

Likabehandling inom sjukförsäkringssystemet avseende sjukpenning och rehabilitering

- En studie om hur personliga handläggare på Försäkringskassan resonerar vid bedömning av rätten till sjukpenning och samordnad rehabilitering

Av: Barbara Malachowska

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA63)
VT 14



Handledare: Lars Harrysson

Abstract

Author: Barbara Malachowska

Title: Equal treatment within the Swedish Social Insurance System concerning sickness benefit and rehabilitation - A study of how social insurance officers at the Försäkringskassan reason when assessing entitlement to sickness benefit and coordinated rehabilitation

Supervisor: Lars Harrysson

The aim of this study was to examine and analyze how social insurance officers reason when they assess entitlement to sickness benefit and rehabilitation needs. The study was based on four interviews with social insurance officers who have worked at the Försäkringskassan (Social Insurance Organisation). The study was done in one of the largest towns in southern Sweden.

In the study I chose to base the analysis on structural perspective and action theory.

The main result I reached was that the assessment of sickness benefit and rehabilitation needs is policy-driven and predictable. The actions and decisions of social insurance officers are limited and the assessment process is guided by rules and guidelines. This paper shows that equal treatment in the assessment is based on the principle that no specific group on sick leave has access to special treatment no matter the diagnosis.

Key words: social insurance officers, assessment of sickness benefit and rehabilitation needs, sickness benefit, sick-leave, structural perspective, action theory.

Förord

Först och främst vill jag tacka min handledare Lars Harrysson. Tack för dina kloka och inspirerande ord. Tack för alla spännande samtal, din tid och ditt tålamod.

Jag vill även tacka alla de handläggare som tog sig tid att träffa mig och delade med sig av sina erfarenheter och upplevelser. Utan Er hade jag inte kunnat genomföra denna studie. Tack för Ert deltagande.

Sist, men inte minst vill jag tacka min man, som alltid var mitt stöd och stod ut med mig under skrivprocessens ”berg- och dalbana”, min familj som aldrig slutade tro på mig och mina vänner som motiverade och stöttade mig.

Barbara Malachowska
Helsingborg 140522

Ordlista

Den försäkrade – benämns också som kund. En person som omfattas av det svenska socialförsäkringssystemet genom att personen i frågan bor eller arbetar i Sverige.

Ensa- processer – Ensa- kartan är en vägledning och ett stöd till handläggarna på Försäkringskassan. Processkartan är ett detaljrikt styrkort som beskriver hur ärendeprocessen ska se ut.

Sjukpenning – en ersättning vid inkomstförlust orsakad av sjukdom som nedsätter arbetsförmågan.

Rätten till sjukpenning– rätten finns när den försäkrade på grund av sjukdom har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Rätten ska vara utredd innan någon utbetalning sker.

Personlig handläggare – benämns också som försäkringsutredare. En tjänsteman som arbetar på Försäkringskassan. Till arbetsuppgifterna inräknas att: utreda, bedöma, besluta, dokumentera och lämna impulser.

SGI (sjukpenninggrundande inkomst)- baseras på personens aktuella (årliga) inkomst. Används av Försäkringskassan för att beräkna personens sjukpenning.

Rehabilitering - rehabiliteringsbehovet ska utredas och samordnas av Försäkringskassan. Målet att den sjukskrivne ska kunna återgå i arbete eller söka arbete.

Karensdag- den första dagen i sjukperioden, för vilken det inte erhålls någon ersättning.

Sjuktal - antal utbetalda dagar med sjukpenning per registrerad försäkrad under ett år.

SASSAM- kartläggning - Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallshantering och Samordnad rehabilitering (SASSAM). Syftet är att handläggaren ska träffa kunden i ett tidigt skede av sjukfallet och få mer information om kundens nuvarande situation, historik, sjukdomar, privatliv och arbetsliv.

Innehållsförteckning

Inledning.....	7
Problemformulering	7
Studiens syfte och frågeställningar	9
Avgränsning	9
Bakgrund	10
Bedömning	10
Försäkringskassan	11
Tidigare forskning	15
Teori	18
Det strukturella perspektivet	19
Handlingsteorin	20
Metod	21
Förförståelse	21
Val av metod och alternativa tillvägagångssätt	21
Metodens förtjänster och brister	22
Utformning av intervjuguiden	23
Urval	24
Tillförlitlighet och äkthet	26
Etiska överväganden	27
Beskrivning av intervjupersonerna	29
Kodning av transkriberade intervjuer	29
Resultatredovisning	30
Huvudteman och kategorier	30
Organisation	30
Bedömningsprocessen	32
Rehabilitering	34
Diagnos- och könsmönster	36
Analys.....	37
Omorganisationen och dess påverkan på arbetssituation	38
Bedömningsprocessen	41
Diagnos- och könsmönster	44

Rehabilitering	45
Avslutning	46
Sammanfattning av analysen.....	46
Avslutande diskussion.....	47
Fortsatt forskning	49
Källförteckning.....	50
Bilaga	55
Intervjuguiden	55

Inledning

Problemformulering

För att säkerställa att sjuka kan försörja sig själva har det allmänna byggt upp ett system som fungerar som en försäkring för lönebortfall. Försäkringskassan har fått ett politiskt uppdrag av regeringen att administrera försäkringar och bidrag som ingår i socialförsäkringen vilket är myndighetens syfte. Myndigheten kan betraktas som en mellanhand mellan regeringen och den enskilde medborgaren och deras vision är ”ett samhälle där människor känner trygghet om livet tar en ny vändning” (Försäkringskassan, 2014). Försäkringskassan är alltså tillika en välfärdsorganisation och en byråkratisk organisation.

Antalet sjukskrivningar ökar, inte bara i Sverige, men även i andra europeiska länder (Nilsing, Söderberg & Öberg, 2012, s 2). Annie Hansen Falkdal (2005, s 8) anser i sin avhandling att korttidssjukskrivningar minskar och istället ökar långtidssjukskrivningar. Hon menar på att ökningen kommer att fortsätta. Detta får negativa konsekvenser på individnivå i form av försämrad livskvalitet och ekonomi samt på samhällsnivå genom påverkan på samhällsekonomin och arbetsmarknaden.

I november 2013 uppnådde samtliga pågående sjukfall i landet siffran 156 966. Kvinnor var överrepresenterade i riket och uppgick till 102 397 sjukskrivna, medan antalet män var 54 569. Samtidigt pågick det sammanlagt 17 964 sjukfall i Skåne (Försäkringskassan, 2014a). Könskillnader i sjukfrånvaron observeras också i andra europeiska länder, men i Sverige finns en tydlig ökning av könskillnaderna i sjukfrånvaro över tid, det vill säga att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män (Angelov et al., 2011; Kark et al., 2009). Kristina Alexandersson (2004, s 239-241) menar att kvinnor som grupp har högre sjuklighet än män som grupp. Vilket, enligt henne, kan bero på att den medicinska kunskapen om diagnoser, behandling och rehabilitering konstrueras med hjälp av forskning som genomförs av män och som handlar om mäns besvär samt att könen behandlas olika av vårdpersonalen vid sjukdomstillstånd. En annan utgångspunkt handlar om arbetsmarknaden och skillnaderna i betalt och obetalt arbete. Försäkringskassan har de senaste åren uppmärksammat en ökning av sjukfall med psykiska diagnoser. Dessa förekom oftare än sjukfall med muskuloskeletala diagnoser i sjukfall, som pågår längre än 60 dagar. Denna förändring blev synliggjord och granskad från år 2006 (Försäkringskassan, 2010). För närvarande är den vanligaste sjukskrivningsorsaken en

psykisk diagnos och antalet sjukskrivningar med psykiska diagnoser ökar. Under de senaste åren har ökningen varit större för kvinnor (Finansdepartementet, 2013).

Större antal sjukskrivningar, längre och mer krävande sjukfall påverkar också Försäkringskassan och deras anställda. Större antal nya sjukfall ledde till ökad arbetsbelastning och längre beslutstider. Idag arbetar cirka 13 400 anställda på Försäkringskassan och antalet medarbetare ökar kontinuerligt. Myndigheten tar hand om drygt 40 olika förmåner och bidrag inom socialförsäkringen. Däribland finns bland annat barnbidrag, sjukdomsrelaterade förmåner och stöd till funktionshindrade. År 2013 gjordes cirka 45 miljoner utbetalningar och omkring 200 miljarder kronor betalades ut. För att dessa utbetalningar ska ske krävs ett beslut i varje enskilt fall. Försäkringskassans tjänstemän fattade cirka 20 miljoner beslut om bidrag och ersättningar (Försäkringskassan, 2013). Bakom varje utbetalning finns ett beslut och bakom varje beslut finns en eller flera personliga handläggare, som tagit del av uppgifter i ärendet och fattat beslut i enlighet med rådande lagar och regler. Ett sådant beslut har stor effekt på den enskilde och dennes ekonomi. Forskning om hur livssituationen kan påverkas av sjukskrivningen visar att möjliga negativa konsekvenser som uppkommer vid långtidssjukskrivningar kan vara värk, minskat välbefinnande, dåligt självförtroende, försämrad karriärutveckling, isolering och inaktivitet (Floderus et al., 2003, s 1). Därför är rehabilitering en åtgärd som används för att förkorta sjukskrivningar och underlätta för den enskilde att återkomma till arbete eller söka jobb. Nedanstående citat illustrerar rehabiliteringens syfte. ”Rehabilitering enligt detta kapitel skall syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete” (22 kap. 2 § lagen om allmän försäkring).

Det jag hittills redovisat tyder på att bedömningar som sker på Försäkringskassan har stor inverkan på den enskilde, på organisationen och samhället. Jag anser därmed att det är relevant att undersöka hur personliga handläggare utför bedömningar på ett lokalt kontor på Försäkringskassan. Jag intervjuade personliga handläggare och frågade om deras beslutsprocess samt deras möte mellan organisationens mål och styrdokument och deras aktiva handlande. För att fånga intressanta korrelationer i empirin utgår min analys från ett strukturellt perspektiv, handlingsteori och tidigare forskning.

Studiens syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att undersöka hur personliga handläggare resonerar vid bedömning av rätten till sjukpenning och samordnad rehabilitering.

Frågeställningar:

1. Hur ser de personliga handläggarna på de kriterier som finns vid bedömning av rätten till sjukpenning och samordnad rehabilitering?
2. Vilka svårigheter uppkommer vid bedömningen och hur hanteras dessa av personliga handläggare?
3. Hur anser de personliga handläggarna att bedömningen av rätten till sjukpenning påverkats av förändringen av diagnos- och könsmönster?
4. Hur planeras rehabiliteringsåtgärderna av de personliga handläggarna?

Avgränsning

Med hänsyn till den tid som avses för att skriva det självständiga arbetet har jag valt att avgränsa mig till att undersöka personliga handläggare på en och samma arbetsplats i en större stad i Skåne.

Försäkringskassan arbetar med en stor mängd förmåner inom socialförsäkringen exklusive pension. Myndigheten tillhandahåller förmåner för sjuka, personer med funktionsnedsättning, föräldrar och andra (till exempel: aktivitetsstöd, familjebidrag, bostadsbidrag och tandvård). Jag har avgränsat mig och lagt fokus på sjukförsäkringen och intervjuat personliga handläggare som arbetat inom området under längre tid.

Jag har ställt allmänna frågor om bedömning vid intervjutillfällena för att sedan fördjupa mig i bedömningar med hjälp av mitt fokusområde - sjukskrivna kvinnor med psykiska diagnoser. Fokusområdet är till för att se om de processer som pågår vid bedömningar inom detta område görs på ett annat sätt än bedömningar av sjukskrivna med andra diagnoser eller annat kön.

Bakgrund

Bedömning

Bedömning är en av de fundamentala uppgifterna och en grundläggande färdighet i utförandet av socialt arbete. Bedömningen syftar till att förstå, skydda eller bidra till förändring (genom åtgärder) hos den enskilde personen (Karpetsis, 2013, s 544). Östberg (2012, s 19) menar i sin avhandling att socialarbetare under bedömningen använder sitt handlingsutrymme och sin kunskap till att väga olika intressen som sammanfaller i ett ärende. Det som styr bedömningen är klientens behov, livssituation och önskan, den vetenskapliga och juridiska kunskapen och beprövad erfarenhet.

Bedömningar som görs och beslut som fattas av professionella inom socialt arbete är sällan oproblematiske. Det krävs av de anställda att de överväger olika handlingsalternativ och tänker på etiken under bedömningsprocessen. Regler och riktlinjer som utformats av människobehandlande organisationer är till hjälp för de anställda vid bedömningar. Vid en del fall kan de vara vägledande och underlätta bedömningen, men vid mer komplicerade ärenden finns det inga givna lösningar. Individer är ju olika, befinner sig i olika livssituationer samt har olika behov (Dunér & Nordström, 2005, s 66). Att skapa en vägledning eller riktlinje som skulle ta hänsyn till alla möjliga scenarier är inte möjligt.

Beslutsfattandet, som sker inom offentliga organisationer, kan rikta sig mot medborgare eller klienter samt mot det inre livet i eller mellan organisationer. Det förstnämnda handlar om att fatta beslut i enskilda ärenden som angår enskilda individer. De offentliga organisationerna, som har ett politiskt uppdrag, beslutar om fördelningen av nyttor eller bördor (Christensen, 2005, s 25). Den personliga handläggarens uppdrag på Försäkringskassan kan förenklas till att ta emot ansökan, utreda, bedöma, besluta och dokumentera i alla steg (Fia, 2013).

Arbetsuppgifterna är långt ifrån okomplicerade. Handläggare på Försäkringskassan benämns som offentliga tjänstemän eftersom de arbetar i en organisation som ger dem befogenhet att besluta om den enskilde medborgarens öde i form av positivt beslut eller avslag. Lindelöf och Rönnbäck (2007, s 43) anser att offentliga tjänstemän omfattas av ett offentligt etos. Det offentliga etoset: ”innehåller många, komplicerade, mångtydiga och ibland även motsägelsefulla etiska krav på ämbetsmännen” (Lindelöf & Rönnbäck, 2007, s 43). Under bedömningsprocessen har handläggare tillgång till vägledning i form av ENSA-processer

(produktionsprocesser). Med målet att alla medborgare ska behandlas lika utformades processkartor till olika ärendeslag som ger vägledning och stöd till handläggarna på Försäkringskassan. En sådan processkarta för att utreda och besluta om rätten till sjukpenning och behov av samordningsinsatser är på 239 sidor och stödjer handläggaren i det dagliga arbetet. Processkartan är ett detaljrikt styrkort som beskriver hur ärendeprocessen ska se ut. Man kan hitta svar på många frågor som kan uppkomma under handläggningen av ärenden och då med stöd av processkartan kan handläggaren själv lösa en del svårigheter under bedömningen. Det är klart att processkartan inte kan ge svar på alla uppkomna frågor eftersom handläggarna arbetar med människor som drabbas av olika åkommor och som befinner sig i olika livssituationer. I sådana fall kan handläggaren alltid vända sig till sina kollegor, specialister eller försäkringsmedicinska rådgivare (Fia, 2013). I inspektionen för socialförsäkringens rapport, Styrning i Försäkringskassan (2011, s 124) anses att processkartor (ENSA): ”är ett steg i likformig handläggning, men de täcker inte in det förhållandevis stora bedömningsutrymme, som finns vid tolkningen av lagen och varken ska eller kan göra det”. Vidare menas att processkartorna är långt från heltäckande och därför är analysförmåga en viktig personlig egenskap som eftersträvas hos handläggaren.

