



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE

Rehabilitering ur ett arbetslivsinriktat perspektiv

Ett maktperspektiv med samhällsaktörerna
i fokus

Gruber Gloria & Nylén Linda

Högskolan Dalarna Ex-
amensarbete

2009-02-18



HÖGSKOLAN
DALARNA

Akademien för Hälsa och Samhälle

Sociologi III Ht-08

C-uppsats 15 hp

Handledare: Alkvist Lars-Erik



Sammanfattning

Syftet med uppsatsen var att ta reda på hur arbetsförmåga definieras samt hur arbetsförmågan bedöms utifrån olika aktörer i samhället. Syftet var också att ta reda på hur rehabiliteringen fungerar utifrån de olika aktörerna i samhället.

Frågeställningen är:

- Vad är arbetsförmåga?
- Hur bedöms arbetsförmåga?
- Hur fungerar rehabiliteringskedjan?

Intervjupersonerna har valts ut genom ett strategiskt urval genom det är de personer som valts ut för intervjun som kan svara bäst på frågorna. Alla intervjuerna var semistrukturerade och djupintervjuer som tog över en timme att genomföra. Uppsatsen utgår från ett maktperspektiv där utgångspunkten ligger hos aktörernas arbetssätt och föreställningar. De teorier som använts är Pierre Bourdieus teori om fältet och doxa som kan användas för att tolka samt beskriva den maktutövning aktörerna kan ha gentemot klienten. Michel Foucaults teori om pastoralmakten fungerar i detta avseende på samma sätt som Bourdieus teorier. Den symboliska interaktionismens teoretiker Erving Goffman kan med sin stigmatteori ge en hjälp att tolka och förstå den stämpling en individ kan erhålla gentemot samhällsnormer. Genom att individen blir stigmatiserad från samhället och får en stämpling som sjuk kan det bli så att individen går in i en sjukroll, för att förklara denna sjukroll har funktionalisten Talcott Parsons teori om sjukrollen använts. Slutsatsen är att aktörerna utövar en slags kontroll över klienterna, på det sättet får de en slags maktposition i samhället över klienterna. Det är genom den doxa med samhällets värderingar och föreställningar som aktörerna får en maktposition gentemot klienten i ett och samma fält. På samma sätt utövas pastoralmakten utifrån aktörernas förutsättningar som individen måste rätta sig efter.

Nyckelord: Sjukroll, arbetsförmåga, rehabilitering, rehabiliteringskedja, Sjukdom

Förord

Vi vill tacka de personer som hjälpt oss att genomföra arbetet framför allt de personer som ställt upp på våra intervjuer, utan er hade vi inte kunnat genomföra vårt arbete. Vi vill också tacka vår handledare Lars-Erik Alkvist för den hjälp vi fått av dig. Arbetet med uppsatsen har varit givande på många sätt, ämnet vi valt är väldigt samhällsintressant vilket gjort det hela ännu mer roligt att skriva om. Under arbetets gång har vi blivit mer insatta i hur de olika aktörerna i samhället arbetar med sjukskrivning och rehabilitering. Vi vill framförallt tacka Alfta Rehab Center för ett bra uppslag till examensarbete.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	6
2. Bakgrund	6
3. Syfte och frågeställning.....	9
3.1 Frågeställning	9
4. Metod och tillvägagångssätt.....	9
4.1. Urval	11
4.2. Etiska överväganden.....	11
5. Tidigare Forskning	12
6. Teori	14
7. Resultat	19
7.1 Samarbetet mellan aktörerna	19
7.2 Rehabilitering	19
7.3 Bedömningen av arbetsförmåga	21
7.4 Sjukroll.....	24
8. Analys.....	25
8.1 Slutsats	29
9. Diskussion	29
10.Referenslista	31

Bilaga 1-4

1. Inledning

Studiens relevans i samhället är påtaglig då sjukskrivningarna ökar hela tiden, det är därför samhällsintressant att ta reda på hur det fungerar vid sjukskrivning och vilka medel som tas till för att förbättra individernas sjukskrivningsvillkor, samt att se vilket ansvar de olika aktörerna i samhället anser att de har för att förbättra villkoren för de sjukskrivna.

Utgångspunkten för studien var frågan hur samhället behandlar de sjukskrivna och ser på den sjuka individen. Det finns en rad olika definitioner på hur arbetsförmåga definieras och vad som ger en människa rätt till sjukskrivning, studien belyser här frågan huruvida arbetsförmåga bedöms utifrån olika aktörer i samhället, som i den här studien är en arbetsgivare i en kommun, en representant från försäkringskassan respektive arbetsförmedlingen. Grunden i analysen läggs utifrån olika samhälleliga värderingar och normer kring begreppen arbetsförmåga, rehabilitering och sjukdom. WHO har en definition på vad arbetsförmåga är, där beskriver de arbetsförmåga som något som måste konkretiseras till den mån att regeringen ska kunna ge de rätta direktiven till de aktörer i samhället som arbetar med begreppet. Regeringen anser att sjukdomsbegreppet är relevant att ta med i de direktiv som måste finnas med för att konkretisera arbetsförmågan.¹

2. Bakgrund

I Regeringens direktiv om begreppen sjukdom och arbetsförmåga har Regeringen gjort en bedömning som visar på att begreppet arbetsförmåga är centralt för sjukförsäkringen. Rehabiliteringsbegreppet kan skifta i betydelse inom sjukförsäkringen på grund av att begreppet inte har någon överensstämd mening i samhället. I och med att det finns oklarheter i begreppet bidrar det till att sjukdomen bedöms olika beroende på var och när individen bedöms. För att konkretisera begreppet arbetsförmåga hänvisar riksdagens direktiv till WHO:s klassifikation ICF (international classification of functioning) för att ge en grundläggande begreppsbyggnad i samhället. Regeringen beskriver sjukdomsbegreppet som avgörande för att kunna göra en rättvis bedömning

¹ www.riksdagen.se

av arbetsförmågan och sjukskrivningen. Sjukdom betraktas som en obalans där allt som är onormalt för kroppen eller själstillståndet och som inte sammanhänger naturligt med livsprocessen.²

Enligt socialstyrelsens definition av sjukdomsbegreppet finns det brister i den traditionella sjukdomsdefinitionen där fokus ligger på iakttagbara förändringar på organnivå. Det är läkarens uppgift att uttala sig om individens sjukdom och arbetstillstånd och avgöra huruvida det påverkar individens arbetsförmåga. Definitionen bör vara vägledande och sträva efter verifierbarhet, det är därför viktigt att läkaren baserar varje patientmöte med objektiva kriterier som beslutar bedömningen av individen. Exempel på dessa kriterier kan vara validerade skattningsskalor, där läkaren ska bedöma art och grad av de iakttagna symptomen. Det är också viktigt att undersökningen och rådgivningen präglas av systematik.³

Vid bedömningen av arbetsförmåga tillämpas lagen som innehåller en regel för hur arbetsförmåga ska bedömas. I lagen om arbetsförmåga 3 kap 7§ samt 7 kap 3§ anges att om det finns särskilda skäl får det vid bedömningen tas i beaktande, den försäkrades ålder bosättningsförhållande, utbildning samt tidigare verksamhet. När försäkringskassan ska bedöma en individs arbetsförmåga bedöms till den försäkrades arbetssituation. Där går de efter den så kallade steg för steg modellen (rehabiliteringskedjan). Syftet med modellen är att ge försäkringskassan en rättvis bild vid bedömning av rätten till sjukpenning.⁴

