter, som Lindqvist (1998) pekar på

En logisk tanke skulle kunna vara att ökad sjukfrånvaro i samhället borde leda till ökade resurser och satsningar på arbetslivsinriktad rehabilitering. Istället tycks tendensen vara en allmän uppstramning på olika plan, exempelvis i avseende vad som är att betrakta som godtagbara skäl för sjukskrivning. Handläggarna tycks också vara relativt eniga i sin syn på att restriktivare och enhetligare bedömningar är nödvändiga. Det kanske är naturligt att handläggarnas behov av fasta och enhetligare regler ökar i en tid då hela systemet och därmed handläggarna själva blir så påtagligt granskade. I intervjuvaren framkommer dock, vilket inte getts så stort utrymme ovan, antydningar om att arbetsgivare, läkare, de sjukskrivna såväl som allmänheten fått en ökad förståelse för Försäkringskassans tuffa arbetssituation gällande sjukskrivningar. Sjukfrånvaroproblematiken har varit livligt debatterad i media de senaste åren och frågan har även fått stor plats på den politiska dagordningen. Detta kan ha lett till att en krismedvetenhet har skapats i folks medvetande, hos beslutsfattare såväl som handläggare och folk i allmänhet. Medias roll sammanhanget är förmodligen inte att underskatta när det gäller att väcka opinion mot en alltför godtycklig hantering av sjukskrivningsbegreppet. Frågan är dock om den allmänna åstramning när det gäller tillträdet till de samhälleliga trygghetssystemen adresserar de verkliga problemen som finns gällande t.ex. psykosocial ohälsa och arbetsmiljö.

Man kan vidare spekulera i om handläggarnas önskan om större handlingsutrymme åter kommer att väckas när systemet förhoppningsvis stabiliserats igen.

Källförteckning:

Litteratur

Burnard, P. (1991) "A Method of Analysing Interview Transcripts in Qualitative Research". *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

Eklund, Maria, Lindwall, Ulrik & Marklund, Staffan (2005) "Hur fungerar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen?" i Theorell, Töres (red), Bjurvald, Mats, Hogstedt, Christer, Marklund, Staffan & Palmer, Edward *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Johansson, Roine (1992) *Vid byråkratins gränser*. Lund: Studentlitteratur.

Lindqvist, Rafael (red) (1998) *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.

Lindqvist, Rafael & Borell, Klas (1998) "Inledning: Organisation och välfärdspolitik" i:
Lindqvist, Rafael (red) (1998) *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.

Pierre, Jon (2001) "Decentralisering, governance och institutionell förändring" i Rothstein, Bo (red) *Politik som organisation*. Stockholm: SNS Förlag. Tredje upplagan.

Sannerstedt, Anders (2001) "Implementering – hur politiska beslut genomförs i praktiken" i Rothstein, Bo (red) *Politik som organisation*. Stockholm: SNS Förlag. Tredje upplagan.

Schierenbeck, Isabel (2003) "Vem bryr sig om regelverket? – Om frontlinjebyråkrater, handlingsutrymme och förvaltningsdemokratisk legitimitet" i Rothstein, Bo (red) & Pierre, Jon *Välfärdsstat i otakt – Om politikens oväntade, oavsiktliga och oönskade effekter*. Liber AB.

Theorell, Töres (red), Bjurvald, Mats, Hogstedt, Christer, Marklund, Staffan & Palmer, Edward (2005) *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Läromaterial, socialhögskolan:

Kompendium (SOL 041, VT 04) *Rätt till ersättning vid inkomstbortfall på grund av arbetsoförmåga till följd av sjukdom*.

Vägledning:

Vägledning 2004:2 Version 2 *Sjukförsäkring och rehabilitering*.

Internet

Försäkringskassans hemsida: www.forsakringskassan.se

Regeringens hemsida: (www.regeringen.se)

Strukturerad arbetsmetodik för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering, hemsida: (<http://www.sassam.net/>)