Försäkringskassan

Försäkringskassan är en statlig myndighet som grundades genom att 21 länsförsäkringskassor 2005 slogs ihop av Riksförsäkringsverket som vid tiden var kontrollmyndighet (Försäkringskassan, 2014b). Ett tydligt mål med sammanslagningen var bland annat att uppnå enhetlighet och rättssäkerhet (Försäkringskassan, 2014c). Försäkringskassan har regeringens uppdrag att hantera socialförsäringen i Sverige. Den är en grundbult i det svenska trygghetssystemet. Myndigheten verkar utifrån regler som lagstiftas av riksdag och regering och tillämpar den politik de beslutar om. Myndigheten leds av en generaldirektör, för närvarande Dan Eliasson.

Försäkringskassan är indelad i lokala och nationella försäkringscentra som är utsprida över hela landet, med huvudkontoret i Stockholm. De lokala försäkringscentrumen erbjuder stöd för långtidssjukskrivna och funktionshindrade genom att personliga handläggare arbetar nära kunderna. De nationella försäkringscentrumen arbetar med de flesta förmåner där det inte finns behov av att träffa kunden (Fia, 2013).

Försäkringskassans organisation benämns som byråkratisk och det innebär att organisationen förstår och behandlar enbart de ärenden som ingår i verksamheten utifrån de regler och gränser som råder (Blomberg, 2004, s 190).

År 2008 infördes ytterligare förändringar i form av nya regler för rätten till sjukpenning. En rehabiliteringskedja introducerades som ett hjälpmedel som reglerar hur och när arbetsförmågans nedsättning ska bedömas. Förändringen innebar striktare regler angående sjuk- och aktivitetsersättning. Sjukpenningsperioden blev begränsad till 364 dagar. Det betyder att en sjukskriven person kan få utbetald sjukpenning på 80 procent av SGI i 364 dagar inom en ramtid på 450 dagar. Efteråt kan personen i frågan ansöka om förlängd sjukpenning. Sjukpenningen avser då 75 procent av SGI i längst 550 dagar (Försäkringskassan, 2014h).

Bestämmelser om rehabiliteringskedjan (se bild 1) finns i Socialförsäkringsbalken (2010, s 110) och ger vägledning vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning. Detta innebär att man innan 90:e dagen bedömer nedsättning av arbetsförmågan utifrån arbetstagarens ordinarie arbetsuppgifter. Efter dag 91 undersöks om det finns andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren som kunden skulle kunna utföra. Om det inte finns sådana arbetsuppgifter utbetalas sjukpenning. Efter 180 dagar bedöms arbetsförmågan i förhållande till om klienten kan arbeta i ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Rehabiliteringskedjan gäller fullt ut för klienter som har en anställning. För arbetslösa och egna företagare finns andra anpassade bestämmelser angående bedömningen av arbetsförmåga (Försäkringskassan, 2014d).

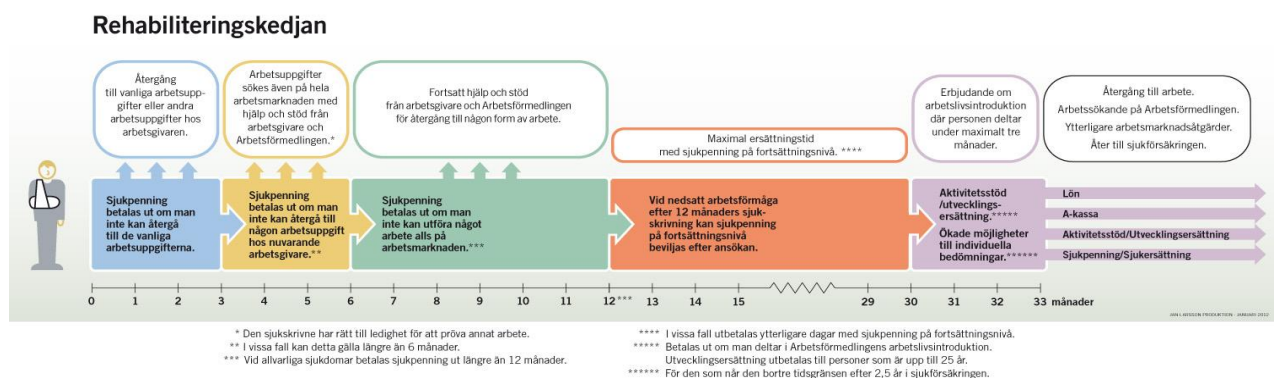


Bild 1: Rehabiliteringskedjan

Förändringen vid bedömning av rätten till sjukpenning efter den 1 juli 2008 grundar sig på att det finns nya tidsgränser som pekar på när och hur prövningen av arbetsförmågan ska ske samt att sjukskrivningsperioden numera är begränsad (Försäkringskassan, 2014d).

Peter Hultgren och Mimmi Barmark (2008, s 411) anser att:

Den politiska ambitionen att renodla sjukförsäkringen handlar om att motverka sjukskrivning av individer som inte är sjuka ”på riktigt” utan snarare har sociala eller existentiella problem. Renodlingen handlar också om att det bara är nedsättningen i individens arbetsförmåga till följd av sjukdom som ska ersättas. Sjukdom i sig ska som regel inte vara ett fullgott skäl för en beviljad ersättning.

Vid en sjukdom som nedsätter arbetsförmågan med minst en fjärdedel kan den försäkrade få sjukpenning. Likadant fungerar det vid arbetsförmågans nedsättning med hälften, tre fjärdedelar och helt. Detta innebär att människor som är deltidssjukskrivna (partiellt sjukskrivna) kan utföra sitt jobb några timmar per dag eller några dagar i veckan, om arbetsuppgifterna är anpassade till individens situation (Andrén, 2011, s 61-62). Den svenska välfärdstaten har alltså främjat arbetslinjen. Syftet var att sträva efter att erbjuda alla medborgare ett arbete samt att väcka en arbetsmoral hos medborgarna. Den skulle leda till att människor skulle sträva efter att vilja jobba för att försörja sig själva (Melén, 2008, s 13).

Rehabilitering

Försäkringskassan har samordningsansvar vid rehabilitering av sjukskrivna. Det är individen som står i centrum i rehabiliteringsprocessen. Myndigheten ska samordna rehabiliteringen genom att samverka med arbetsgivarna, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, kommunen och Arbetsmiljöverket. Försäkringskassans samordningsuppdrag är beskrivet i socialförsäkringsbalken (29 kap. 2§ och 30 kap. 3 och 4§§ samt 30 kap. 8-11§ SFB). Det grundläggande målet är att den försäkrade ska återgå till arbete så snart som möjligt, med hjälp av åtgärder från olika aktörer. Planering av rehabiliteringen sker oftast vid ett avstämningsmöte. Då träffas den försäkrade, läkaren, arbetsgivaren och/eller Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för att utreda behovet av rehabilitering och planera rehabiliteringsinsatser. Till de vanliga formerna av arbetsinriktad rehabilitering räknas arbetsträning, arbetsprövning, utbildning, arbetshjälpmedel och för de som har

aktivitetsersättning, olika aktiviteter (Arbetsförmedlingen, 2013). ”Försäkringskassan ska inte vara en rehabiliteringsaktör. Det är hälso- och sjukvården som ska svara för de medicinska insatserna, socialtjänsten för de sociala insatserna, medan arbetsgivaren svarar för de arbetsplatsinriktade och Arbetsförmedlingen för de arbetsmarknadsinriktade insatserna” (Prop. 2007/08:136, s. 38-39). Myndigheten har ansvar för att samordna rehabilitering kring den försäkrade och utbetala rehabiliteringsersättning (när den försäkrade deltar i arbetsinriktad rehabilitering) men själv rehabiliterar myndigheten inte.

Sjukfrånvaro

Redan under mitten av 1900- talet uppmärksammades att sjukfrånvaron var hög i Sverige och det resulterade i kritiska diskussioner om sjukförsäkringens utformning och tillämpning. Slutsatsen av diskussionerna var att sjukskrivningar var för långa samt att sjukpenning betalades ut för orsaker som inte ingick i sjukförsäkringen (SOU 2000:121). Detta resonemang ledde senare till förändringar som skulle lösa problematiken i sjukförsäkringen, vilket skedde år 2008. ”Fokus har flyttats från den enskildes arbetsförmåga till eventuell kvarvarande förmåga till arbete” enligt Hultgren och Barmark (2008, s 410). Egen försörjning på arbetsmarknaden tog den centrala platsen för sjukförsäkringspolitiken.

Fram till slutet av 1970-talet var männens sjuktal, det vill säga antalet ersatta sjukdagar per försäkrad och år, högre än kvinnornas. Därefter har kvinnors sjuktal och sjukfrånvaro ökat (Lidwall & Skogman Thoursie, 2000, s 37). I november 2013 uppnådde samtliga pågående sjukfall i landet siffran 156 966. Kvinnor var överrepresenterade i riket och uppgick till 102 397 fall medan män representerades i 54 569 sjukfall. Samtidigt pågick det 17 964 sjukfall i Skåne. Av dessa var 11 707 fall av sjukskrivningar kvinnor och 6 257 sjukskrivna var män. Skillnaden mellan kvinnor och män i antal pågående sjukfall är synlig (Försäkringskassan, 2014e). Könskillnader i sjukfrånvaro observeras också i andra europeiska länder, men i Sverige finns en tydlig ökning av könskillnader i sjukfrånvaro över tid, det vill säga att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män (Angelov et al., 2011; Kark et al., 2009; Nyman et al. 2002).

Diagnosmönster i förändring

Innan år 2006 var sjukfall med muskuloskeletala diagnoser (sjukdomar i rörelseorganen) överrepresenterade i antal sjukskrivningar i Sverige. Därefter förekom oftare psykiska

sjukdomar och beteendestörningar i sjukfall som pågår längre än 60 dagar (Försäkringskassan, 2010). Henderson et al. (2011, s 198) menar att psykiska diagnoser är för nuvarande den främsta orsaken till längre sjukfrånvaro. Förändringen uppmärksammades i Sverige samt i en del andra länder, där den ekonomiska utvecklingen är hög. Sjukdomar som är relaterade till muskuloskeletala diagnoser minskar, men är fortfarande vanliga vid sjukfallsantalet (Försäkringskassan, 2010).

I Försäkringskassans svar på regeringens uppdrag (2013:6, s 5) anses att:

Risken att påbörja sjukfall med psykisk diagnos är högre för kvinnor än för män. För både kvinnor och män är risken att påbörja sjukfall med psykisk diagnos som högst i åldern 30-39 år och något högre för dem med barn i åldern 3-12 år i familjen. Tydligt är att för både kvinnor och män innebär yrken med nära kontakt med brukare av olika typer av välfärdstjänster eller andra personliga tjänster (så kallade kontaktyrken) hög risk att påbörja sjukfall med psykisk diagnos.

Ökningen av psykiska besvär beskrivs också i andra rapporter som till exempel i Socialstyrelsens årsrapport (2013). Där anges att 25 % av kvinnorna klagar på oro, ängsliga besvär och ångest samt att 31 % uppgav sömnbesvär åren 2010 och 2011. Procenttalen för män med samma besvär är lägre och motsvarar 14 % vid oro och ångest och 22 % vid sömnbesvär.

Tidigare forskning

Min litteratursökning grundade sig på att hitta böcker, avhandlingar, artiklar som berör ämnet bedömning eller beslutsfattande i offentliga myndigheter. Syftet var att finna material som beskriver bedömningsprocessen samt praktiska svårigheter, som eventuellt kan uppkomma vid densamma.

Jag använde mig av olika databaser: LUBsearch, Lovisa, Libris, Google Scholar, Google samt Försäkringskassans internhemsida, FIA. Alla artiklar som jag utgick ifrån i uppsatsen var kollegialt granskade (peer-reviewed). I samband med litteratursökningen använde jag mig utav följande sökord: bedömning, försäkringsutredare, tjänsteman, sjukförsäkring, sjukpenning,

rätten till sjukpenning, rehabilitering, läkarintyg, gatekeeper, sickness insurance, social insurance officers och sickness certificates. Utöver detta har jag av min handledare under studiens gång fått tips på böcker, avhandlingar och artiklar som jag kunde använda mig av i arbetet.

Sökningen efter forskning om bedömning inom socialt arbete gav ett stort urval av avhandlingar, artiklar och studier. Forskning om bedömning inom socialt arbete kan delas upp i tre grenar: biståndsbedömning (äldre- och handikappomsorg), bedömning i barnavårdsutredningar och bedömningar i socialbidragsärenden.

Vid undersökningen av forskningsfältet angående sjukpenning och sjukskrivningar la jag märke till att fenomenet sjukskrivning har studerats utifrån flera vetenskapliga discipliner. Forskning som undersöker orsaker till sjukskrivningar kan delas in i grupper utifrån möjliga orsaker till sjukskrivningen: arbetsförhållande, biologiska skillnader, dubbelarbete (förvärvsarbete och arbete i hemmet) och aktörer (inblandade i sjukskrivningsprocessen). Det finns forskning som koncentrerar sig på kvinnors sjukskrivning i några bemerkelser, som till exempel långtidssjukskrivna, partiellsjukskrivna och riskfaktorer. Det finns studier om vad som sker när sjukpenning nekas och hur rehabiliteringsåtgärder påverkar återgång i arbete (t.ex. Gerner, 2005; Stendahl, 2004). Merparten av den forskning som jag tog del av var utförd i Sverige och andra nordiska länder. På Försäkringskassans hemsida samt deras internhemsida (Fia) finns länkar till publikationer, rapporter och statistik, som berör olika områden inom sjukförsäkringen. Där finns rapporter som är svar på regeringens uppdrag vilka inbegriper frågeställningar som är föremål för många politiska och mediala diskussioner.