Försäkringskassan kallar denna steg för steg modell för rehabiliteringskedjan, i det första steget i modellen bedömer försäkringskassan om den anställde kan klara av sitt vanliga arbete. Ett samarbete tas upp med arbetsgivaren om möjligheten att tillfälligt ge den anställde andra arbetsuppgifter, anpassning av arbetsplatsen eller arbetsförhållandena på sådant sätt att det blir möjligt för den anställde att trots sin sjukdom kunna fortsätta arbeta. Den anställde har bara rätt till sjukpenning om den inte klarar av sitt vanliga arbete. I det andra steget ska arbetsgivaren ta reda på om det finns något annat arbete att erbjuda den sjukskrivne. Efter 90 dagar har den sjukskrivne bara rätt till ersättning om han eller hon inte klarar av något arbete alls. Den anställde har också

²www.riksdagen.se

³www.Socialstyrelsen.se

⁴www.riksdagen.se

rätt att vara tjänstledig från sitt arbete för att se om han eller hon skulle klara av ett annat arbete trots sin sjukdom. I det tredje steget ska försäkringskassan efter 180 dagar undersöka den sjukskrivnes arbetsförmåga på andra arbetsplatser. Om personen klarar av att arbeta på något arbete på den reguljära arbetsmarknaden har den inte rätt till sjukpenning. Men detta gäller inte om försäkringskassan anser att personen i fråga med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till något arbete i arbetsgivarens verksamhet inom dag 366. Efter ett år bedöms den anställdes arbetsförmåga alltid till den reguljära arbetsmarknaden.⁵

Begreppet arbetsförmåga är centralt inom arbetsmarknadspolitiken och arbetsförmedlingens verksamhet. Arbetsförmedlingens uppgift är att hjälpa till att hitta ett arbete som anses lämpligt efter varje individs förutsättningar och möjligheter. För de som har ett funktionshinder måste som ett första steg göras en bedömning av individens arbetsförmåga. Arbetsförmedlingens definition av begreppet lyder: 'arbetsförmåga bestäms av egenskaper hos en individ, en specifik arbetsuppgift och arbetsmiljö i samspel'. Vid bedömning av arbetsförmåga ska arbetsförmedlingen bedöma individens färdigheter, kunskaper, erfarenheter, funktionstillstånd samt de utvecklingsmöjligheter mot olika arbetsuppgifter och miljöer individen kan utveckla.⁶

I nationalencyklopedins beskrivning av begreppet sjukdom förklaras det som ett tillstånd eller en process hos individen som inte fungerar optimalt, begreppet kan ses ur tre olika synvinklar, det strikt medicinska sjukdomsbegreppet utgår från läkarbedömning som resulterar i diagnos, den andra utgår från individen själv och dess upplevelser av sjukdom som är baserade i symptomen. Det sociala sjukdomsbegreppet innefattar den "sjukroll" som en person kan tilldelas av omvärlden eller själv ta till sig.⁷

Vid diagnoser inom gruppen med psykiska sjukdomar har andelen sjukskrivna ökat kraftigt i Sverige, tillsammans med sjukskrivningar avseende sjukdomar i rörelseorganen. Tillsammans står dessa två för närmare två av tre sjukskrivningar som varat i över 60 dagar. De vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning i dag består av lindrigare psykisk ohälsa samt besvär i rörelse

⁵www.forsakringskassan.se

⁶www.riksdagen.se

⁷www.ne.se

apparaten. Sjukdomen är många gånger kopplad till psykiska sociala problem eller förhållanden på arbetsplatsen. Men rent generellt har Sveriges befolkning blivit allt friskare och lever längre, samtidigt som antal personer som erhåller ersättningen på grund av långvarig sjukdom har ökat drastiskt. Men detta behöver inte bero på en ökad sjuklighet i samhället utan kan bero på att kunskapen om psykiska sjukdomar har ökat samtidigt som stigmatiseringen som är förknippat med sjukdomstillståndet har minskat. Sett ur sjukförsäkringens perspektiv kompliceras bilden av sjukdom ytterligare där tillståndet undersöks ur ett försäkringsperspektiv som beslutar om rätten till ersättning. Sjukförsäkringen ska kunna avgränsa det tillstånd av sjukdom som omfattas av försäkringen. Själva möjligheten att via sjukförsäkringen få sjukdom och arbetsförmåga bekräftad samt ersatt resulterar i en oönskad del av medikaliseringen.⁸

3. Syfte och frågeställning

Syftet med uppsatsen var att studera hur arbetsförmåga definieras samt hur arbetsförmågan bedöms av olika aktörer i samhället sett ur ett maktperspektiv. Syftet var också att ta reda på hur rehabiliteringen fungerar utifrån de olika aktörerna i samhället.

3.1 Frågeställning

- Vad är arbetsförmåga?
- Hur bedöms arbetsförmåga?
- Hur fungerar rehabiliteringskedjan?

4. Metod och tillvägagångssätt

Studien grundas på ett kvalitativt tillvägagångssätt. Tre djupintervjuer har genomförts, den första med två representanter från Arbetsförmedlingen, den andra intervjun genomfördes med en representant från Försäkringskassan och den tredje med en arbetsgivare i en kommun. Detta för att få reda på de olika aktörernas syn på de frågor som uppsatsen berör. Det är betydligt lättare att få fram åsikter och ställningstagande vid djupintervjuer än vad det hade varit vid ett kvantitativt tillvägagångssätt med till exempel enkäter. För att genomföra studien har semistrukturerade intervjuer använts. Valet av intervjuform har skett för att ge respondenten en viss frihet att besvara

⁸ www.riksdagen.se

och utveckla frågorna, men samtidigt har en intervjuguide använts. För att ge respondenten chansen att själv utveckla svaren i den riktning den vill behöver inte frågorna komma i samma följd som i intervjuguiden. Samma frågor har använts i alla intervjuer, vilket ger möjligheten till en jämförelse mellan aktörernas syn och förhållningssätt till de frågor som ställts. Vid intervjuerna har en av oss varit den som intervjuat och den andra har spelat in och gjort anteckningar, detta för att kunna göra en djupare analys och inte missa något viktigt som respondenten sagt. Vid inspelning finns också en möjlighet att lyssna på respondentens röstläge och avgöra om det finns några tvivel om trovärdighet.⁹

Några problem som uppstod vid intervjuerna var exempelvis att arbetsförmedlingen valde att inte bli inspelade, vilket i sin tur försvårade renskrivningsarbetet, i och med det kunde vi inte heller citera och föra fram arbetsförmedlingens åsikter lika bra som de andras. Vi hade inte heller möjlighet att ta in allt som sades under intervjun då vi både skulle lyssna och skriva under intervjun. En fördel med att spela in intervjuerna är att vi kan gå tillbaka och lyssna på det som sades. Vi tycker ändå att intervjun med arbetsförmedlingen gav oss en bra uppfattning om hur deras situation ser ut i samarbetet mellan aktörerna och i samhället i sig. Arbetsförmedlingens intervju gav oss ändå den bredaste uppfattning om samarbetet och deras arbetssätt. Vid svaren på de frågor som ställdes vid intervjun gavs relevanta och konkreta svar vilket gjorde det lätt och roligt att lyssna på vad de sade. De andra intervjuernas tillvägagångssätt fungerade relativt bra. Svaren som gavs var dock inte helt konsekventa då försäkringskassans respondent sa en sak och sedan påstod motsatsen, vilket försvårade tolkningen av svaren. Även om vi använde oss av en semi-strukturerad intervjuform kunde vi varit lite mer strukturerade under intervjun då intervjuerna i vissa fall blev lite för ostrukturerade och det var respondenten som styrde utfallet. Trots dessa svårigheter har vi ändå fått fram de svar vi strävade efter att få för att kunna svara på våra frågeställningar. Vid intervjun med representanten från försäkringskassan anser vi att de borde ha valt en person som är mer insatt i de frågor vi ville ha svar på för att kunna ge oss det bästa svaren. Den person som vi nu intervjuade var på operativ arbetsnivå och inte på individ nivå som skulle underlätta förståelsen för de frågor vi ställde. På slutet av intervjun togs däremot en handläggare på försäkringskassan in, då respondenten trodde han kunde svara på våra frågor på ett bättre sätt. Det var då fick de mest konkreta svaren av försäkringskassan. Intervjun med arbetsgivaren i en