Forskningen om bedömning som utförs på Försäkringskassan är inte lika omfattande som publikationerna om bedömning inom socialt arbete. Elsy Söderberg och Kristina Alexanderson (2004) har skrivit en litteraturöversikt om ”grindvakter” i sjukförsäkringen, det vill säga om personliga handläggare som tar beslut om olika förmåner. De har koncentrerat sig just på sjukförmåner. De anser att Sverige har utvecklat ett system för att minska sjukskrivningsantalet genom att öka och främja snabb återgång till arbete (arbetslinjen), genom rehabilitering. Det i sin tur blev en ytterligare arbetsuppgift för personliga handläggare att bedöma behovet av åtgärder för att underlätta återgång i arbete. Av Söderbergs och Alexandersons 16 utvalda forskningsmaterial belyser två de problem som personliga

handläggare påträffar under sitt arbete med att bedöma rätten till sjukpenning och samordnad rehabilitering. Peter Hultgren och Mimmi Barmark (2008, s 411) menar att:

Forskning om praxis för bedömning och beslut om rätten till sjukpenning är dock ytterst begränsad. Det saknas således kunskap om vilka konsekvenserna i praktiken blivit av den politiska viljeriktningen att skärpa villkoren för den enskildes rätt till sjukpenning.

Hultgren och Barmark (2008) menar att rätten till sjukpenning har skärpts och det resulterade i att det idag är den resterande arbetsförmågan som tas till vara vid sjukdomstillstånd. Deras undersökning har visat att risken att kunden får avslag på sin ansökan om sjukpenning varierar beroende på diagnosen samt att det finns sjukdomar som befinner sig under skärpt kontroll. Annie Hansen Falkdal (2005, s 53-54) har kommit fram till att det i klientjournalerna på Försäkringskassan saknas information som skulle behöva finnas där för att ge bättre underlag för bedömningen. Hansen Falkdal menar på att tillgång till efterfrågad information kan förbättra bedömningsprocessen och leda till mer välriktade rehabiliteringsåtgärder och samtidigt snabbare återgång till arbete eller till att söka jobb. Hensing, Alexanderson och Timpka (1997) beskriver i sin studie vilka svårigheter personliga handläggare upplever i samband med sitt arbete. Problem i samband med samarbete med andra aktörer vid rehabilitering, låg motivation hos kunder till att återgå till arbete och ofullständiga medicinska underlag var faktorer som bidrog till ökad stress, ytterligare arbete och ångest. Perjos (1998) har också koncentrerat sig på problem som personliga handläggare på Försäkringskassan upplever i samband med bedömningen av rätten till sjukersättning samt på att förväntningarna på dem ökar. Trots att personliga handläggare jobbar under hög arbetsbelastning och tidspress förväntas de vara lyhörda för kundernas behov och önskingar och samtidigt göra bedömningar i enlighet med lagar, regler och vägledningar. Perjos (1998) menar att många personliga handläggare accepterar sin yrkessituation, det vill säga den hierarkiska organisationen och hur beslutprocessen ska se ut. Samtidigt uttryckte de 16 intervjuade personliga handläggarna i hans studie att de kände att det inte fanns utrymme för dem att presentera sina idéer som skulle kunna påverka deras arbete och, enligt dem, leda till förbättring för kunder och personliga handläggare.

Riksrevisionen (2009, s 53-55) har granskat Försäkringskassans tillgång till underlag samt om huruvida underlaget var tillräckligt vid beslut om sjukpenning. I granskningsrapporten

påvisades att Försäkringskassan ofta fattade beslut på felaktiga grunder. Det vill säga att det saknades någon obligatorisk information som behövs för att fatta ett beslut. Oftast saknades något i läkarintyget. Riksrevisionen konstaterade att en sådan situation kan leda till risk att personer som fått rätt till sjukpenning kan mista den medan de försäkrade som fick avslag borde ha rätten beviljad. Lotta Westerhäll-Gisselsson (1983, s 347) menar i sin avhandling att begreppen sjukdom och arbetsförmåga är mångtydiga och vaga och just dessa är villkoren för bedömning av rätten till sjukpenning. Vidare anses att kraven som ställs för att villkoren ska uppfattas som uppfyllda är olika beroende på omständigheter i sjukfallet. Ståhls, Müsseners och Svenssons (2011, s 44-45) studie bygger på 24 djupintervjuer med olika aktörer som samverkar kring sjukskrivningssystemet. De kom fram till att handläggarna på Försäkringskassan grundar sin bedömning i stort sett på det medicinska underlaget och är tveksamma till att använda sig av andra informationskällor som till exempel SASSAM-kartläggning. I rådande riktlinjer står det att handläggarna vid bedömningen ska ta hänsyn till olika informationskällor. I vägledningen, ”Sjukpenning och samordnad rehabilitering” anses att: ”Varje sjukpenningärende är unikt och kräver att Försäkringskassan har det underlag som behövs i det enskilda ärendet. Det innebär att beslutsunderlagen kan variera både i omfattning och i innehåll, beroende på omständigheterna i ärendet” (Försäkringskassan 2014f, s 92).

Teori

Jag har valt att analysera min insamlade empiri med hjälp av två teorier för att få en intressant analys. Jag använder mig av det strukturella perspektivet som hör till i organisationsteorin. Ett strukturellt perspektiv hjälper mig att analysera empirin på en organisations- och individnivå samt hur strukturen som finns i organisationen påverkar de anställdas utförande av arbetet.

Handlingsteorin syftar å andra sidan till att belysa vikten av individens ansvar för sin egen utveckling. Det kan åstadkommas genom att de professionella som jobbar med människor, bidrar till eller hjälper den enskilde att själv komma till insikt om att de själva ansvarar för sin egen utveckling. Användning av handlingsteori ger mig möjlighet att beakta de svar jag fått från handläggarna angående rehabilitering och bedömningsprocessen.

Det strukturella perspektivet

Det strukturella perspektivet är ett av fyra som Bolman och Deal (2012, s 76) beskriver i sin bok, Nya perspektiv på organisation och ledarskap, för att bättre förstå sig på organisationer. Perspektivet har sin bakgrund i två traditioner: Max Webers byråkratiska samt Frederick Taylors scientific management. ”Det strukturella perspektivet ser bortom individerna och studerar arbetets sociala arkitektur” (Bolman & Deal, 2012, s 99). Perspektivet grundar sig på tron på rationalitet och den formella ordningen. Den sistnämnda minskar uppkomsten av problem samtidigt som den maximerar utfallet, men bara när ordningen utformas på ett rätt vis. För att ordningen ska fungera på bästa sätt finns det roller och relationer mellan dem. Arbetsbeskrivningar som byggs på tydliga gränser och roller bidrar till att jobbet blir mer effektivt och specialiseringen hjälper att ta tillvara kompetenserna hos de anställda på bästa vis (Bolman & Deal, 2012, s 75).

Försäkringskassan är en myndighet med en byråkratisk organisationsstruktur. Det som kännetecknar en byråkratisk organisation är centralstyrning som grundar sig på lagar och regler. Anställda som arbetar i byråkratiska organisationer har som uppgift att behandla sina kunder på ett objektivt och neutralt sätt inför lagen. Det vill säga att de professionella ska bemöta alla lika inför lagen samt att alla medborgare ska erhålla samma skydd av lagen (Rothstein, 2010, s 105). Organisationer förändrar och reviderar sina strukturer för att anpassas till olika villkor som mål, teknologier, omgivning. Organisationer tvingas därmed att förändras på grund av dessa inre och yttre faktorer (Bolman & Deal, 2012, s 119-121). Förändringar resulterar i att organisationer är olika i sitt sätt att anordna sin verksamhet. Henry Mintzberg har tagit fram fem organisationsstrukturer som redovisar hur de centrala komponenterna (operativa kärnan, mellancheferna, strategisk ledning, teknostrukturen samt stöd och serviceenheter) påverkar organisationsstrukturen (Bolman & Deal, 2012, s 109-110). Till dessa räknas professionell byråkrati och maskinbyråkrati. Professionella byråkratier är ganska platta och decentraliserade organisationer, där de anställda i den operativa kärnan har en formell och lämplig utbildning. Just utbildningen, men samtidigt lagar och regler styr de anställdas beslutsfattande (Bolman & Deal, 2012, s 113-114). Maskinbyråkrati grundar sig på enhetlighet och konsekvens samt på formalisering och arbetsspecialisering. Kontrollen över verksamheten utgörs av chefer och procedurer (Bolman & Deal, 2012, s 111-113). De två centrala frågorna som genomsyrar det strukturella perspektivet är hur man delar upp

arbetsuppgifterna (differentiering) och hur man samordnar de olika rollerna och grupperna (integrering) (Bolman & Deal, 2012, s 103-104).

Mintzberg beskriver organisationsstruktur så här:

... the division of labor into various tasks to be performed and the coordination of these tasks to accomplish the activity. The structure of an organization can be defined simply by as the sum total of the ways in which its labor is divided into distinct tasks and then its coordination is achieved among these tasks (Mintzberg, 1993, s 2).

Mintzberg beskriver också flera koordinationsmekanismer som förklarar hur organisationer koordinerar och styr arbetet. Till dessa inräknas: Självstyrning – ömsesidigt anpassning, direktstyrning, standardisering av arbetsprocesser, standardisering av arbetsresultat och standardisering av kompetens. Standardisering av arbetsprocesser innebär till exempel att organisationen skapar en förutbestämd karta som ger struktur vid arbetet. Det ger organisationer möjlighet att kunna planera och konstruera dessa processer innan arbetet har påbörjats (Bängs & Wong, 2011, s 11). Standardisering tillhör Taylors fyra principer angående scientific management och innebär att alla anställda inom en organisation ska utföra sina arbetsuppgifter lika och snabbt (Bolman & Deal, 2012, s 76).

Handlingsteorin

Det handlingsteoretiska perspektivet är ett synsätt som kännetecknas av framåtblickande. Begrepp som handling, mål, val, möjligheter och hinder är centrala i perspektivet (Aronsson & Berglind, 1990, s 13).

De professionella som arbetar med människor för att hjälpa dem med att förändra sina liv eller utveckla dem kan använda sig av ett handlingsteoretiskt perspektiv. De som använder den teorin i sitt arbete ser sin kund som ett subjekt, det vill säga en individ som har möjlighet att påverka och förändra sin livssituation. De professionellas uppgift blir då att hjälpa kunden att se egna möjligheter och komma till insikt om vad denne behöver göra samt att uppmuntra kunden till att själv fatta beslut och handla aktivt. För att nå dit utgår de professionella ifrån kundens egen syn på sina starka samt svaga sidor (Berglind, 1990, s 38-39).

En kritik mot handlingsteorin vilar på att omgivningen och inre drivkrafter påverkar individen och detta kan resultera i att valet som individen gör, inte alltid grundar sig på den enskildes egen vilja. Aspekter såsom påverkan från närstående eller omgivningen kan bli avgörande vid val av handlingsalternativ. Yttre och inre påverkan beaktas som hinder eller möjlighet i det handlingsteoretiska perspektivet (Berglind, 1990, s 33).

Val av åtgärder är begränsat till dem som erbjuds av organisationen och samtidigt av de beslut som de professionella fattar. Detta innebär att kunder inte helt och hållet kan styra över sina handlingar.

Metod

Förförståelse

*”Det som förefaller vara rena sinnesintryck innehåller i själva verket en god portion tolkning”
(Thurén, 1991, s 53)*

Jag ansåg att det var viktigt att beakta min förförståelse. Jag har fullföljt min praktiktermin på Försäkringskassan under vilken mitt intresse kring sjukförsäkringen väcktes. Mina erfarenheter från praktiken har även inverkat på uppsatsidén och uppsatsens utformning. Jag har också varit med under bedömningsprocesser och lärt mig bedömningsgrunderna bakom beslutsfattandet. Jag ville inte låta min förförståelse begränsa mig utan var öppen för att på ett djupare plan förstå hur de professionella med lång erfarenhet gör sina bedömningar.

Val av metod och alternativa tillvägagångssätt

För att kunna undersöka det som uppsatsen behandlar bestämde jag mig för att använda en kvalitativ metod. Den kvalitativa forskningen är induktiv, tolkande och konstruktionistisk i sig samt att den koncentrerar sig på ord (Bryman, 2011, s 340). Med utgångspunkt i mitt syfte valde jag att använda mig av semistrukturerade (halvstrukturerade) intervjuer. Denna typ av intervjuer befinner sig mellan intervjuer som är öppna och helstrukturerade (Levin, 2008, s 37). Denna metod lämpar sig bäst för att svara på mina frågeställningar eftersom jag är intresserad av uppfattningar, tankar, förståelse och reflektioner och den typen av empiri samlas mest effektivt in med hjälp av intervjuer eller observationer. Betoningen på intervjupersonernas egna uppfattningar och synsätt är centrala i den kvalitativa forskningen (Bryman, 2011, s 413).

Transkriberade intervjuer är empirin som är grunden till min analys. För att förankra mina resultat har jag använt mig av tidigare forskning som behandlar liknande företeelser och internt material från Försäkringskassan i form av: vägledningar, processkartor och riktlinjer. Att använda flera olika metoder i samma studie för att bättre förstå problemställningen definieras som triangulering (Bryman, 2011, s 354).

Ett annat sätt att ta sig an mitt syfte är att utföra observationer. Jag skulle kunna följa handläggare på deras möte med kunder eller vara närvarande vid själva bedömningen. Min närvaro vid mötena mellan handläggare och kund kan upplevas på olika sätt. Kunden kan känna sig sedd och hörd eller uppfatta min närvaro som en kränkning. Att vara närvarande vid bedömningen av rätten till sjukpenning kan samtidigt vara tidskrävande och medföra etiska svårigheter. Att få tillgång till journaler, läkarintyg och personuppgifter förutsätter att man har tystnadsplikt. Det i sin tur kräver att forskaren får tillåtelse och behörighet att ta del av informationen. Därför har jag riktat in mig på att utföra semistrukturerade intervjuer med de professionella.

Metodens förtjänster och brister

Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2011, s 40) menar att: ”en fördel med att göra kvalitativa intervjuer är att man kan anpassa frågorna och den ordning man ställer dem i efter situationen på ett helt annat sätt än om man är bunden vid ett helt standardiserat frågeformulär”. En fördel i semistrukturerade intervjuer är att forskaren använder sig av en intervjuguide. Den innehåller större frågeområden istället för många detaljerade frågor. Det bidrar till att samtalet flyter på mer naturligt. Den intervjuade har en viss kontroll över samtalet och frihet angående vilka saker som tas upp. Samtidigt ska intervjuaren inte leda eller styra intervjun, men ska vara med och ställa följdfrågor vid behov (Bryman, 2011, s 419; Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2011, s 40). Flexibiliteten som Ahrne och Svensson (2011, s 40) beskriver kan uppfattas både som en fördel och en nackdel. För en orutinerad intervjuare kan det vara krångligt att ha koll på intervjuguiden, redan ställda frågor och de som ska ställas.

Det jag upplevde var att det inte är så komplicerat att intervjuas som jag trodde från början. Vid de första tillfällena var jag nervös och skakig, men med tiden blev jag mer säker och trygg i min roll. Jag tyckte att jag hade lätt att ställa följdfrågor och jag hade stor nytta av min intervjuguide. Jag kunde se vilka teman/områden som vi redan pratat om samt vilka som

måste beröras. Jag märkte också att tystnaden under en intervju inte är något som bör undvikas. Jag gav intervjupersonerna tid att tänka och jag kunde konstatera vilka andra frågor jag behövde ställa.

Till svagheter kan räknas att en intervju sker på tidigare bestämd plats och tid. Det som framkommer kan tolkas och förstås på ett annat sätt än den intervjuade skulle vilja (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2011, s 57). Bryman (2011, s 369) menar att intervjupersonerna påverkas av intervjuarens egenskaper (kön, ålder, personlighet). Bryman (2011, s 369) instämmer med Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2011, s 57) och anser att tolkningen av empirin influeras av forskarens subjektiva åsikter och sympatier. Därför är det svårt att replikera och generalisera kvalitativa resultat. Metoden ger bara en begränsad bild av en företeelse utifrån den intervjuades perspektiv, vilket också kan räknas till intervjuens svagheter (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2011, s 56). Intervjuer och transkriberingar är också tidskrävande samt tolkningen av den insamlade empirin kan utföras på många olika sätt (Lewin, 2008, s 37).

Jag har transkriberat fyra intervjuer och processen var mycket tidskrävande men givande på samma gång. Jag har närmast mig empirin och redan då sett några mönster. Jag la märke till att mina intervjupersoner oftast inte förklarade förkortningar som är kopplade till professionen. Jag tolkar deras beteende som att de antar att jag känner till förkortningarna eftersom jag praktiserat på myndigheten. Jag som person och mina tidigare erfarenheter hade inverkan på dem. I sådana situationer bad jag mina respondenter att förklara.

Utformning av intervjuguiden

Jag tycker att det varit komplicerat att formulera frågorna till intervjuguiden så att de skulle täcka hela spektret av teman samtidigt som svaren på dessa skulle ge mig tillräckligt med empiri. Jag påbörjade utformningen av intervjuguiden genom att finna de grundläggande teman som jag ansåg vara viktiga för undersökningens syfte. Vidare skrev jag några frågor som skulle hjälpa mig att få mer specifik och detaljerad information.

I pilotstudien intervjuade jag en person med lång yrkeserfarenhet på Försäkringskassan. Målet med pilotstudien var att testa mina instrument (intervjuguiden och mig själv som intervjuare). Efter intervjun gjordes några ändringar i intervjuguiden i form av att några frågor

kompletterades, flyttades och nya uppkom. Pilotstudien var ett utmärkt sätt att träna inför kommande intervjuer och minska anspänningen. Jag observerade direkt fenomenet med förkortningar som jag tidigare skrivit om. Vidare märkte jag att jag vid ett tillfälle bekräftade intervjupersonens utsaga på ett oprofessionellt sätt. Genom mitt kroppsspråk och mimik gav jag intryck av att jag förstår vad intervjupersonen menar eftersom jag upplevt något liknande själv. Det är min tolkning av signalerna jag sände och jag kände att jag verkligen bör tänka på mitt kroppsspråk vid vidare intervjuer.

Urval

Med begreppet personliga handläggare menar jag handläggare som utför sitt arbete på Försäkringskassan. Avsikten var att intervjua fyra professionella som genom sitt arbete och yrkeserfarenhet har kunskap om sjukskrivningsprocessen. Jag har varit i kontakt med nio personer och fyra av dessa uttryckte intresse för att medverka i min studie.

För att uppnå mitt syfte och besvara mina frågeställningar var det viktigt att vända mig till en grupp individer som har kunskap om sjukskrivningsprocessen och som kan besvara mina frågor och ge intressanta infallsvinklar. Därför intervjuade jag personer som har arbetat inom myndigheten under längre tid. Eriksson- Zetterquist och Ahrne (2011, s 42) menar att forskningsfrågan, som forskaren har valt, i hög utsträckning påverkar vilken grupp av människor som ska intervjuas. Jag har alltså använt mig av en strategisk urvalsteknik. Bryman (2011, s 392) specificerar vidare att urvalet blir målinriktat när forskaren väljer ut intervjupersoner med sitt forskningsmål i åtanke. Genom att välja en specifik grupp blir resultaten omöjliga att generalisera till hela populationen. Den valda gruppen blir inte ett representativt stickprov (Bryman, 2011, s 194). Mitt resultat går däremot att generalisera till teori. Bryman (2011, s 369) menar med hänvisning till Mitchell 1983 att: ”den bindande kraften i det teoretiska tänkandet [...] är det avgörande när generaliserbarheten i resultaten från kvalitativ undersökning diskuteras”.

Jag kontaktade en områdeschef i en mellanstor stad i Skåne och presenterade mig, syftet med uppsatsen och bad om tillåtelse att kontakta medarbetarna. Jag fick klartecken att utföra intervjuer någon dag senare. Områdeschefen ville inte välja ut medarbetarna till mina intervjuer eftersom det, enligt henne, skulle påverka min studies trovärdighet. Jag fick lov att själv kontakta handläggarna och fråga om de ville ställa upp på en intervju. Jag kontaktade

handläggarna via e-post. Jag använde mina kontakter för att få tag på handläggarnas e-postadresser. I meddelandet har jag kortfattat beskrivit mig själv, syftet med min studie samt de forskningsetiska principerna. Jag informerade om att jag varit i kontakt med deras chef och fått tillåtelse att kontakta dem samt att utföra intervjuer. Vidare informerade jag om att deltagandet i studien är frivilligt men att den utan informanter inte skulle vara möjligt att genomföra.

Jag begränsade mig till Skåne på grund av att jag ville kunna utföra mina intervjuer på plats. Den stundande påskledigheten gjorde att jag kände en viss oro och trodde att jag skulle ha svårt att träffa intervjupersoner. Ändå valde jag att intervju personligen eftersom jag ansåg att jag kunde förlora en del material genom att intervju personer via telefon. Ett personligt möte skapar en relation mellan den intervjuade och intervjuaren och detta kan bidra till att mer tillförlitliga och uttömmande svar erhålls. Det förtroende som skapas under intervjun kan resultera i att respondenten berättar mer djupgående om erfarenheter och känslor som är viktigt för forskningen. Under praktikterminen träffade jag och arbetade med en del av de anställda på Försäkringskassan i olika delar av Skåne. Mina kontakter från praktikperioden använde jag till att hitta intervjupersoner som jag inte har en närmare relation till. Crang och Cook (2007, s 16) använder begreppet ”gatekeeper” eller grindvakt (Bryman, 2011, s 384) för att beskriva personer som hjälper forskaren att få tillträde till fältet. Mina kontakter var just grindvakter som bidrog till att jag kunde utföra min studie.

Alla utvalda intervjupersoner har jag tidigare träffat under praktikperioden. Det att jag har mött personen innan kan betraktas som en fördel, tycker jag. Som en oerfaren intervjuare skulle det kunna vara besvärligt att intervju helt obekanta människor. Genom att jag kände igen ansiktet på de intervjuade och kanske har hälsat på dem i korridoren underlättade det att bryta isen och bidrog till att stämningen under intervjun blev lite mer lättsam. Jag tror också att dessa personer var mer benägna att delta i min studie på grund av de kände till mig eller hade hört talas om mig. En av intervjupersonerna uttryckte detta bokstavligen. Hon berättade att hon tidigare fått förfrågningar om intervjuer som hon inte besvarade på grund av hög arbetsbelastning men att hon hittade en lucka för min skull. Jag observerade vidare att det också var lättare för den intervjuade att öppna sig och dela med sig av sina tankar och reflektioner när personen kände igen mig från andra sammanhang som var kopplade till arbetsplatsen. Det kan samtidigt tolkas som en nackdel eftersom jag fick ta del av vissa tankar

och känslor som intervjupersonerna kanske inte skulle dela med sig till en obekant intervjuare.

Intervjuerna utfördes på Försäkringskassans lokalkontor. Ett kontor eller besöksrum var alltid bokat för att minimera störande ljud och maximera tryggheten och bidra till en avslappnad atmosfär. Varje intervju tog mellan 25-45 minuter. Samtliga intervjuer spelades in efter att medgivande från intervjupersonerna gavs. Som tack för intervjupersonernas medverkande i studien fick alla deltagare vars en blomma.

Tillförlitlighet och äkthet

Kvalitativ och kvantitativ forskning får fram sin empiri på olika sätt genom att använda olika metoder. Ett mål med all slags forskning är att uppnå hög kvalitet.

De kvalitativa studierna koncentrerar sig på att få en bättre förståelse om ett problem eller fenomen och därmed hamnar den statistiska representativiteten i skuggan (Holme & Solvang, 1997, s 92). Kvalitativa studier kan värderas utifrån andra kriterier. De två grundläggande kriterierna är tillförlitlighet som består av trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och en möjlighet att styrka och konfirmera samt äkthet (Bryman, 2011, s 352-357).

Tillförlitlighet

För att öka trovärdigheten, som handlar om överensstämmelse mellan studiens syfte och val av frågeställningar, intervjupersoner och datainsamling har jag försökt att ställa så relevanta frågor som möjligt. Samtidigt la jag stor vikt vid hur jag konstruerade min intervjuguide och vilka teman jag använde mig av. För att kontrollera om min intervjuguide fungerar och om mina frågor täcker mina frågeställningar har jag genomfört en pilotintervju. Enligt Bryman (2011, s 422) är det ett utmärkt sätt att få mer erfarenhet av metoden samt att granska intervjuguiden och dess användbarhet. Efter varje intervju har jag skickat transkriberat material via e-post till de intervjuade för att försäkra mig om att jag har uppfattat allt rätt. Samtliga personer svarade och hade inga invändningar.

Med utgångspunkt i mitt syfte, frågeställningar och val av metod kan slutsatsen dras att överförbarheten i min studie är ganska låg eftersom jag har inriktat mig på att djupintervjua fyra handläggare som arbetar på Försäkringskassan. Därför anser jag att resultatet inte är representativt för personliga handläggare i stort.

Pålitlighet (reliabilitet) handlar om att mätinstrumenten är pålitliga. En hög reliabilitet betyder att resultatet är desamma vid upprepade mätningar oberoende av vem som utför mätningen eller undersökningen (Bryman, 2011, s 49). För att öka pålitligheten under mina intervjuer har jag använt mig av en diktafon och tänkt på mitt förhållningssätt under insamlingen av empirin samt under analysen. Intervjuguiden kan användas igen för att återskapa min studie samt att jag beskrev alla faser. Det borde ge en fullständig bild av hur jag gick till väga.

Jag har beskrivit min förförståelse samt processer under studien och det gjorde mig medveten och försiktigt vid analysen av empirin. Beskrivningen gjordes för att synliggöra min medvetenhet om mina brister i objektiviteten samt att jag agerade i god tro och inte lät mina värderingar påverka resultaten. Bryman (2011, s 355) använder begreppet konfirmering för att behandla särdragen av tillförlitligheten.

Äkthet

I utförandet av studien har jag iakttagit äktheten (Bryman, 2011, s 356-357). Begreppet innebär att forskaren ger en rättvis bild av åsikterna hos intervjupersonerna. Det försökte jag uppnå genom att ställa följdfrågor under intervjuerna för att bättre förstå vad intervjupersonerna menar samt genom att transkribera intervjuer och skicka dem till respondenterna. Mina frågor som i stort sätt handlade om hur bedömningen utförs kunde bidra till att professionella reflekterat över sin arbetsmiljö och hur andra upplever miljön.

Holme och Solvang (1997, s 94) ställer två krav på informationen. Att den ska vara pålitlig (reliabel) och giltig (valid). Giltig information fås genom att forskaren studerar fenomenet i närheten av det, till exempel genom att djupintervjua personer. Pålitlig information anses vara information som svarar på forskarens frågeställningar och ger forskaren en nyanserad bild av det undersökta fenomenet.

Etiska överväganden

Etik är en oerhört viktig del inom forskningen. Innan jag påbörjade studien deltog jag i en föreläsning om etik inom forskning och uppsatser samt bekantade mig med forskningsetiska principer.

Utifrån fyra forskningsetiska principer informerade jag intervjupersonerna i början av intervjuerna om syftet av min undersökning (informationskravet) samt att materialet används

bara för min uppsats (nyttjandekravet). Grunden var att jag fick samtycke från de intervjuade att använda deras ord i min studie (samtyckeskravet). Alla intervjupersoner är anonyma (konfidentialitetskravet) och fick ta del av sin transkriberade intervju. Intervjupersonerna har fått veta att de alltid kan avstå från att svara på en fråga och kan avsluta intervjun om de känner för det (Bryman, 2011, s 131-132). Därmed tänkte jag också på dessa principer under intervjuerna samt skrivandet av uppsatsen.

Som jag beskrev tidigare valde jag att intervju de professionella istället för att observera hela bedömningsprocessen eftersom jag ville undvika att medföra skada, oro eller stress för de sjukskrivna samt på grund av min begränsade tidsram.

Jag har intervjuat personer som jag träffat tidigare, men som jag inte har någon närmare relation till. Jag utgick ifrån att det kan vara en fördel för mig som kommer intervju i skarpt läge för första gången. Mitt mål var att förhålla mig professionellt till intervjupersonerna under intervjuprocessen och tycker att faktumet att vi kände igen varandra underlättade för de intervjuade att slappna av och svara mer uttömmande.

Under uppsatsskrivandet fick jag besked om att jag kommer att bli anställd på myndigheten där jag intervjuade personerna till studien. Jag hann utföra alla intervjuer innan jag påbörjade anställningen, men situationen hade inverkan på mig. Jag upplevde att jag undersöker det som kanske kommer vara mina arbetsuppgifter i framtiden - just att bedöma rätten till sjukpenning och rehabilitering. Min objektivitet påverkades i den mån att jag några gånger under intervjuerna upplevde att jag sympatiserade med intervjupersonen samt att jag kunde bekräfta intervjupersonernas uttalande på ett oprofessionellt sätt (till exempel genom mitt kroppsspråk eller uttalande: ”jag förstår vad du menar”). För att undvika eller minimera detta har jag medvetandegjort det och koncentrerat mig på studiens mål. Bryman (2011, s 369) anser att subjektiva benägenheter och sympatier hos forskaren påverkar tolkningsförmågan vid analysen. Själv anser jag att det är svårt att bortse från sina tidigare erfarenheter, upplevelser och värderingar vid undersökningen, men det är värt att försöka att öppna sig för andra infallsvinklar och kunna utforska ett område eller fenomen med nya ögon. Min förförståelse samt tidigare erfarenheter från praktikterminen skulle kunna påverka min studie genom att jag som författare är för nära ämnet och inte distanserar mig. Samtidigt är författarens objektivitet viktig under uppsatsskrivandet och insamling av empiri. Jag var medveten om riskerna som medföljer om jag skriver om sjukförsäkringen, men mitt intresse var så starkt och genuint så

därför ville jag fördjupa mig i ämnet. Att skriva om ett ämne som jag är intresserad av gav mig mer tillfredsställelse under arbetets gång och bidrog till kunskapsutveckling. Jag reflekterade mycket kring min roll under intervjuerna och försökte vara objektiv och lyhörd för att samla empiri som kan resultera i en intressant analys.