⁹ Bryman, Allan, 2002, s.301.

kommun var av en annan sort det var den intervju som följde de ramar som var tänkt genom ett bra flöde av frågor och svar mellan intervjuare och respondent. De var också två personer som kunde ge oss varsin bild av hur det ser ut och hur samarbetet fungerar

Uppsatsen är en kvalitativ studie där resultatet av studien avgör vilka teorier som kan användas, validiteten i studien stärks genom en koppling mellan teori och empiri.¹⁰ I resultatet och diskussionen finns antaganden om hur individen har det i sin situation som sjuk, detta är i ett utifrån-perspektiv som ska ge läsaren en överskådlig bild av ämnet.

4.1. Urval

Valet av intervjupersonerna har skett genom ett strategiskt urval, där de personer som valts ut för intervjuerna arbetar med rehabilitering och sjukskrivning. Detta för att få en djupare kunskap för att senare kunna göra en djupare analys av begreppen. Tre representanter från olika statliga myndigheter har intervjuats, dessa tre är försäkringskassan, arbetsförmedlingen och en arbetsgivare i en liten kommun. Valet av dessa tre har gjorts för att få en större förståelse av rehabiliteringskedjan, som återspeglar de olika aktörer som medverkar vid rehabilitering, sjukskrivning och bedömning av arbetsförmåga.

Litteraturvalet har skett genom att undersöka tidigare forskning för att se vad som är relevant och vad som går att utveckla från de begrepp och den frågeställning som finns.

4.2. Etiska överväganden

Hänsyn har tagits till de föreskrivna etiska regler, som den forskningsetiska nämnden fastställt 2008-10-23. Respondenterna har samtyckt till att frivilligt medverka i studien där inga personuppgifter eller liknande ges ut. Respondenterna har också informerats om studiens ändamål och vilka som ska ta del av studien, de har även blivit erbjudna att ta del av resultatet. Respondenterna har total anonymitet där de geografiska namnen helt tagits bort från intervjun. Intervjuerna har skett i samband med en överenskommelse med respondenterna där de fick bestämma tid och plats, samt att de fick bestämma själva om de ville bli inspelade eller inte, där en av respondenterna här valde att inte bli inspelad. Genom att studien har ett utifrån-perspektiv där fokus har

¹⁰ Bryman, Allan, 2002, s.23-24.

lagts på samhällets aktörer, finns inga frågor i intervjuerna som har med respondentens egen åsikt att göra utan frågorna handlar om hur de jobbar och hur deras verksamhet ser på rehabilitering, arbetsförmåga och sjukroll.

5. Tidigare Forskning

Det finns en rad olika forskare som skrivit om rehabilitering och arbetsförmåga men utgångspunkten i forskningen är oftast individens perspektiv, till skillnad från denna uppsats som inriktar sig mer på samhällsaktörernas perspektiv och roll i rehabiliteringsprocessen samt bedömningen av arbetsförmågan. Rehabiliteringsbegreppet är mångfaldigt i dagens Sverige, det primära syftet med rehabilitering anses vara inriktat på att öka människors livskvalité och förbättra deras förutsättningar att fungera självständigt istället för att specifikt inrikta sig på arbetslivet. Den arbetslivsinriktade rehabilitering som rehabiliteringskedjan präglas av har nära anknytning till andra rehabiliteringsgrenar. Hälso- och sjukvårdens rehabilitering är avgörande för den enskilde individens möjligheter att påbörja den arbetsinriktade rehabiliteringen. Det offentliga ansvaret för rehabilitering delas in i fyra sektorer, alla som har det övergripande ansvaret för sitt eget verksamhetsområde till exempel, hälso- och sjukvården, försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheter och socialtjänsten. Det är olika regelverk som gäller för de fyra verksamhetsområdena där vissa menar att en sådan uppdelning har lett till att rehabiliteringen inriktas på de myndigheter som ansvarar för de olika grenarna istället för den enskilde individen. I detta fall blir individen ett föremål för de varierande stödåtgärderna som också påverkar upprätthållandet av den helhetsyn som man vill ha på individen i rehabiliteringsverksamheten.¹¹

De fyra rehabiliteringsområdena ska var för sig förbereda individen tillbaka till arbetet. Den medicinska rehabiliteringen som hälso- och sjukvården ansvarar för har som syfte att återställa förbättra ett bibehålla funktionsförmågan hos individen som drabbats av sjukdom eller skada. Det stora ansvaret för vården och för den medicinska rehabiliteringen ligger hos hälso- och sjukvårdshuvudmän, med andra ord landstinget och i vissa fall kommunerna. Arbetsmarknadsmyndigheterna ansvarar för den yrkesinriktade rehabiliteringen som ska se till att människor stärker sin ställning på arbetsmarknaden både när det kommer till att behålla eller få ett arbete. Målet för

¹¹ Westerhäll et. al. 2006, s.19-20.

denna verksamhet är att arbetssökande med vissa funktionshinder ska få möjligheten att hitta ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden.¹² Arbetslivsinriktade rehabiliteringen har arbetsgivaren ett förstahandsansvar för, och ansvarar för rehabiliteringsåtgärder som syftar till att underlätta för de sjukskrivna att återgå till arbetet. Den sociala rehabiliteringen regleras i socialtjänstlagen där ansvaret ligger i kommunernas socialtjänst som har som mål att skapa ekonomiska och social trygghet aktivt deltagande i samhället och jämlikhet i levnadsvillkoren.¹³

Det finns avgörande åtgärder för arbetsgivaren att ta hänsyn till för att förebygga sjukdom eller skada på arbetsplatsen som i sin tur också minskar sjukskrivningsfallen och som därmed också minskar antalet långtidssjukskrivna, i och med detta är arbetsgivarens förebyggande roll helt avgörande för rehabiliteringsprocessen. Ett exempel av de åtgärder som arbetsgivaren kan ta hjälp av är att stödja personen i att fortsätta vara i arbetet så att sjukskrivning kan undvikas, en annan åtgärd som kan vidtas är att arbetsgivaren försöker anpassa arbetsplatsen så den fungerar för personen. Arbetsgivaren har också skyldigheter i rehabiliteringsprocessen som regleras på individnivå om allmän försäkring och på organisationsnivå i arbetsmiljölagen. Arbetsgivaren har som ansvar att se till att den anställda som behöver rehabilitering efter en skada eller sjukdom också ska få anpassningsåtgärder.¹⁴

Försäkringskassans ansvar och skyldigheter i rehabiliteringsprocessen utgår ifrån det samordningsansvar som de har, de ska även inneha rollen som initiativtagare till all rehabilitering av personer som är sjukskrivna eller har rätt till sjukpenning.¹⁵

Begreppen arbetsförmåga, sjukdom och inte minst rehabilitering är bundna till det sociala samhället med innebörder som grundas i det sociala mönster och normer som finns i samhället. Det system som finns i samhället ger individen en möjlighet att falla tillbaka på trygghetssystemet som agerar samt ses som ett skyddsnät för legitimiteten att få vara sjukskriven. Rehabiliteringsprocessen ger individen möjligheten och hjälpen att återgå till arbetet.¹⁶

¹² Westerhäll et. al. 2006, s.24.