Beskrivning av intervjupersonerna

Jag har personligen intervjuat fyra personer som arbetar som personliga handläggare på Försäkringskassan i en mellanstor stad i Skåne. Samtliga intervjuer genomfördes på intervjupersonernas arbetsplats inom en tvåveckorsperiod i april månad. Samtliga intervjupersonerna medgav sitt samtycke till inspelning av intervjun. Efter transkriberingen fick alla möjlighet att läsa och lämna invändningar. Inga invändningar rapporterades.

Jag gav mina intervjupersoner fiktiva namn för att skydda deras identitet.

Intervjuperson nr 1, Britt är kvinna och hon har störst erfarenhet av att jobba med sjukskrivna arbetslösa. Hennes arbetsuppgifter består av att bedöma rätten till sjukpenning samt att samordna rehabiliteringsinsatser.

Intervjuperson nr 2, Sandra är kvinna och hon jobbar med ett åttiotal personer och tar hand om deras sjukskrivning och rehabilitering.

Intervjuperson nr 3, Jenny är kvinna och har störst erfarenhet av rehabilitering inom sjukförsäkring.

Intervjuperson nr 4, Linda är kvinna och hon har jobbat med olika förmåner, men under lång tid har hon jobbat med sjukpenning.

Kodning av transkriberade intervjuer

Jag inledde analysprocessen genom att lyssna på de fyra inspelade intervjuerna och samtidigt transkribera. När allt var transkriberat kodade jag materialet med studiens syfte i åtanke.

Kodning innebär att forskaren arbetar nära det insamlade materialet och går igenom det rad för rad och skriver kommentarer i marginalen. Efter några läsningar till kan ett mönster utformas (Ahrne & Svensson 2011, s 198). Det bidrar i sin tur till en bättre förståelse av materialet. Jönsson (2010, s 56) menar att: ”ju mer fokuserad datainsamlingen är, desto mer av kodningsprocessen är förutbestämd”. Han ger ett exempel där frågor och tänkta svar i strukturerade intervjuer kan användas för att koda materialet.

Jag använde inte dataprogram till själva kodningen, men jag skrev ut min empiri och markerade i marginalen, med hjälp av överstrykningspennor och bokstäver. Avsikten är att koda materialet utan att förlora meningen. Min tanke var att hitta intressanta teman och kategorier i empirin och synliggöra dessa. I kapitlet, resultatredovisning, presenterar jag huvudteman och kategorier och i analyskapitlet analyserar jag dessa med användning av begrepp och teorier.

Resultatredovisning

Huvudteman och kategorier

Här redovisar jag resultatet från intervjuerna utifrån de huvudteman och kategorier som växt fram genom bearbetning av empirin - kodning. Utifrån kodningen lyfts fyra huvudteman fram som inbegriper ett antal kategorier. Redovisningen berikas med citaten från intervjutillfällena. Analys, som kopplar samman resultat och teori, presenteras i ett enskilt kapitel.

Organisation

Organisation är ett tema som berörs av samtliga intervjupersoner. Temat synliggörs i början av intervjuerna när intervjupersonerna berättar om sina arbetsuppgifter och nuvarande arbetssituation.

Arbetsbelastning

En kategori som uppkom och ingår i organisationstemat är arbetsbelastning. Linda säger: ”... så har min ärendemängd ökat med nästan en tredjedel. Den har ökat rätt markant, ärendemängden”. Arbetsbördan kan öka på grund av olika skäl, som till exempel att en av medarbetarna slutar eller går i pension eller att sjukfallsantalet ökar och sätter press på personliga handläggare. Det i sin tur påverkar hur arbetet utförs eftersom tiden som den personliga handläggaren har till varje ärende och varje kund måste fördelas på mängden av ärenden. En ny och tidskrävande arbetsuppgift, som nämns av intervjupersonerna, har också tillkommit. Jag återkommer till detta längre fram.

Omorganisation

Den andra kategorin som uppkom under kodningen var omorganisation. Det utfördes en omorganisation i myndigheten en månad innan genomförandet av intervjuerna.

Omorganisationen resulterade i att alla nya ärenden till detta kontor enbart skulle beröra personer som är i behov av en samordnad rehabilitering. Britt berättar:

Varje dag sitter vi tillsammans med tidig bedömning, så våra kollegor i X (namn på en stad i Skåne) och gör en initial behovsbedömning, IBB, där vi kategoriserar de från: 1, 2, 3. Ettor är de som är friska, direkt, kanske kommer vara sjuka i en vecka. Tvåor är de som förväntas bli friska utan några åtgärder. Man har kanske brutit en arm eller ett ben, behöver kanske sex, åtta veckor sjukskrivning och sen förväntas man bli frisk, utav sig själv. De stannar ju kvar på tidig bedömning. De ärendena. Och sen då, nästa kategori är ju treorna, som går över till oss som personliga handläggare. Och då är de bedömda att vara i behovet av utökat stöd eller en samordnad insats.

Beskrivningen är tydlig och förutom de nya ärendena som kommer in har handläggarna sina gamla ärenden som inte är avslutade. En del av dem är också i behov utav samordningsinsatser, men långt ifrån alla. På grund av omorganisationen har en ny arbetsuppgift tillkommit, det vill säga att göra inkomstutredningar. Linda påpekar det och säger:

Plus att vi då startar upp och gör inkomstutredningar, det är en rätt så tidskrävande utredning. Och det ska utredas både rätten till sjukpenning och inkomstutredning och så och ska det sammanställas och startas upp . Det tar faktiskt rätt så lång tid. Även om, jag tror att jag tycker att det är det bästa för kunden.

På det sättet har omorganisationen bidragit till att arbetsbelastningen ökar.

Team

Team är nästa kategori som uppmärksammades. Britt, Sandra, Jenny och Linda tillhör olika team på kontoret. Britt berättar: *"Vi är uppdelade i sex team som är geografisk inriktade."* Sandra fyller på: *"Vi är team på 7-8 personer."* I gruppen fördelar man de nya inkomna ärendena utifrån olika ansvarsområden. Några personer är ansvariga för olika städer eller arbetsgivare, där överenskommelse finns. Andra ärenden som inte passar in i dessa kategorier fördelas mellan alla i teamet. Linda beskriver hur det fungerar i hennes grupp:

Den som har utrymme, den som har minst belastning. Alltså, det handlar inte bara om antal ärende, men det handlar om hur man upplever sin arbetssituation. Är det så att man känner att nu har jag jättemycket och rent orkar inte ta ett till, eftersom det tar väldigt långt till att starta upp, så är det någon annan som tar. Det är inga konstigheter.

Samtliga hade uttalat att arbete i team fungerar när alla är engagerade och ärliga.

Bedömningsprocessen

Temat bedömningsprocessen handlar om vad och hur personliga handläggare gör för att bedöma rätten till sjukpenning. Kategorierna spänner alltifrån vikten av det medicinska underlaget till kontakten med den försäkrade och svårigheterna vid bedömningen.

Medicinskt underlag

Samtliga intervjupersoner anser att läkarintyget är en viktig del av bedömningen. Utan medicinskt underlag sker ingen bedömning eller utbetalning. Britt förklarar att hon i läkarintyg granskar:

... det som kallas DFA-kedjan. Diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar. Och det är den DFA- kedjan som ska tala om som läkaren ska tala om diagnosen och sen ge en förklaring till vad det är som han har hittat som styrker den diagnosen, vad det är för funktionsnedsättningar som diagnosen ger och sen aktivitetsbegränsningarna utifrån funktionsnedsättningen.

Sandra säger också att hon tittar på läkarintyget och ger ett exempel på ett fall som hon ansvarar för. Linda poängterar att läkarintyget är det: ”Som ligger till grund för rätten till sjukpenning”. Vid bedömningen behövs också en ansökan där den försäkrade själv beskriver sina besvär och på vilket sätt sjukdomen påverkar den försäkrades arbetsförmåga. Efter omorganisationen har en och samma handläggare kontakt med sin kund från början till slut. Så tycker Linda: ”Det är det bästa för den enskilde och det bästa för mig, jag får en mer samlad bild tidigt, man kan bygga en bra relation från början”.

Bedömningen av rätten till sjukpenning var tidigare den enda bedömningen som handläggare gjorde. Innan omorganisationen var det Tidig Bedömning som startade upp alla ärenden och gjorde inkomstutredningar. Idag hör inkomstutredningen till arbetsuppgifterna på kontoret. Britt berättar hur hon går till väga:

Jag kontrollerar så att SGI-n, den sjukpenninggrundande inkomsten, att den är rätt. Att man har rätt till att stå i en SGI, till exempel eller framför allt de som är arbetslösa är viktigt att de är aktuella på Arbetsförmedlingen och inte har haft något glapp i den kontakten för det räcker att man har varit avaktualiserad en, endaste dag, så tappar man sin SGI och blir nollklassad.

Linda säger: ”jag tittar på inkomsten, utreder vad jag behöver veta mer. Kan jag fastställa någon, är det saker som fattas?” Den nya arbetsuppgiften uppfattas som tidskrävande och svår, men det nya sättet uppfattas över lag som positivt för kunden och handläggaren av de anställda. Relationen och förtroendet skapas från början och den försäkrade har en och samma handläggare som den kan vända sig till vid frågor och funderingar. Under den första telefonkontakten kan handläggaren presentera sig själv och fråga om olika saker vid behov. Linda berättar: ”Och sen ringer jag upp den försäkrade och pratar. Först om inkomsten och sen om den andra [rätten till sjukpenning] om det är någonting. Förklarar vem jag är. Informerar om vad jag gör, hur det fungerar om regler och så”. Samtidigt skickas ett brev till kunden med information om dennes nya personliga handläggare samt kontaktuppgifter.

Svårigheter

Ytterligare en kategori är svårigheter som kan uppkomma vid bedömningen av rätten till sjukpenning. Samtliga intervjupersoner berättade att en av svårigheterna är när det medicinska underlaget inte är komplett, när det inte finns tillräckligt beskrivet vilken

aktivitetsbegränsning, funktionsnedsättning som finns samt vilken diagnos det gäller. Sandra säger att svårigheter uppkommer när: ”man inte har så mycket uppgifter i ärendet, om inte läkaren var tydlig. Det är en svårighet. Mycket, mycket svårigheter kommer just med anledning av läkarintyg”. Linda berättar hur hon hanterar svårigheten:

Jag måste begära komplettering. Vilket både oroar den försäkrade och tar tid. Ännu värre är om man inte får in några kompletteringar eller bra kompletteringar som förändrar. Alltså som jag får in den information som jag behöver för att få lov att kunna ta ställning.

Vidare berättar hon att hon påminner läkaren om komplettering eller skickar förfrågan om ytterligare en komplettering för att kunna besluta om rätten till sjukpenning. Att begära kompletteringar och vänta på dessa är en tidkrävande process och det påverkar kundens ekonomi, eftersom beslutstiden förlängs. Samtliga resonerar likadant vid reflektion om hur de hanterar denna svårighet.

Rehabilitering

Temat rehabilitering har jag sammansatt av de kategorier som jag vid kodningen bedömt berör bedömning av rehabiliteringsbehov.

Kontakt med olika aktörer

Vid rehabiliteringen har handläggarna kontakt med olika aktörer. Jenny berättar hur hennes samarbete med Arbetsförmedlingen ser ut:

Då börjar man alltid att begära en gemensam kartläggning och det är ju formalia kring det, hur det ska gå till, och man bokar sedan en tid och då, innan besöket sker behövs samtycke från den försäkrade, att det ok att vi träffas och vissa handlingar lämnas ut. Därefter gör man en liten kartläggning om nu och framåt, vilka resurser som finns och vad vi behöver lägga till.

Sandra beskriver en situation där det behövs kontakt med läkaren:

Jag tänker att här behövs samordning, en samordningsinsats, där det behövs en träff med Arbetsförmedlingen, men diagnosen visar inte det, aktivitetsbegränsningarna visar inte det då blir det en svårighet. Då kan man ta kontakt med läkaren och prata med den, fråga och är det något annat som stör.

Dessa två aktörer, Arbetsförmedlingen och läkaren, nämndes av samtliga. Britt talade också om arbetsgivare som en annan aktör. Arbetsgivare borde se över vad de kan göra för anpassningar så att den försäkrade skulle klara sitt arbete. Arbetsgivare kan vara en aktör bara när den försäkrade fortfarande har en anställning.

Den försäkrades engagemang

Flertalet nämner att för att lyckas med rehabilitering behövs det att den försäkrade är med. Linda säger att:

Därför är det bra att diskutera, vad man ska undvika och lite den försäkrades syn på vad de är intresserade av, vad den har för utbildning, vad den har jobbat med innan, mycket av den informationen får jag ju redan innan, när jag träffar de försäkrade på ett personligt möte, där gör vi SASSAM. Och där tittar vi och går igenom både vad de har jobbat med, diagnoser, symptom, besvär ... Vissa har önskemål, drömmar, tankar, då kan man försöka dra åt det hållet ju. SASSAM är jättebra, där får man prata lite mer om hur man, personen ser på saker.

En av de intervjuade, Jenny, anser att rehabiliteringen borde ta sin tid. Hon menar att det finns tyngre diagnoser, som till exempel behöver tre års rehabiliteringstid. Vidare säger hon att: ”Därför tycker jag att det är lite tråkigt att vi bara har rehabiliteringsersättningen 365 dagar. Nu har man möjlighet att koppla på aktivitetsstöd från Arbetsförmedlingen”. Jenny menar på att rehabiliteringen måste få ta tid för att man uppnår en hållbar lösning.

Sandra anser också att det är viktigt att ha kunden med sig under planeringen av rehabiliteringen.

Ibland ser jag från början att det behövs en samordning. Men det är inte alltid så. Och då brukar det bli när man träffas. Då får man reda på att den här sjukskrivningen var återkommande, om personen har gått i olika utbildningar och provat olika yrkesområden trots sjukdom. Sådana saker kommer fram. Då blir det samordning av det.

Just samtal och diskussion med den försäkrade leder till att handläggarna får bakgrundsinformation och kan tillsammans med andra aktörer (Arbetsförmedlingen, läkaren och kunden) hitta den bästa möjliga rehabiliteringsåtgärden för just den individen. Jenny konstaterar att tanken med rehabiliteringen är att kunden kan återkomma till arbete och inte komma tillbaka till Försäkringskassan om ett halvår.

Diagnos- och könsmönster

Temat handlar om vilka diagnoser och vilket kön som förekommer i intervjupersonernas ärenden.

Psykiska sjukdomar

Den första kategorin är psykiska sjukdomar. Samtliga har under intervjun nämnt att psykiska sjukdomar är överrepresenterade i sjukfallsantal. Britt säger: ”Psykiska funktionshinder är ju en stor bit. Det är någonting som, jag tror, ökar hela tiden. Har gjort i många, många, många år”. Denna iakttagelse gör även resterande intervjupersoner. Angående kön finns det en viss osäkerhet hos de intervjuade. Det märks tydligast hos Sandra, som säger: ”Jag har en liten känsla av att kvinnor dominerar, när det gäller psykiatriska sjukdomar. Men är inte helt. Det är en känsla, som sagt”. Britt tycker att de psykiatriska diagnoserna spänner sig nog över hela populationen, ingen specifik ålder eller kön. Jenny kunde inte ge ett tydligt svar angående kön. Linda poängterade: ”Jag måste säga att jag är väldigt ointresserad av ålder och kön”. Linda förklarar att hon försöker att inte titta på kön eller ålder eftersom hon vill vara objektiv. Hon väger inte in detta i sin bedömning eftersom det är det medicinska som gäller.

Likabehandling

Efter en kort information från min sida har vi koncentrerat oss på en utvald grupp av individer - sjukskrivna kvinnor med psykiska diagnoser. Enligt forskningen och rapporter från

Försäkringskassan är just den gruppen överrepresenterad i sjukfallsantalet. Utifrån diskussioner som fördes med intervjupersonerna uppkom en ny kategori: likabehandling.

Samtliga svarade att ökningen av sjukskrivna kvinnor med psykiska diagnoser inte har förändrat deras bedömning av rätten till sjukpenning i någon mån. Britt anser att:

Själva bedömningen är inte annorlunda beroende på diagnosen i sig utan det är underlag som styr helt och hållet. Det som möjliggörs kan vara skillnaden med det att man måste bortse från alla sociala situationer. Som kanske är lite mer överrepresenterat bland psykisk ohälsa.

Sandra, Jenny och Linda svarade kort att det inte har någon påverkan alls på deras bedömning. Flertalet uppger att de inte har fått någon utbildning eller vägledning att hantera detta. Jenny påpekar att arbetsgivaren erbjöd utbildningar som handlade om psykiska funktionsnedsättningar och bemötande, men hon valde att utbilda sig på egen hand. Hon säger vidare att lång erfarenhet av arbete med människor och människokänedom underlättar möten med kunder med tunga psykiska besvär. Hon nämner en tillgång till - FMR (försäkringsmedicinsk rådgivare) som är en sakkunnig i de medicinska frågeställningar som aktualiseras i handläggningen och som kan ge råd och förklara den försäkrades sjukdom. Kategorin likabehandling blev synlig vid rehabiliteringen av sjukskrivna kvinnor med psykiska diagnoser. Det är likadana former av rehabilitering för alla, oberoende av diagnostyp. Linda berättar: "Det är samma begäran om gemensam kartläggningsmall och det är samma mall för dokumentation. Det är samma regler för alla. Det är inte urskiljt, någon särskild diagnos". Sandra poängterar att: "Jag samordnar utifrån deras behov och sen kan det vara både psykiskt och fysiskt. Spelar ingen roll!" Det blev tydligt att intervjupersonerna inte tar i beaktande att kunden har ett specifikt kön eller en psykisk diagnos. Likabehandlingen innebär enhetlighet och konsekvens. I bedömningen betyder det att liknande omständigheter borde bedömas som relevanta och ska i sin tur leda till likadana slutsatser.

Analys

Analysen grundar sig på utsagor från de fyra intervjutillfällena. Jag kommer bara använda ett enda kort citat i analysen och sedan kommer jag använda mig av informationen från

resultatredovisningen direkt i min diskussion. Avsikten är att göra analysen mer lättbegriplig och kondenserad.

Under denna rubrik kommer jag att analysera resultatet av min studie utifrån teoretiska perspektiv samt tidigare forskning. Detta kopplas till syftet som är att undersöka hur personliga handläggare resonerar vid bedömning av rätten till sjukpenning och samordnad rehabilitering samt de tillhörande frågeställningarna. Utifrån empirin uppmärksammades olika teman och kategorier. I analysen kommer jag att presentera utvalda teman: organisation, bedömningsprocess, diagnos- och könsmönster samt rehabilitering. Organisationstemat kommer behandla handläggarnas nuvarande situation på arbetsplatsen, det vill säga omstruktureringen och arbetsbelastningen. I bedömningsdelen kommer regelstyrning, svårigheter samt tillgångar analyseras. Objektiviteten vid bedömning blir synliggjord i temat diagnos- och könsmönster och kundens delaktighet lyfts fram i temat rehabilitering.

Slutsatserna och diskussionen för studien redovisas i ett enskilt kapitel: avslutning.

Omorganisationen och dess påverkan på arbetsituation

Samtliga intervjupersoner har berättat om det nya sättet att arbeta som trädde i kraft den 1 mars 2014. Tanken bakom omorganisationen, enligt intervjupersonerna, är att effektivisera och förenkla arbetet samt att kunden ska få ett bättre samarbete och kontakt med sin personliga handläggare. Intervjuerna utfördes en månad efter att de nya reglerna trädde i kraft och ämnet var livligt och detaljerat beskrivet av intervjupersonerna. Samtliga har berättat att det nya sättet är mer tidskrävande eftersom en ny bedömning tillkom (inkomstutredning). Målet är att de personliga handläggarna på kontoret bara kommer att få ärenden som bedömts vara i behov utav samordningsinsatser i form av rehabilitering. Vidare uppger intervjupersonerna att detta sätt att arbeta, enligt dem, gynnar kunden på det visset att en och samma handläggare tar hand om kunden. En närmare relation kan skapas samt att kunden från början vet vem denne kan vända sig till vid frågor och funderingar. I nuläget är arbetsbelastningen stor eftersom de personliga handläggarna uppger att de tar hand om sina gamla samt nya ärenden.

Bolman och Deal (2012, s 119-123) menar att organisationer reviderar sina strukturer på grund av inre eller yttre förändringar. Det förenas med tanken att människobehandlande organisationer är beroende av förtroende och stöd från omgivningen. Hur organisationen

framstår i medborgarnas ögon är viktigt eftersom organisationen vill lyckas att förmedla en bild av sig själv som en organisation som förhåller sig till lagar och regler som råder i landet (Svensson & Linde, 2013, s 12). Omstruktureringen som intervjupersonerna har berättat om skedde på grund av både inre och yttre orsaker. Till de inre orsakerna kan räknas in viljan att effektivisera arbetet samt att specialisera arbetsuppgifter. Specialiseringen är en av de centrala utgångspunkterna i det strukturella perspektivet och sätter anställdas kompetenser i centrum. Syftet är att kompetenserna tas till vara på bästa sätt inom organisationen. Specialiseringen sker genom att alla personliga handläggare som arbetar med sjukpenning på kontoret i framtiden bara kommer att ha ärenden i vilka det gjorts en initial behovsbedömning (IBB) enligt vilken det bedömts att det finns behov av rehabiliteringssamordning. Utifrån det strukturella perspektivet kan tillvägagångssättet tolkas resultera i att alla personliga handläggare på det undersökta kontoret kommer att specialisera sig just inom området sjukpenning och tydliga roller och arbetsbeskrivningar kan bidra till att arbetet blir mer effektivt. Specialisering är som Bolman och Deal (2012, s 75) nämner en av de centrala utgångspunkterna i det strukturella perspektivet. Utifrån teorin kan den yttre orsaken till exempel vara medborgarnas syn på myndigheten. Att höja allmänhetens förtroende för Försäkringskassan och socialförsäkringen är idag den högst prioriterade frågan för Försäkringskassan (Försäkringskassan, 2012). Att effektivisera arbetet och implementera ett arbetssätt som inbegriper att en och samma handläggare tar hand om kunden kan resultera i att kunderna kommer att känna sig sedda och hörda på ett annat vis än tidigare. Parallellt utformas strukturer i organisationen så att de ska passa till organisationens behov som i detta fall är att höja förtroendet för myndigheten bland allmänheten.

Samtliga intervjuade har berättat om hur arbetet fungerar i organisationen genom att beskriva sitt team och arbetsuppgifterna i just det egna teamet. Utifrån det strukturella perspektivet kan intervjupersonernas beskrivning tolkas som ett exempel på hur differentiering och integrering tar sitt uttryck i praktiken. Arbetsuppgifterna är likadana i varje team, det vill säga att handlägga ärenden, men varje team har ett eget geografiskt område och olika arbetsgivare att arbeta med. Integreringen sker på två plan, i gruppen samt mellan grupperna. Teamen kan själva samordna hur rollerna bestäms inom gruppen. Integreringen mellan grupperna grundar sig på att medlemmarna vet vem som ansvarar för vilket område och kan samarbeta genom att till exempel skicka ett ärende som hamnade fel till den gruppen som ansvarar för just det området.

Alla förändringar, omorganisationer och reformer kommer uppifrån (toppstyrning) och till slut hamnar de hos de personliga handläggarna som utför sitt jobb i enlighet med de nya reglerna eller vägledningarna.

En av intervjuerna berättar om en hypotetisk situation där en dags glapp kan leda till att kunden blir nollplacerad, det vill säga inte har någon SGI och därmed inte får någon rätt till sjukpenning. Intervjupersonen, Jenny säger inte hur hon skulle agera i situationen, men hon berättar att det finns två alternativ: att handläggaren kan bortse från detta krav eftersom det bara gäller en dag eller strikt hålla sig till reglerna och nollplacera kundens SGI. Dessa två alternativ kan kopplas till Mintzbergs diskussion om organisationsstrukturer. Det första alternativet skulle kunnat benämnas som en professionell handling som ingår i den professionella byråkratin. Den professionella handlingen innebär att handläggaren har stor frihet att göra egna bedömningar och utöva sin expertis. Det andra alternativet, som handlar om att hålla sig strikt till reglerna angående SGI, är exempel på agerande i en maskinbyråkrati. Försäkringskassan förändrades från att vara myndigheten som kunde beskrivas som en professionell byråkrati till en maskinbyråkrati. Innan Försäkringskassan blev en statlig myndighet utfördes bedömningar angående bland annat sjukförmåner på de 21 länsförsäkringskassorna. Detta förhållande gynnade beslut som var tagna av de professionella som grundades på deras omdömesförmåga. I den professionella byråkratin beskrivning lyfts de professionellas förmåga, att kunna bedöma hur deras arbete ska utföras på bästa sättet, fram (Bolman & Deal, 2012, s 113-114). Arbetsresultat är omöjligt att mäta i den professionella byråkratin och det påpekades av Riksförsäkringsverket (Försäkringskassan, 2014b). En myndighet och ett regelverk underlättar kontroll och med stor sannolikhet kan detta leda till att uppnå enhetlighet och rättssäkerhet över hela landet. Tanken bakom sammanslagningen av länsförsäkringskassorna var just att uppnå enhetlighet och rättsäkerhet i landet. Kunden ska känna sig trygg och rättvist behandlad oberoende av var denne är folkbokförd - alla ska behandlas lika. För att alla ska behandlas lika utformades vägledningar och processkartor för att handläggningen ska ske på ett förutsägbart sätt (Försäkringskassan, 2014c). Maskinbyråkratin kännetecknas av specialisering, omfattande regelstyrning, förutsägbarhet och hierarki (Bolman & Deal, 2012, s 111-113). Försäkringskassan har rört sig från den professionella byråkratin till maskinbyråkrati, det vill säga att arbetssättet blev mer specialiserat och dokumenterat som i sin tur bör leda till en effektivisering av arbetet. Förändringen bidrog till att det blev lättare att kontrollera de anställdas utförande av arbetet

och det är kärnan i att kunna utforma ett system för likabehandling i hela landet. Samtidigt blev både handlingsutrymmet och omdömesförmågan minimaliserad för att utöka ett entydigt sätt att utföra bedömningar.

Bedömningsprocessen

Ett flertal (tre av fyra intervjupersoner) har berättat detaljrikt hur processen av bedömningen av rätten till sjukpenning ser ut utifrån deras eget perspektiv. Beskrivningen blev levande och lättbegriplig när de använde sig av fall som exempel. Enligt de personliga handläggarna kännetecknas bedömningen av tydliga uppgifter som behöver kontrolleras, struktureras och analyseras för att de ska kunna besluta om rätten till sjukpenning. Utifrån empirin verkade det som att det mest inflytanderika dokument som ligger till grund för bedömning av rätten till sjukpenning är det medicinska underlaget i form av läkarintyg. Riksrevisionen (2009, s 53-55) som har granskat Försäkringskassans tillgång till underlag och om huruvida underlaget var tillräckligt vid beslut om sjukpenning kom fram att läkarintyget är det viktigaste underlaget vid bedömning av rätten till sjukpenning. I Ståhls et al. (2011, s 44-45) forskning visades att handläggarna på Försäkringskassan grundar sin bedömning i stort sett endast på det medicinska underlaget och är tveksamma till att använda sig av andra informationskällor som till exempel SASSAM- kartläggning.

Intervjupersonerna beskriver att Försäkringskassan genomsyras av ett produktionsflödestänk, det vill säga att varje ärende måste bedömas, pengarna ska utbetalas och till slut ska ärendet avslutas. Britt berättar om ett serviceåtagande som sätter en norm att en kund inte ska vänta längre än trettio dagar på att få ett beslut. Hon beskriver vidare att det är ett åtagande och ett mål som genomsyrar myndigheten, men alla små svårigheter på vägen till beslut kan förlänga den tiden. Bedömningsprocesser beskrevs i olika faser av samtliga intervjupersoner. Det råder en enighet angående hur personliga handläggare ska gå till väga vid bedömningen. Processen beskrivs av intervjupersonerna som styrd och reglerad och Ensa är en processkarta över ärendesförloppet. I den beskrivs alla moment som ska utföras under ärendets gång. Dessa givna direktiv ska säkerställa att handläggningen sker på ett effektivt vis, att alla handläggarna utför sitt arbete på samma sätt över hela landet. Det finns också ett antal vägledningar. Handläggarna som beslutar om sjukpenning använder sig av vägledning 2004:2 Version 21: ”Sjukpenning och rehabiliteringssamordning”, som publiceras av Försäkringskassan när ändringar görs. Allt detta tyder på att myndigheten försöker sträva efter förutsägbarheten som

är en av byråkratins principer enligt Weber (Rothstein, 2010, s 13; Nygaard, 1996, s 51). Genom rådande rättsliga ställningstaganden, regler och administrativa styrdokument /riktlinjer blir handläggarnas arbete väldigt tidigt inplanerat, organiserat och begränsat till specifika arbetsuppgifter. Intervjupersonerna berättar att de parallellt försöker att närma sig den försäkrade genom att anordna möte i ett tidigt skede och genom att utföra SASSAM - kartläggning. Handläggarna vill få information om den försäkrade för att bättre förstå individens situation och ha utförligare beslutsunderlag. Under SASSAM- kartläggningen lyfts resurser och svårigheter hos kunden fram. Intervjupersonernas beskrivning kan jämföras med handlingsteorins grundsyfte. Genom handläggarens frågor blir kunden medveten om resurser som finns nära till hands samt om de svårigheter som finns. Informationen är en tillgång för handläggaren som ska fatta beslut om rehabilitering blir aktuellt. Företeelsen kan även tolkas som att handläggarna dras mot den professionella byråkratin medan organisationen styrs maskinellt. Alla riktlinjer som införlivas i organisationer kommer från cheferna, ledningen. Utifrån det strukturella perspektivet kan ovanstående beskrivning ses som att strukturen som råder inom myndigheten, är en hierarkisk konstruktion av styrning och makt.