¹³ Westerhäll et. al. 2006, s.26-27.

¹⁴ Westerhäll et. al. 2006, s.53-57.

¹⁵ Westerhäll et. al. 2006, s.65-66.

¹⁶ Marklund, Staffan (red.), 1995, s.13.

Sambandet mellan sjukdom och rehabilitering är avgörande för hur begreppet arbetsförmåga ska definieras. När en person har blivit sjuk betyder inte det att arbetsförmågan har gått förlorad, utan sjukskrivna personer kan fortfarande ha kvar en viss arbetsförmåga.¹⁷

6. Teori

I studien behandlas följande teoretiker Pierre Bourdieu, Michel Foucault, Talcott Parsons samt Erving Goffman.

Pierre Bourdieu och Michel Foucaults teorier kan användas till att tolka det maktperspektiv som kan finnas mellan aktör och klient, där Bourdieus begrepp doxa och symbolisk makt, samt Foucaults begrepp pastoralmakt kan vara användbara i en osynlig maktaspekt.¹⁸ Bourdieus syn på välfärdsstaten kan tolkas att bestå av relativt autonoma fält där var och en har en egen specifik logik, egna kamper om positioner och kapital. Dessa fält har också sina egna regler som inte kan jämföras med olika förhållandena och regleringsmekanismerna på andra fält. Ett fält innebär ett område där krafter bryts, de kan brytas internt men också externt i förhållande till varandra. Man skulle kunna säga att aktörerna i ett fält försöker ofta distansera sig från de närmsta rivalerna för att visa sitt eget berättigande och förhoppningsvis uppnå ensamrätt inom sitt ”område”. Varje fält har sina regler, sin doxa som innebär rutiner och föreställningar om vad som är det rätta och det normala. Doxa kan tolkas i en utsträckning som uppfattnings- och värderingssystem som framträder så pass naturligt att ”deltagarna” inte längre märker av det system som är skapat av fältets själv. En central aspekt i Bourdieus teori om fältet är att konserverade krafter styr doxa. Ett fält konstrueras alltid som ett maktsystem med maktfördelning om sammanhängande föreställningar och distinktioner. Det är i dessa föreställningar som de i sin tur neutraliseras och blir fältets doxa samtidigt som deras ursprungliga mening osynliggörs. Doxa sammanhänger med maktutövning genom att de uppfattningar och handlingsmönster som kännetecknar ett fält fungerar samtidigt som ett symboliskt maktinstrument.¹⁹

¹⁷ Marklund, Staffan (red.), 1995, s.14-15.

¹⁸ Meeuwisse, Anna, Swärd, Hans (red), 2002, s, 254

¹⁹ Meeuwisse, Anna, Swärd, Hans (red), 2002, s, 255-256.

Foucaults begrepp om pastoralmakten kan beskrivas som en maktutövning där målet är att säkra kontrollen över samhället och individen. Pastoralmakten har en dubbel betydelse i den meningen att makten samtidigt ska kontrollera och hjälpa. I det moderna samhället kan pastoralmakten tolkas som en del av de institutioner i samhället som agerar kontrollerande. Pastoralmaktens ursprungliga funktion bygger först och främst på att kontrollera och hjälpa människan detta kräver en ingående analys av individen med speciellt fokus på de problem, svagheter och svårigheter individen kan stöta på. Foucault menar att pastoralmakten framträder som en positiv och produktiv makt, som också är svår för individen att försvara sig emot. Makten definieras med specifika sanningsregimer/tankesystem som ska skilja de sanna föreställningarna från de falska, de objektiva från de subjektiva tolkningarna.²⁰

Bourdieu's teori om fält och Foucaults teori om pastoralmakten får här ungefär samma betydelse, ett fält formas genom en serie framtvingade händelser som sedan resulterar i att vissa föreställningar segrar över andra, där förloraren sedan glöms bort. Pastoralmakten förändras ständigt i den riktning som makten ändras över tiden.²¹

Genom att pastoralmakten kontrollerar människan genom olika institutioners normer och värderingar, resulterar det i att individen känner sig maktlös och nedvärderad av samhället. Sociologen Erving Goffman tar upp maktaspekten ur individens perspektiv, där han lägger stor vikt på de sociala rollerna som människor tar på sig i samhället. Goffman studerar den stigmatiserade människans situation och samhällliga direktions som beskriver vad man får göra och inte göra i den sociala omgivning man befinner sig i.²² Termen stigma används som en benämning på de egenskaper som är djupt misskrediterande i de sociala mönster som individer lever i och styrs av. Samtidigt kan termen stigma och dess synonymer ge ett dubbelt perspektiv. Människan utgår från dessa första intryck och formar dem till normativa förväntningar som i sin tur kan framkalla krav på individen från samhället. Ofta är vi inte medvetna att vi ställt dessa krav förrän det verkligen blir fråga om huruvida dessa krav blir uppfyllda eller ej, därmed får vi en insyn i deras betydelse. Det är då vi blir medvetna om de föreställningar som styr vårt sätt att se på andra individer. Karaktären som tillskrivs individen via våra intryck och möjligheter till återblickar bör alltså

²⁰ Meeuwisse, Anna, Swärd, Hans (red), 2002, s, 257-258.

²¹ Meeuwisse, Anna, Swärd, Hans (red), 2002, s, 258-259.

²² Goffman, Erving, 1963, s.131.

hellre benämnas vår sociala identitet. Att stämplas på ett sätt som gör att individen blir "utstött" från samhället innebär ett stigma i synnerhet då den skamliga effekten är omfattande, det kallas också oförmåga, oduglighet och handikapp. Dessa begrepp innebär en viss diskrepans mellan den faktiska och den virtuella identiteten. Termen stigmas dubbla perspektiv tar den stigmatiserade individen förgivet. Individen känner redan sig stigmatiserad och bli därmed distanserad från samhället. Det finns tre olika typer av stigma för det första har vi kroppsliga missbildningar av olika slag, det andra speglar de olika fläckar på den personliga karaktären som kan uppfattas som viljesvaghet, onaturliga lidelser, förrädiska/ stela trosföreställningar eller bristande hederlighet. Folk tar till sig dessa egenskaper utifrån händelser från det förflutna som kan ge konsekvenser för individens sociala tillvaro. För det tredje har vi stambetingade stigmat som har att göra med ras, nation och religion. Dessa stigmat kan förmedlas från generation till generation, och också drabba alla i familjen. Den stigmatiserade avviker på ett icke önskvärt sätt från samhällets förväntningar till skillnad från det som kallas det normala. De attityder det "normala samhället" tillskriver en person med ett stigma och de åtgärder som företas gentemot den stigmatiserade är välbekanta eftersom det är just dessa reaktioner som de samhälleliga sociala insatserna är avsedda att lindra eller vända tillgodo.²³

De centrala dragen i den stigmatiserade individens livssituation påverkas av hur den stigmatiserade reagerar på sin livssituation. Det ligger nära tillhands för den stigmatiserade individen att utnyttja sitt stigma för att dra vinst av det på olika sätt som en ursäkt för den "otur" individen har drabbats av.²⁴

En vanlig föreställning är att den opersonliga kontakten mellan främlingar är särskilt utsatt för den stereotypa reaktionen men att de attityder som kommer fram reduceras när folk lär känna varandra och att de då efterhand ersätts av sympati, förståelse och en realistisk bedömning av personliga egenskaper.²⁵

I sin teori vill Goffman skilja mellan individens sociala identitet och den personliga identiteten. Båda dessa typer av identitet förstås bäst när de kommer i motsats till varandra genom "jagiden-

²³Goffman, Erving, 1965, s.12-14.

²⁴Goffman, Erving, 1965, s.18-19.

²⁵Goffman, Erving, 1965, s.59.

titet” och ”upplevd identitet” som med andra ord är den subjektiva känslan av sin egen situation och den egna kontinuiteten som människan formas till följd av sina egna sociala erfarenheter. Dessa två typer av identitet ingår i de delar som andra personer förbinder sig med som en differentiering av den individ vars identitet är ifrågasatt, med andra ord den stigmatiserade individen. ”Jag identiteten” är en subjektiv, reflexiv företeelse som måste vara nödvändig för en individ som har en ifrågasatt identitet. Begreppet ”social identitet” har gjort det möjligt att behandla stigmatiseringen samtidigt som begreppet ”personlig identitet” har gjort det möjligt att ändra informationskontrollens roll vid stigma. Begreppet ” jag identitet” gör det i sin tur möjligt att undersöka vilka känslor individen kan ha gentemot sitt stigma. Med tanke på att den stigmatiserade individen får en viss identitets standard som personen tillämpar sig själv utan att kunna leva upp till den, det blir på så sätt oundvikligt att individen kommer att känna en viss ambivalens i relation till sig själv.²⁶ Den stigmatiserade betraktar enligt Goffman både sig själv som normal och som annorlunda, med hänsyn till denna fundamentala självmotsägelse från den stigmatiserade är det begripligt att personen i viss mån försöker på alla sätt att ta sig ur den stigmatiserade positionen. Om inte annat försöker individen skapa en mening i den situationen som han befinner sig i. De koder och riktlinjer som finns i samhället åläggs den stigmatiserade individen och finns underförstått för att täcka de standardiserade problem och situationer. Med andra ord lägger man fram förslag på hur stigman bäst kan tillämpas för att röjas respektive döljas för omgivningen. Den stigmatiserade personen bör göra allt för att helt och hållet passa in bland de normala. Individen blir socialt medveten genom de normer som finns i samhället, därmed skambelastar individen sig själv.²⁷

Den makt som institutionerna har över individen kan resultera i att individen tar på sig en sjukroll och därmed blir stigmatiserad av samhället. Talcott Parsons är en teoretiker som ser stigmatiseringen ur den sjuke individens perspektiv där sjukdom förklaras som en dysfunktion som stör den normala existensen där en person inte kan uppfylla sina vardagliga plikter. Genom att den sjuka människan inte kan utföra sina uppgifter som vanligt påverkas också omgivningen. I arbetet kan arbetsuppgifterna inte utföras som vanligt vilket skapar stress för inte bara den sjuke utan också för hela arbetsplatsen. Enligt Parsons lär vi oss sjukrollen redan under vår uppväxt och tar

²⁶Goffman, Erving, 1965, s.112-113.

²⁷Goffman, Erving, 1965, s.116-117

på oss en roll som den sjuke. På grund av samhällets normer och värderingar lär vi oss redan i tidig ålder vilka regler det är som gäller när man blir sjuk.²⁸ Det finns en institutionaliserad definition av sjukrollen där den sjuke anses som avvikande. Den sjuke anses inte ansvarig för den situation som den hamnat i, självklart finns det risk för att den sjuke kan ha påverkat sin situation innan sjukdomen inträffade.²⁹ Det avvikande beteendet ses i relation till en struktur och det sociala mönster som finns i olika system av samhället. Det avvikande beteendet delar upp inriktningen beroende på om fokus ligger på det sociala objektet (den sjuke) eller på det värdemönster som finns i samhället. Det första steget är att förstå individens egna avvikande beteende och samhällets syn på huruvida individen är sjuk eller inte. Individen går efter samhällets struktur och det sociala mönster som beslutar hur individen bör agera och känna sig. Individen blir institutionaliserad och integreras i de sociala system som gör att sjukdomsbeteendet blir legitimt eller inte. Det beslutar i sin tur hur den sjukens roll påverkas. Det är mer legitimt att vara avvikande om man har en sjukdom.³⁰

Vad som berättigar till en sjukroll varierar över tid och mellan kulturer eftersom sjukdomsbegreppet inte kan generaliseras inom de tre variationerna, utan upplevs subjektivt mellan individerna. Detta kompliceras i frågan om sjukskrivning eftersom det måste göras ett ställningstagande om personen är sjuk eller inte. Parsons beskriver i sin bok *The Social System* de fyra institutionaliserade förväntningarna av sjukrollen som kan tolkas som rättigheter eller skyldigheter av samhället. Den sjuke är befriad från de förpliktelser som ingår i den normala sociala rollen, då hålls den sjuke inte ansvarig för sitt tillstånd eftersom individen inte kan bli frisk av sin egen vilja eller beslut. De andra två förväntningarna ses mer som skyldigheter där individen måste "vilja" bli frisk så fort som möjligt och inte utnyttja situationen som sjuk, och därför bör den sjuke söka sjukvård så fort som möjligt för att visa sin vilja att bli frisk. Vid sjukskrivning får den sjuke en helt ny legal status med en roll som ger personlig rätt att vara frånvarande från jobbet. Personen tillerkänns en ny normativ social ställning som innefattar vissa rättigheter som till exempel sjukpenning och att delta i den föreskrivna behandlingen som till exempel rehabilitering och få den hjälp personen behöver för att bli frisk.³¹

²⁸ Giddens, Anthony, 2001, s.158.

²⁹ Parsons, Talcott, 1991, s.440-441.

³⁰ Parsons, Talcott, 1991, s.283-285.

³¹ Järholm, Bengt, Olofsson, Christer (red.), 2006, s.22-24.

7. Resultat

7.1 Samarbetet mellan aktörerna

Arbetsgivaren påpekar i intervjun att det finns ett nära samarbete mellan försäkringskassan, arbetsförmedlingen och arbetsgivaren, men det är ett relativt nytt samarbete, som ännu inte är fullt utvecklat utan något som är under bearbetning. Det började gälla från och med första juli 2008. Där går arbetsförmedlingen in redan innan personen har förlorat jobbet på grund av sjukdom, och försöker hitta ett jobb som individen klarar av med sin arbetsförmåga, så att den inte hamnar i sjukrollen och tappar meningen i vardagen. Det finns en rad olika samarbetsprojekt i form av olika modeller t.ex. RESAM och FINSAM.

RESAM lyfter fram individens möjligheter som är kreativa i lösningen till samarbetsförmågan. FINSAM är ett samarbete med alla aktörer som sätter sig ner tillsammans försäkringskassan, försäkringsbolaget, landstinget, socialtjänsten osv. Där behandlas stora ostabila saker som ska tas i beaktande för att förbättra arbetsförmågan. De gör en jämförelse om före samarbetet med individen och efter behandlingen.³²

Försäkringskassans representant säger att de har ett samarbete med arbetsförmedlingen sedan många år tillbaka.

RESAM är [en] typ av beredningsgrupp där man jobbar operativt med personer som varit sjukskriva länge. Då träffas myndigheter med aktörer och kommer överens om vem av oss som är bäst skickat att ta han om den [här] patienten för vi kommer inte längre. Vi pratar inte om åtgärder utan mer om av vem utav oss som har det här samhällsuppdraget.³³

Även arbetsgivaren säger att de har ett nära samarbete med försäkringskassan däremot har arbetsgivaren inte något etablerat samarbete med arbetsförmedlingen. Samtidigt påpekar de att försäkringskassan och arbetsförmedlingen har ett nära samarbete.