Intervjupersonerna ansåg att bedömningsprocessen kan försvåras och förlängas av ett ofullständigt läkarintyg. Det var den enda svårigheten som samtliga nämnde och beskrev. Utifrån empirin framgår det att brist på uppgifter, som till exempel diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, resulterar i att handläggarna tar kontakt med vårdenheten och läkaren som skrivit intyget. Samtidigt blir den försäkrade informerad om att handläggaren begärde en komplettering från läkaren och att beslutstiden kan överskrida trettio dagar. Om den inkommande kompletteringen är tillräcklig så har handläggaren grunden för att fatta ett beslut. I fall kompletteringen fortfarande är ofullständig begär handläggaren en komplettering till. Intervjupersonerna berättar att hela den här processen är beskriven i Ensa samt vägledningen, ”Sjukpenning och samordnad rehabilitering”, där handläggarna kan titta och hitta svar på frågorna som uppkommer under arbetets gång. De ofullständiga medicinska underlagen är omdiskuterade i tidigare forskning, där Hensing et al. (1997) ger exempel på svårigheter vid bedömning som påverkar handläggarnas välmående på arbetsplatsen. En av dessa är just bristfälliga läkarintyg.

Precis som intervjupersonerna uttrycker det styrs deras handling av behovet av komplettering av läkarintyget och resulterar i kontakten med läkaren. Vidare berättar de att det finns direktiv som uttrycker vad som ska göras eller inte göras i just en sådan situation. I det strukturella

perspektivet understödjer föreskrifternas ordningen på arbetsplatsen. Ordningen begränsar handläggarnas handlingsutrymme, men skapar förutsägbarhet och likformighet. Handlingsutrymmet syftar till att de professionella, med utgångspunkt i sitt professionella kunnande tar beslut inom givna ramar. Lagar markerar tygligt var gränserna går för deras handlingsutrymme och innehåller grundprinciperna som återanvänds i och bidrar till skapande av bindande riktlinjer (Börjeson, 2010, s 27, 43). Det resonemanget kan kopplas till Mintzbergs maskinbyråkrati och professionella byråkrati. I det sistnämnda kan de professionella fritt utöva sin expertis eftersom de blev anställda av ledningen och har utbildning eller erfarenhet som bedöms tillräcklig i utförandet av arbetet (Bolman & Deal, 2012, s 113-114). Att ha handlingsutrymme innebär just att de professionella kan fatta egna beslut inom organisationens ramar. Begränsning av handlingsutrymmet som synliggörs i maskinbyråkratin består av repetitiva arbetsuppgifter och standardiserade procedurer. Enligt Mintzberg leder för stort utrymme för kreativitet till underminering av de centrala utgångspunkterna i maskinbyråkratin: enhetlighet, konsekvens och förutsägbarhet. Det är just dessa som kan resultera i organisationens framgång (Bolman & Deal, 2012, s 112-113).

En av intervjupersonerna berättar att ett av Försäkringskassans mål är att kundens rätt till sjukpenning ska bedömas på samma vis oberoende av var kunden bor, alltså att handläggarna ska grunda sin bedömning på samma principer över hela landet. Att ha formella förordningar i form av arbetsbeskrivningar, rutiner och regler, bidrar till att målet kan uppfyllas.

Handläggare har ändå utrymme för att göra sina egna rationella val. Med rationella val menas att handläggare kan agera utanför de beskrivna utförandena, men fortfarande inom lagbestämmelserna. I processbeskrivningen finns regler om hur handläggare ska agera vid otillräcklig information i kompletteringen av läkarintyget. Handläggare kan besluta utifrån den information som finns eller agera rationellt och försöka kontakta läkaren igen för att få fram de förklaringar som behövs. Brist på information leder till oförmåga att agera. Kapaciteten hos handläggaren finns fortfarande, men förutsättningar att handla fattas. Därför skapas förutsättningar av handläggarna själva. Linda säger hur hon försöker nå läkaren och skaffa sig information för att fatta beslut. Hennes agerande syftar till att kunden ska få den bästa möjliga hjälpen och det innebär att kunden ska få beslut som är grundat på tillräckligt underlag.

Linda uttryckte att hon behöver information ”för att få lov att kunna ta ställning”. Hennes uttalande är värtaligt. I den korta delen av Lindas berättelse syns att hon följer de

styrdokument som råder inom myndigheten och att hon är medveten om strukturerna som omger henne. Vidare synliggörs att hon är medveten om målet samt vilken handling som leder till det. I hela citatet som presenterades i resultatredovisningen framträder båda teoretiska infallsvinklar och hur de förhåller sig till varandra.

De personliga handläggarna som deltog i studien hade ingen medicinsk utbildning. Deras kunskap om diagnoser och olika behandlingar skapades genom yrkeserfarenhet som en av intervjuerna bekräftar. Till deras stöd finns det försäkringsmedicinska rådgivare (FMR), som hjälper till vid tolkning av det som framkommer i läkarintyget. När läkarintyget är komplett, men svårt att tolka kan den personliga handläggaren vända sig till försäkringsmedicinsk rådgivare och få hjälp och förklaringar kring det medicinska underlaget. Tillgången är också en reglerad resurs, där finns bestämda tider till att ställa sina frågor, men enligt en av de intervjuade finns det utrymme för att handläggare kommer förbi med en kort fråga som kan ha en stor påverkan på kundens situation.

Diagnos- och könsmönster

Samtliga intervjupersoner har uttryckt att kön och diagnos inte har någon påverkan på deras bedömning av rätten till sjukpennig och rehabilitering. De uppfattar att de gör en objektiv bedömning. I deras utsagor finns det en tanke att alla kunder ska behandlas och bemötas med respekt oavsett kön, ålder, funktionshinder, etnisk tillhörighet och sexuell läggning.

Intervjupersonerna anser att de bortser från sina förutfattade meningar vid bedömningsprocessen. Däremot grundar de sina beslut på de medicinska underlagen. Objektiviteten och likabehandlingen är en av de sex grundprinciperna (demokrati, legalitet, objektivitet och likhetskrav, fri åsiktsbildning, respekt, effektivitet och service) som avser statligt anställda tjänstemän enligt regeringsformen (Försäkringskassan, 2014g). Paragrafen lyder: Domstolar samt förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter ska i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet (1 kap. 9§ Regeringsform). Det sättet att behandla och bemöta de försäkrade som tar kontakt med Försäkringskassan är förutbestämt och bindande. Det är en lag som den personliga handläggaren ska följa. Lagen förmedlas genom ledningen till handläggarna ”på golvet” som införlivar den i sitt dagliga arbete. Med utgångspunkt i det strukturella perspektivet kan man dra slutsatsen att objektiviteten och likabehandlingen är egenskaper som erfordras från ledningen för att utföra arbetet som personlig handläggare på

Försäkringskassan. Med grund i empirin visade det sig att intervjupersonerna berättade om dessa egenskaper som deras personliga karaktärsdrag.

Rehabilitering

Utifrån resultatet framkom det att majoriteten av de intervjuade uppfattade rehabiliteringen som samordning och samarbete med andra aktörer och det bästa för kunden.

Intervjupersonerna har berättat att i samordningen framhäver man kunden och dennes egna önsknings och mål angående rehabiliteringen. Kartläggningen, SASSAM, som görs i början av sjukperioden är ett verktyg för att samla in information om den försäkrade för att bättre tillfredsställa dennes behov som förhoppningsvis kan resultera i en snabb återgång till arbete eller aktivt jobbsökande. Samtliga har påpekat att en viktig ståndpunkt i Försäkringskassans policy är att öka och främja återgång i arbete. Det anser också Söderberg och Alexanderson (2004) i sin forskning. De poängterar att det finns ett system i Sverige som har som grunduppgift att minska sjukskrivningsantalet. Det sker genom främjandet av arbetslinjen i form av rehabilitering.

Sättet som intervjupersonerna berättar om rehabiliteringen kan anslutas till handlingsteoriens huvudsyfte som innebär fokus på framtiden och det bästa möjliga steget som behövs för att kunden ska må bättre eller uppnå sina egna personliga mål. SASSAM ger handläggaren möjlighet att lära känna den försäkrade lite bättre och få tillgång till information om utbildning, tidigare jobb samt planer och mål. Intervjupersonerna poängterade hur viktigt det är att ha kunden med sig under planeringen av rehabiliteringsåtgärderna. Vidare menar de att motivationen borde finnas hos alla aktörer som ingår i rehabiliteringsprocessen eftersom den leder skeendet i en god riktning. I intervjupersonernas berättelser finns det ett mål med rehabiliteringen - att den försäkrade återgår till sitt arbete eller står till arbetsmarknadens förfogande. De uppger vidare att de är medvetna om att deras åtgärder och handlingar inte alltid leder till målet, men de gör sitt bästa för att den försäkrade ska få det bättre. Avsikten som finns hos handläggarna resulterar i att de agerar för att uppnå målet. Handlingslogiken beskriver just handlingsprocessen och bekräftar att en handling inte alltid leder till det uppsatta målet (Nygaard, 1996, s 52-53).

Avslutning

Detta kapitel avser att sammanfatta analysen och summera uppsatsens resultat i förhållande till dess syfte med hjälp av en diskussion. Kapitlet avslutas med förslag på vidare forskning inom ämnesområdet.

Sammanfattning av analysen

Under uppsatsskrivandet har jag kommit fram till att bedömningsprocessen är styrd av lagar, regler och förordningar. Handläggarnas handlingsutrymme minimeras för att maximera likabehandling av kunderna över hela landet.

Försäkringskassan är en byråkratisk organisation som omorganiseras och reformeras. Det sker vid politiska rockader i regeringen eller på grund av samhällsproblem. Ett sådant problem är utanförskap i vilket personer som har varit borta från arbetsmarknaden länge kan hamna i - antingen som sjukskrivna eller erhållande sjukersättning (tidigare kallat förtidspensionerade). Utifrån min empiri har jag dragit slutsatsen att ständiga förändringar leder till att handläggarna måste hålla sig uppdaterade. Aktualisering av deras kunskaper och regelverket orsakar att arbetet uppfattas som minde monotont och mer utvecklande. Många förändringar är inriktade på att specialisera olika enheter eller handläggargrupper och att behandla samt bedöma kunder likartat över hela landet.

Med hjälp av de utvalda teorierna har jag synliggjort hur bedömningen utförs, vilka svårigheter som kan uppkomma och vilka åtgärder som görs av handläggarna på Försäkringskassan. I analysen blev det också synligt att myndigheten bestämmer och kontrollerar handläggarnas arbete för att uppnå organisationens mål. Det begränsar i stor mån handläggarnas möjlighet att agera utifrån sin egen känsla. Begränsningen finns, men det betyder inte att åtgärder som inte beskrevs i processbeskrivningarna är förbjudna. Intervjupersonerna gav uttryck just för det i sina uttalanden. Det tyder på att handläggarna finner situationer, där de kan agera utifrån sitt personliga omdöme, men inte emot de föreskrivna reglerna.

Jag har även funnit, med hjälp av teorierna och beskrivningar från intervjupersonerna att det är viktigt att kunden är med och är motiverad under rehabiliteringsprocessen. För att detta ska

ske arbetar handläggaren för att skapa kontakt med den försäkrade från första början. Detta inleds med telefonkontakt och senare SASSAM- kartläggning. Information om kunden som insamlas i ett tidigt skede av sjukperioden står till hjälp vid bedömningen och valet av rehabiliteringsåtgärd. Målet är tydligt för både kunden och handläggaren. Dessutom har jag funnit att handläggarnas bedömning inte påverkades av ökningen av sjukskrivna kvinnor med psykiska diagnoser samt att det inte fanns några rehabiliteringsåtgärder som är särskild riktade mot den gruppen av sjukskrivna. Likabehandlingen innebär att inte ta i beaktande kundens kön eller diagnos vid bedömning.

Utifrån resultatet och analyskapitlets innehåll anser jag att handläggarna är medvetna om att deras bedömning av rätten till sjukpenning och rehabilitering är bunden till de rådande bestämmelserna på området. Samtidigt känner de till vilka handlingar de kan utföra i sitt arbete, som inte ingår i de obligatoriska och föreskrivna arbetsuppgifterna. Dessa handlingar blir möjliga att utföra genom att handläggarna har ett visst handlingsutrymme.

Avslutande diskussion

Det som jag ansåg var intressant med de resultat som jag fick fram var att närma mig den enorma organisationsstrukturen som leder bedömningsprocessen. Försäkringskassan är en väldig stor byråkratisk organisation som genom lagar och riktlinjer bestämmer och kontrollerar bedömningen av rätten till sjukpenning och rehabilitering. Målet med regelstyrningen är tydligt och ambitiöst - att de försäkrade ska behandlas, bedömas och bemötas lika i landets alla delar.

För att uppfylla detta mål skapades vägledning, produktionsprocesser i form av olika kartor över bedömningar som görs på Försäkringskassan. Dessa riktlinjer fungerar som vägvisning vid ärendets gång. Jag finner det intresseväckande att betoningen läggs på utformningen av processen kring bedömningen men inte på antalet olika utfall och möjliga sätt att fortsätta arbeta vidare med dem. De personliga handläggarna som jag intervjuade försökte komma närmare sina kunder genom att få en mer personlig inblick i deras livssituation, men använde det medicinska underlaget till grund för sin bedömning av rätten till sjukpenning. Den sociala situationen måste de bortse ifrån enligt de rådande lagarna. En del information som framkommer under SASSAM- kartläggningen kan bli användbar vid val av åtgärder under rehabiliteringsprocessen. Målet som handläggarna presenterade kring rehabiliteringen var att

de försäkrade inte ska komma tillbaka till myndigheten. Det uppfattades ibland som invecklat eftersom handläggarna är skyldiga att följa reglerna kring utformning av rehabilitering.