7.2 Rehabilitering

Samtidigt som försäkringskassan strävar efter att personer inte ska hamna mellan stolarna känner arbetsgivaren ifråga att det är just det som individerna gör när utredningstiderna är så pass korta. Arbetsgivaren beskriver sin situation som problematisk genom att de känner att personen inte får möjlighet att få en rättvis bedömning. Individen kan fara ganska illa om vårdgarantin inte funge-

³² Se bilaga 1, Intervju med arbetsförmedlingen, s.1.

³³ Se bilaga 2, Intervju med försäkringskassan, s. 1-2.

rar, för då fungerar inte heller rehabiliteringskedjans tidsramar på tre månader. Arbetsgivaren tar upp problematiken med att påpeka att även om vårdgarantin inte är fullföljd är deras uppgift ändå att hålla tidsramen för det är viktigt för dem. Det gör att individen verkligen hamnar mellan stolarna. Individen bör vid det här laget ha klarat av rehabiliteringskedjan och vara klar för arbetslivet, det sätter krav på individen att vara frisk även om individen inte skulle känna sig det. På detta sätt ställer samhället höga krav på arbetsgivaren.

Jag tycker att tre månader att utreda att om en person blir sjuk plötsligt... så behöver man mer tid på sig att fundera om den här personen dels klarar sitt eget jobb och dels också klarar annat som man har... det är väldigt korta tider tycker vi och det gör att det kan fara ganska illa.³⁴

Den tidsram som regeringen lagt fram för hur ett sjukskrivningsärende ska hanteras är enligt arbetsgivaren alldeles för kort de säger följande:

Sen tycker jag att rehabiliteringskedjan, att det är för snäva gränser att det inom tre månader ska man i stort sett veta om man kan omplacera en person, det är ett stort jobb de har ofta en diagnos, du vet inte riktigt vart den leder³⁵.

Arbetsförmedlingen ser rehabiliteringskedjan som något oerhört positivt, den ger de anställda som inte kan gå tillbaka till jobbet en omplacering. Individen får själv välja om den ska bli inskriven i rehabiliteringskedjan eller inte.

...försäkringskassan ger ingen rehabilitering. Arbetsförmedlingen sköter den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Arbetsgivaren ger den arbetsplats [och] sjukvården den medicinska rehabiliteringen.³⁶

Arbetsgivaren säger att det finns ett bestämt schema de går efter de riktlinjer de har när det gäller rehabilitering. I deras rehabiliteringsrutin använder de fortfarande en så kallad rehabiliteringsutredning som de tidigare var skyldiga att göra och skicka till försäkringskassan.

³⁴ Se bilaga 3, Intervju med arbetsgivare, s. 4.

³⁵ Se bilaga 3, Intervju med arbetsgivare, s. 5.

³⁶ Se bilaga 2, Intervju med försäkringskassan, s.1.

[Vi] använder oss av den internt, och en sådan utredning det gör vi då om en person blir sjukskriven av läkare från första dag eller om en person har upprepad korttidsfrånvaro från eller mer än sex gånger på ett år, eller om den anställda själv begär att den vill ha en rehabiliteringsutredning gjord...

I rehabiliteringskedjan görs ett individuellt program, för att en generalisering inte ska uppstå och missgynna individer.

Enligt försäkringskassan finns det skyldigheter även för individen gentemot aktörerna att de ska medverka i den arbetsprövning, som är en del av rehabiliteringskedjans process.

*Man måste vara medveten om att det finns både rättigheter [...] rättigheten att ta del av sjukförsäkringen men också skyldighet att ställa upp på olika aktiviteter, arbetsträning [...]*³⁷

7.3 Bedömningen av arbetsförmåga

Försäkringskassans syn på sjukdom skiljer sig en del från arbetsgivaren i den mening att de ser sjukdom som något som ger upphov till funktionsnedsättning som i sin tur påverkar arbetsförmågan.

*Sjukdom ska förorsaka funktionsnedsättning som påverkar så pass mycket att jag inte kan arbeta.*³⁸

Vid synen på arbetsförmåga hade de tre aktörerna samma grundsyn, men arbetsförmedlingens uppgift är att se de möjligheter och friskheter som finns hos individen genom förmågan till anpassning, som i sin tur hjälper till att öka arbetsförmågan. Arbetsförmedlingen följer handlingsplanen som går ut på att individen aktivt ska söka arbete där den egna inställningen spelar stor roll. Arbetsförmedlingen ser gärna att treparts möten används där både individen, arbetsförmedlingen och försäkringskassan eller läkaren sitter med, för att få en bred bild på individens livssituation detta för att kunna ge individen så bra rehabiliteringsmöjligheter som det går. Vid bedömningen om arbetsförmåga ser arbetsförmedlingen till den friska delen hos individen där arbetsförmågan ses utifrån det jobb som ska utföras. Vid bedömningen av arbetsförmåga är det inte möjligt att bara se till den friska delen, utan hänsyn måste även tas till personens nedsatta arbets-

³⁷ Se bilaga 2, Intervju med Försäkringskassan, s. 9.

³⁸ Se bilaga 2, Intervju med Försäkringskassan, s. 5.

funktion för att personen ska kunna få en så rättvis bedömning som möjligt. En viss kritisk syn tas även av läkarens bedömning av individens arbetsförmåga.

För att en läkare ska kunna bedöma arbetsförmågan, måste de ha kunskap om mer områden än förr.³⁹

Läkaren bör vid sin bedömning ta hänsyn till individens arbetssituation, läkarens roll har därmed ökat i och med den nya rehabiliteringskedjan. Med det nya samarbetet som har bildats mellan läkaren, arbetsgivaren, försäkringskassan och arbetsförmedlingen har de ett delat ansvar för den sjukskrivne individen. Men samtidigt har varje del ett eget ansvar som de bör leva upp till. Läkaren bör för att kunna göra en bedömning av arbetsförmågan efter rehabiliteringskedjans nya riktlinjer, ha ett bra samarbete med de olika aktörerna för att få en så bred kunskap om de olika försäkringsärenden som finns. Försäkringskassan håller nu på att utbilda läkarna för att samarbetet ska underlättas.

Man måste koppla ihop försäkringen med medicin och se hur det hänger ihop. Så det är mycket kunskap att hålla med om och det är väldigt brett.⁴⁰

Sjukvården behöver bli lite mer krismedvetna om vad dom gör med den tiden dom har med patienten.

Det hänger ihop, det måste hänga ihop och vi har det ansvaret att se till att alla myndigheter är med.⁴¹

Försäkringskassan har nästan samma syn på bedömningen om arbetsförmåga som arbetsförmedlingen där de utgår från det arbete som ska utföras. Arbetsförmågan bedöms helt olika beroende på de arbetsuppgifter individen har på sitt arbete. Exempelvis kan en byggnadsarbetare inte gå till jobbet med ett brutet ben samtidigt som en försäkringstjänsteman skulle kunna utföra sina arbetsuppgifter lika bra som annars. Men samtidigt måste hänsyn tas till vilken sorts smärta skadan utgör. Lika så är det viktigt att alla individer är olika med olika förutsättningar. Vid frågan om hur samarbetet med individen fungerar under bedömningen av arbetsförmåga svarade försäkringskassan att samarbetet var helt avgörande. Men vid frågan om hur det samarbetet kunde se ut svarade de på ett motsägelsefullt sätt.

³⁹ Se bilaga 1, Intervju med Arbetsförmedlingen, s. 2.

⁴⁰ Se bilaga 2, Intervju med Försäkringskassan, s. 14.

⁴¹ Se bilaga 2, Intervju med Försäkringskassan, s. 5.

Den första bedömningen sker på nationellt försäkringscenter och det råkar finnas ett sådant i [stad x], där träffar vi inte individen utan det gör man strikt på pappersunderlag. Den enskildes försäkran och dess in- ställning gör man bedömningen rätten till sjukpenning eller inte och då kan man träffas [...] Vi kallar det SASSAM utredning, det är en utredningsmetod som gör det möjligt att kunna se hela människan, se resurser och hinder lite grand.⁴²

En viktig aspekt vid bedömningen av arbetsförmåga är frågan om huruvida de yttre faktorerna påverkar bedömningen. Arbetsgivaren är helt på det klara med att det inte får påverka arbetsför- mågans bedömning utan det handlar enbart om hur det klarar arbetet, det andra faktorerna får de klara på egen hand. Enligt försäkringskassan tar de inte heller hänsyn till de yttre faktorerna sam- tidigt som de säger att det är livssituationen som avgör hur individens situation ser ut.

Vi tar inte hänsyn till det, sådana situationer, dom ska lösa sådana problem [...] det får man ju reda i. Vad är det som ligger bakom att jag blivit sjuk? För man relaterar alltid till arbetet men det behöver inte vara arbetet, sällan kanske det är enbart arbetet utan det är en livssituation som avgör.⁴³

Vid bedömningen av arbetsförmåga bör individens hela situation tas upp oavsett om det gäller arbetet eller några andra faktorer som gör att individens arbetsförmåga ändras. Vid bedömningen av arbetsförmåga ser arbetsförmedlingen enbart till det friska hos individen, men de anser också att de yttre faktorerna kan spela en stor roll i bedömningen.

Yttre faktorer som påverkar arbetsförmågan kan vara den geografiska rörligheten, social fobi [...] som gör det svårt.⁴⁴

Med detta påstående menar arbetsförmedlingen att de yttre faktorerna spelar en stor roll, exem- pelvis kan en persons livssituation göra det omöjligt för den personen att jobba långt hemifrån. Även om arbetsförmågan i sig är lika hos två individer kan det se olika ut beroende på individer- nas livssituation och omständigheter.

⁴² Se bilaga 2, Intervju med Försäkringskassan, s. 4.

⁴³ Se bilaga 2, Intervju med Försäkringskassan s. 3.

⁴⁴ Se bilaga 1, Intervju med Arbetsförmedlingen, s. 2.

7.4 Sjukroll

I det här fallet grundas diskussionen kring sjukrollen utifrån Parsons teori, där individen i detta fall identifierar sig först och främst som sjuk istället för frisk. Individens roll i rehabiliteringskedjan är avgörande för den bild och uppfattning de andra aktörerna som också tar del av rehabiliteringskedjan ska få. Därför är det viktigt att upplysa individen om dess situation i det hela. Individer som lider av en sjukdom eller de som har varit sjukskrivna en längre tid, kan finna sig i en sjukroll där de underskattar sin egen förmåga. Människan tar lätt på sig en roll där den känner sig säker och håller därmed ofta också fast vid den. Det är både arbetsförmedlingens och försäkringskassans uppgift att få individen att gå ur denna roll och inse sina färdigheter. Detta kan ske genom arbetsprövning där individen sakta får chansen att vänja sig vid sitt arbete och hitta tryggheten i det. Att arbeta ger individen en mening och syfte i vardagen, vilket också stärker självförtroendet. Detta är något som arbetsförmedlingen tar hänsyn till där samarbetspartnern ofta är själva arbetsgivaren.

Arbetsgivarens vilja att hjälpa den sjuke finns, genom att arbetsgivaren tar hänsyn till det riktiga livet och de rutiner som individen behöver.⁴⁵

Den sjukskrivne som hamnat i en sjukroll finner sig därmed också stigmatiserad av samhället i den mån som gör att personens liv försvåras. Försäkringskassan anser att det är läkarens ansvar att få individen ur sjukrollen, där försäkringskassan säger följande:

Sjukrollen som individen kan hamna i och se sig själv mycket sjukare än vad den egentligen är, och [då] finns inget samarbete mellan läkaren och individen tycker vi.⁴⁶

Sjukroll grundas i stor del i osäkerhet hos individen, huruvida den känner sig välkommen tillbaka till arbetsplatsen eller inte. Genom att individen har en sjukroll så ändras synen på den egna arbetsförmågan.

⁴⁵ Se bilaga 1, Intervju med Arbetsförmedlingen, s. 2.

⁴⁶ Se bilaga 2, Intervju med Försäkringskassan, s. 10.

8. Analys

Rehabilitering och bedömning av arbetsförmåga finns till i samhället för att stödja, handlägga och få tillbaka personer i arbetet, men kan också tolkas ur ett maktperspektiv där aktörerna i samhället fungerar som kontrollerande övervakning över individerna.

För att koppla teori och empiri finns det en tankegång i Bourdieus teori om doxa som i dagens samhälle kan tolkas inom ramen för rehabilitering, då myndigheternas föreställningar reglerar individen efter de normer och föreställningar som rymmer sig inom de fält, som i detta fall är rehabiliteringskedjan, Försäkringskassan, arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen var för sig. Men även Foucaults teori om pastoralmaktens övervakning av människorna i samhället kan kopplas till dagens rehabiliteringsprocess. Eftersom pastoralmakten har en dubbelbetydelse att både kontrollera och hjälpa individerna och samhället, finns ett liknande tänk i aktörernas arbetssätt. Vi menar då att aktörernas olika roller sätter en ram för hur det ska gå till när en individ blir sjuk och hur individens arbetsförmåga ska bedömas. Rehabiliteringskedjan kan ses som ett medel för att kontrollera individen i sin sjukroll. Olika fält som arbetar inom rehabiliteringskedjan påverkar individens egna doxa och sätter därmed en prägel för hur individen bör agera i sin roll som sjuk. De ramar som existerar i samhället finns till för att personerna ska gå ut i arbetet igen så fort som möjligt efter att ha varit sjukskriven. Exempelvis finns det givna tidsramar som individen måste följa vid rehabiliteringen, dessa ramar gäller även för aktörerna som ska hjälpa individen i sin rehabilitering. Under tre månader ska arbetsgivaren i detta fall veta om personen ifråga ska omplaceras eller inte, under olika omständigheter kan ramarna fungera olika bra.

En disciplinering uppstår av individerna och dess handlingsmönster genom den genomsyrade doxan, individen disciplinerar därefter sig själv efter de ramar som samhället satt upp.

Det är en självklarhet att dessa ramar och modeller finns till för att samhället ska fungera på ett bra sätt, där alla individer i samhället ska ha samma förutsättningar vid sjukdom. Även om det är ett sätt att kontrollera individen kan det också ses som ett sätt att hjälpa individen ur sin roll som sjuk. Precis som Foucault menar med pastoralmakten fungerar dessa aktörer både hjälpande och kontrollerande i samhället. Det skulle självklart inte fungera att alla individer själva bestämmer och sätter sina egna regler för hur de ska agera när de blir sjuka. Därför är en pastoralmakt nöd-

vändig i varje samhälle där flera individer ska kunna leva tillsammans under samma fält och med samma doxa.