Jag insåg även att en del av det som jag kommit fram till i min undersökning bekräftades av tidigare forskning. Hensing et al. (1997) kom i sin forskning fram till att en av svårigheterna som nämns av personliga handläggare vid bedömning av rätten till sjukpenning är ofullständiga medicinska underlag. Mina intervjupersoner har också påpekat det och berättat att det påverkar både deras arbete men samtidigt den försäkrade som oroar sig och väntar på sitt beslut och sin utbetalning. Denna korrelation mellan min undersökning och den tidigare forskningen innebär att svårigheten angående det medicinska underlaget är vanligt förekommande och uppmärksammat av medarbetarna på Försäkringskassan. En annan koppling till den tidigare forskningen finns hos Pejros (1998). Där gav de intervjuade handläggarna sitt uttryck för att de accepterar sin yrkessituation och den hierarkiska organisationen de jobbar i samt att beslutsprocessen är så pass reglerad. Utifrån min empiri uppfattar jag att intervjupersonerna förstår att deras handlingsutrymme är begränsat och att de accepterar sina arbetsuppgifter och villkor som följer med deras anställning.

Under intervjutillfällena samt pilotstudien har jag fått svar på alla de ställda frågorna. Samtliga har svarat på sitt sätt men deras utsagor var till sitt innehåll likartade. Det tyder på att reglerna angående bedömningen är rotade i de anställdas tankesätt och arbetssätt. Det anser jag inte underligt eftersom bedömningen är så strukturerad och reglerad.

Med hjälp av empirin samt information från vägledningen och Ensa- processkartan kan jag dra slutsatsen att bedömningen av rätten till sjukpenning och samordnad rehabilitering sker på ett strukturerat och förutsägbart sätt. Det kan finnas små omvägar i processen eftersom alla ärenden inte är sig lika, men är i huvuddrag likadana.

Utifrån analysen kan jag försöka svara på frågan: varför personliga handläggare arbetar på det specifika sätt som presenterades i resultatredovisningen. Det finns vissa förklaringar och med hjälp av teorier anser jag att organisationsutformning och styrdokument utgör den osynliga spelplan inom vilken personliga handläggare kan agera.

Fortsatt forskning

I min studie har jag bland annat kommit fram till att det finns ett samförstånd mellan hur bedömningen beskrevs av intervjupersonerna och hur den borde utföras enligt reglerna. Jag anser att det hade varit intressant att forska vidare kring bedömningen och fånga de försäkrades syn på bedömningen kring sjukpenning och rehabilitering. Om deras bild av bedömningen som sker sammanfaller med handläggarnas.

Vidare tycker jag att det skulle vara intressant att undersöka hur ständiga omorganisationer och nya regler påverkar handläggarnas upplevelse av den psykosociala arbetsmiljön på Försäkringskassan.

Källförteckning

- Ahrne, G. & Svensson, P. (2011). ”Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen”. I Göran Ahrne & Peter Svensson (red.): *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber.
- Andrén, D. (2011). ”Arbetsförmåga och sjukskrivning: Är deltidssjukskrivning en framgångsrik metod?”. I Ann-Sofie Hellberg, Martin Karlsson, Hannu Larsson, Erik Lundberg & Monika Persson (red.): *Perspektiv på offentlig verksamhet i utveckling*. Örebro universitet.
- Angelov, N., Johansson, P., Lindahl, E. & Lindström, E. (2011). *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. IFAU, Rapport 2011:2.
- Alexandersson, K. (2004). ”Sjukfrånvaro”. I Birgitta Hovelius & Eva Johansson (red.): *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur.
- Arbetsförmedlingen (2011). *Samordna rehabiliteringen: stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning*. Stockholm: Arbetsförmedlingen.
- Aronsson, G & Berling, G. (1990). ”Varför handlingsteori?”. I Gunnar Aronsson & Hans Bergling, *Handling och handlingsutrymme*. Lund: Studentlitteratur.
- Berling, H. (1990). Att kunna och att vilja - om villkoren för mänskligt handlande. I: Gunnar Aronsson & Hans Bergling, *Handling och handlingsutrymme*. Lund: Studentlitteratur.
- Blomberg, S. (2004). *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen: genomförandet av en organisationsreform och dess praktik*. Diss. Lund: Univ., 2004.
- Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2012). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. 4., utvidgade och uppdaterade uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber.
- Bängs, R. & Wong, E. (2011). ”En fallstudie kring standardiseringar i managementkonsultföretag”. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:426595/FULLTEXT01.pdf>, (2014-05-28).
- Börjeson, B. (2010). *Förstå socialt arbete*. 2., [uppdaterade och utök.] uppl. Malmö: Liber.

- Christensen, T. (2005). *Organisationsteori för offentlig sektor*. 1. uppl. Malmö: Liber.
- Crang, M. & Cook, I. (2007). *Doing ethnographies*. London: Sages publications.
- Dunér, A. & Nordström, M. (2005). *Biståndshandläggningens villkor och dilemman: inom äldre- och handikappomsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2011). ”Intervjuer”. I Göran Ahrne & Peter Svensson (red.): *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber.
- Finansdepartementet. (2013). Budgetproposition för 2014. Prop 2013/14:1. Utgiftsområde 10: Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning. Stockholm: Finansdepartementet.
- Floderus, B., Göransson, S., Alexanderson, K. & Aronsson, G. (2003). *Positiv och negativ påverkan på livssituationen vid långtidssjukskrivning*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Försäkringskassan (2010). *Långtidssjukskrivna. Beskrivande statistik 1999-2009: kön, ålder, arbetsmarknadsstatus, sjukskrivningslängd, och diagnospanorama*. Socialförsäkringsrapport 2010:16. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2012). *Förtroende för Försäkringskassan*. Socialförsäkringsrapport 2012:11.
- Försäkringskassans svar på regerings uppdrag (2013). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser*, Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2013). (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.fia.se>, (2013-12-05).
- Försäkringskassan (2014). ”Om Försäkringskassan”. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.forsakringskassan.se/omfk>, (2014-03-11).
- Försäkringskassan (2014a). ”Pågående sjukfall”. (Elektronisk). Tillgänglig: https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/statistik/sjuk/sjuk_rehabiliteringspenning/sjukoc hrehabpagaendesjukfall!/ut/p/b0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOKNDQ0MLJ0MHQ0MvIKdDTyDzN1CvT3DDE18DPQLsh0VAdzuNsM!, (2014-03-11).
- Försäkringskassan (2014 b). *Förändringar inom socialförsäkrings och bidragsområdena 1968-01-01--2014-03-01*, Avdelningen för analys och prognos, Verksamhetsområde statistisk analys, Stockholm.
- Försäkringskassan (2014c). ”Försäkringskassan Årskrönika år 2012”. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://arskronikan.forsakringskassan.se/>, (2014-03-31).

Försäkringskassan (2014d). ”Rehabiliteringskedjan”. (Elektronisk). Tillgänglig: https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/sjukskrivning_och_sjukpenning/rehabiliteringskedjan!/ut/p/b0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOIjtjAx8nZwMHQ0sgg0sDDwtPSxd3SyN3L0MTfQLsh0VAZHXny8!/, (2014-03-31).

Försäkringskassan (2014e). ”Pågående sjukfall”. (Elektronisk). Tillgänglig: https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/statistik/sjuk/sjuk_rehabiliteringspenning/sjukoc hrehabpagaendesjukfall!/ut/p/b0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOKNDQ0MLJ0MHQ0MvIKdDTyDzN1CvT3DDE18DPQLsh0VAdzuNsM!/, (2014-03-11).

Försäkringskassan (2014f). ”Sjukpenning och samordnad rehabilitering”. Vägledning 2004:2, version 21. (Elektronisk). Tillgänglig: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d4a11a31-00bc-441d-be52-1cea5720e91a/vagledning-2004-02.pdf?MOD=AJPERES>, (2014-04-15).

Försäkringskassan (2014g). ”Etik och praktik i Försäkringskassan”. (Elektronisk). Tillgänglig: https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/f_medicin/forsakringskassans_uppdrag/etik_och_praktik_i_forsakringskassan!/ut/p/b0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOIjtjAx8nZwMHQ0sgg0sDDwtPSxd3SyN3I2dTfQLsh0VASicd-c!/, (2014-05-02).

Försäkringskassan (2014h). ”Förändringar inom socialförsäkrings- och bidragsområdena”. (Elektronisk). Tillgänglig: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/8949a059-4182-4c55-a01e-341053296ae7/forandringar_inom_socialforsakringen.pdf?MOD=AJPERES, (2014-04-22).

Gerner, U. (2005). *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen - hinder och möjligheter*. Rapport i socialt arbete nr 113. Stockholm Universitet.

Hansen Falkdal, A. (2005). *Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete: viktiga faktorer för tidig bedömning*. Diss. Umeå: Univ.

Henderson, M., Harvey, S., Overland, S., Mykletun, A., & Hotopf, M. (2011). ”Work and common psychiatric disorders”. *J R Soc Med* 104(5):198-207.

Hensing, G., Alexanderson, K. & Timpka, T. (1997). ”Dilemmas in the daily work of social insurance officers”. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 6, 301– 309.

Holme, I. & Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder*. 2., [rev. och utök.] uppl. Lund: Studentlitteratur.

- Hultgren P. & Barmark M. (2008). "Sjukdom och ohälsa vid sjukförsäkringens gränser" *Socialmedicinsk tidskrift*, Vol 85, nr 5.
- Inspektionen för socialförsäkringens 2011:2 *Styrning i Försäkringskassan*. Stockholm: ifs.
- Jönsson, H. (2010). *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö: Liber.
- Kark, M., Gustavsson, A., Ahlbom, A. & Allebeck, P. (2009). *Att mäta och beskriva sjukfrånvaro. Utvecklingen i Stockholms län år 1994–2006*. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- Karpetis, G. (2013). "Employing Assessment Systems in Social Work: A Practitioner-Researcher Approach". *Social Work in Mental Health*, 11:6, 542-562.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Levin, C. (2008). "Att undersöka >>det sociala<<- några ingångar". I Meeuwisse, Anna, Swärd, Hans, Eliasson-Lappalainen, Rosmari & Jacobsson, Katarina (red.): *Forskningsmetodik för socialvetare*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur.
- Linde, S. & Svensson, K. (red.) (2013). *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter: människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. 1. uppl. Stockholm: Liber.
- Lindelöf, M. & Rönnbäck, E. (2007). *Biståndshandläggning och handlingsutrymme: från ansökan till beslut i äldreomsorgen*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Lidwall, U. & Skogman Thoursie, P. (2000). "Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna". *Arbetsliv och hälsa*. Pp. 91-124. Stockholm Arbetslivsinstitutet.
- Melén, D. (2008). *Sjukskrivningssystemet: sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna*. Diss. Lund: Lunds universitet, 2008.
- Mintzberg, H. (1993). *Structure in fives: designing effective organizations*. [New ed.] Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Nilsing, E., Söderberg, E. & Öberg, B. (2012). "Sickness certificates in Sweden: did the new guidelines improve their quality?". *BMC Public Health*, (12), 907.
- Nygaard, T. (1996). *Sociologisk handlingsteori: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

- Nyman K., Palmer, E. & Bergendorff, S. (2002). *Den svenska sjukan*. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, ESO.
- Perjos, S. (1998). *Möten mellan myndighet och medborgare: ett myndighetsperspektiv*. Lic.-avh. Stockholm: Univ.
- Riksrevisionen (2009). *Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag?* Stockholm.
- Rothstein, B. (2010). ”Den svenska statsförvaltningens omvandling för försumpning till legitimitet”. I Shirin Ahlbäck Öberg & Bo Rothstein (red.): *Politik som organisation: förvaltningspolitikens grundproblem*. 4. uppl. Stockholm: SNS förlag.
- Rothstein, B. (2010). ”Välfärdsstat, förvaltning och legitimitet”. I Shirin Ahlbäck Öberg & Bo Rothstein (red.): *Politik som organisation: förvaltningspolitikens grundproblem*. 4. uppl. Stockholm: SNS förlag.
- Socialstyrelsen (2013). *Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2013* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialdepartementet (2000). SOU 2000:121. Sjukfrånvaro och sjukskrivning– fakta och förslag.
- Stendahl, S. (2004). Communicating justice providing legitimacy: the legal practices of Swedish administrative courts in cases regarding sickness cash benefit. Uppsala: Iustus.
- Ståhl, C., Müssener, U. & Svensson, T. (2011). *Sjukskrivningssystemet och dess aktörer: efter införandet av rehabiliteringskedjan*. (Elektronisk) Linköping: HELIX, Linköpings universitet. Tillgänglig: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-72618>, (2014-04-15).
- Söderberg, E. & Alexanderson, K. (2004). ”Gatekeepers in sickness insurance: a systematic review of the literature on practices of social insurance officers”. *Health and Social Care in the Community* 13(3), 2011-223.
- Thurén, T. (1991). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber AB.
- Westerhäll- Gisselsson, L. (1983). *Sjukdom och arbetsförmåga: om rätten till sjukpenning*. Diss. Lund: Univ.
- Östberg, F. (2010). *Bedömningar och beslut. Från anmälan till insats i den sociala barnvården*, Universitetsservice AB, Stockholm

Bilaga

Intervjuguiden

Informera om syftet och fyra forskningsetiska principer (informationskravet, nyttjandekravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet).

1. Ge en kort beskrivning av dig själv, som anställd på Försäkringskassan (ålder, antal år på Försäkringskassan, yrkesroll).
2. Kan du berätta om vad och hur du gör när du får ett nytt ärende (från början till slut) gärna med ett fall som exempel.
 - Vilka kriterier finns vid bedömningen (medicinska, rättsliga)?
 - Vilka typer av ärenden dominerar (kön, ålder, sjukskrivningslängd, diagnos)?
 - Vilka svårigheter uppkommer vid bedömning av rätten till sjukpenning?
 - Hur hanterar du dessa?
3. Ungefär hur stor andel av dina kunder behöver en samordning av rehabiliteringsinsatser?
 - Hur ser samordningen ut?
 - Vilka svårigheter uppkommer oftast vid bedömning av rehabiliteringsbehov?
 - Hur hanterar du dessa?

Informera om att jag skulle vilja att vi koncentrerar oss på en grupp av individer som är överrepresenterade i sjukfallsantal, det vill säga sjukskrivna kvinnor med psykiska diagnoser.

4. Hur påverkade förändringen i diagnosmönster (mer psykiska diagnoser, mer sjukskrivna kvinnor) dina möjligheter att bedöma?
5. Finns det särskilda rutiner/former för rehabilitering kring försäkrade med psykiska diagnoser?

Avslutningsvis fråga intervjupersonen om denna har några frågor och/eller något övrigt att tillägga.