Samarbetet mellan aktörerna är nödvändigt för att rehabiliteringen av individen ska fungera. För att samarbetet ska fungera krävs det en kommunikation mellan parterna, där samma uppfattningar råder om vad som krävs av varje aktör. Varje aktör har sin roll i rehabiliteringsprocessen. Genom att samarbetet är så pass nytt har inte aktörerna jobbat upp en helt fungerande relation till varandra och doxan har inte hunnit bli fullt utvecklad med tydliga sociala normer och regler för vad som är gällande för varje part i samarbetet. För att en doxa ska kunna uppstå gäller det att alla parter är med och accepterar och förstår sin roll. Det finns olika föreställningar för hur samarbetet ska gå till och detta trots att det finns givna regler att följa. Denna typ av föreställningar förekommer alltid vid olika typer av samarbeten på grund av att alla parter utgår från sitt eget fält där de själva är specialister. Detta kan utgöra en problematik då aktörerna i grunden har olika syn på individen och dess sjukdom och arbetsförmåga.

Aktörerna i rehabiliteringskedjan har olika utgångspunkter inte bara i arbetet utan även deras grundsyn är helt olika. De är olika på grund av att de ingår i olika fält och därmed blir också deras syn på rehabiliteringskedjan helt olika. Detta visar sig tydligt i intervjun då arbetsförmedlingen ser rehabiliteringskedjan som något oerhört positivt medan arbetsgivaren inte var lika positivt inställd då tidsramarna uppfattades som alldeles för korta, det blir då en generalisering. Generaliseringen sker genom att rehabiliteringskedjan gör så att alla människor bedöms efter samma mall och därmed ska de också passa in i mallen genom att exempelvis hålla tidsramarna.

Rehabiliteringskedjans föreställningar vilar på sanningar som institutionaliseras genom varje fälts egna regler och rutiner. Genom det normaliseras den nya rehabiliteringskedjans regler, värderingar och samhällssyn. Den doxa som varje fält tillsammans har i form av rehabiliteringskedjan utövar en symbolisk makt över individen som klient i processen. Makten är inte en individuell makt eller en professions makt utan en makt som är sammanbunden i fältet.

Rehabiliteringskedjans fält har en egen doxa genom de regler och föreställningar som de satt upp genom införandet av det nya arbetssättet. Därför utövar aktörerna en makt över klienten genom

att de sätter olika värderingar och regler som klienten ska följa, om dessa regler inte följs kan olika sanktioner uppstå till exempel utebliven sjukpenning.

Genom den bedömning som aktörerna gör sätter de en prägel på klienten att följa de riktlinjer som är uppsatta, när individen inte når upp till de riktlinjer som rehabiliteringskedjan satt upp görs en kategorisering i form av en bedömning av individen. Kategoriseringen hjälper aktörerna att snabbt få kontroll över situationen och därefter också kunna kontrollera vilken hjälp de ska ge till klienten.

Det kan vara svårt att skilja mellan kontroll och hjälp i den meningen att aktörernas syfte är att hjälpa klienten men vilket som sker genom kontroll och utövandet av en symbolisk makt som är ”ingjuten” i samhället.

Systemet skapar klienterna i och med att de har uppsatta regler och uppfattningar om hur en individ ska vara och vilka kriterier som individen ska uppfylla för att klassas som sjuk och passa in i rehabiliteringskedjans ramar.

Genom de regler och riktlinjer som samhällets beslutsfattare satt upp genom rehabiliteringskedjan får individen både rättigheter och skyldigheter. Försäkringskassan menar att individen får förmånen att ta del av de aktiviteter som de har att erbjuda i och med rehabiliteringskedjan, samtidigt ses det som en skyldighet för individen att delta i dessa projekt. Detta visar på den kontrollerande makt som kedjan utgör genom att både hjälpa och kontrollera individen på en och samma gång. Bourdieus teori om den symboliska makten kan förklaras genom att makten upprätthålls genom en kontroll av i detta fall aktörerna i rehabiliteringskedjan. Den kontroll som aktörerna har präglas av ett slags självbedrägeri där det kan förklaras som kollektivt i den meningen att klienten inte kan kontrollera sig själv i den sits som den befinner sig i rehabiliteringskedjan på grund av de internaliserade normer och värderingar som befinner sig i fältet. Detta kan endast ske så länge aktörerna inte är medvetna om den makt som de utövar är kontrollerande. Rehabiliteringskedjan utgår ifrån en strukturell nivå som i första hand främjar samhället i stället för att sätta individen i fokus.

Erving Goffmans teori om ”stigma” kan användas för att förklara den situation som individen hamnar i vid bedömningen och i rehabiliteringsprocessen. Genom att aktörerna har en makt över individen och dess rättigheter kan individen komma att känna sig stigmatiserad av samhället genom att individen är tvungen att passa in i vissa givna ramar för att få tillgång till sina egna rättigheter. Skulle det vara så att individen inte uppfyller kraven för att passa in i de ramar som rehabiliteringskedjan utgör hamnar den mellan stolarna och därmed också utanför gränserna för att kunna få hjälp av samhället.

När individen inte passar in i samhällets normer om vad som är normalt och accepterat, med detta menas här normen om att alla ska arbeta, gå i skolan och uppföra sig efter de normer och förväntningar som samhället satt upp. Individen känner sig då stigmatiserad från samhället, och kan gå in i en slags sjukroll där den avskärmar sig ännu mer från samhället.

Parsons teori om sjukrollen visar att individen kan känna ett utanförskap och därmed finna sig i en sjukroll, där individen underskattar sig själv och sin arbetsförmåga. Individen i en sjukroll har vant sig vid tanken på att vara sjuk och betraktar inte sig själv som fullt arbetsför, även om sjukdomen blivit bättre och individen blivit ”frisk” ser den sig nog som sjuk i vissa avseenden. En individ som varit sjukskriven en längre tid kan känna sig stigmatiserad av samhället och finna sig i ett utanförskap. Som följd av denna stigmatisering kan individen hamna i en slags sjukroll och klamra sig fast vid den av trygghetsskäl. Detta kan relateras till att det blir problem för individen att ta sig tillbaka till arbetslivet. Arbetsförmedlingen tillsammans med försäkringskassan och arbetsgivaren hjälper individen att återgå till arbetet med hjälp av arbetsträning, arbetsprövning samt andra projekt, beroende på individens behov. Parsons säger även att individens sjukdom kan ses ur ett perspektiv där individen befrias från vissa plikter och skyldigheter som samhället kräver. Försäkringskassan följer samma resonemang då de säger att det är upp till individen att fullfölja sina skyldigheter och komma ut i arbetslivet genom att delta i rehabiliteringskedjans program.

8.1 Slutsats

För att slutligen besvara frågeställningarna har slutsatsen blivit att arbetsförmågan är något som definieras utifrån det friska istället för det sjuka. Bedömningen av arbetsförmåga ligger hos läkaren och inte hos någon av de andra aktörer som infinner i rehabiliteringskedjan. Rehabiliteringskedjans syfte är att så snabbt som möjligt få tillbaka individen på arbetsmarknaden. Rehabiliteringskedjan kan också vara något som utövar en slags kontroll över klinterna och på det sättet får dem en slags maktposition i samhället över klienterna. Det är genom den doxa med samhällets värderingar och föreställningar som aktörerna får en maktposition gentemot klienten. På samma sätt utövas pastoralmakten utifrån aktörernas förutsättningar som individen måste rätta sig efter. Därmed blir individen stigmatiserad och känner ett utanförskap om ramarna inte hålls, det kan även vara så att samhällets institutioner stärker individernas sjukroller genom att de behandlar individen som att den skulle vara "frisk" vilket i sin tur resulterar i att individen stärker sin sjukroll.

9. Diskussion

I början av uppsatsen var det tänkt att vi skulle göra en utvärdering åt rehabiliteringscentret Alfta Rehab center, men under ett samtal med dem kom det fram att de blivit varslade. Vilket gjorde att engagemanget både från vår och deras sida sjönk, men vi fick däremot ett bra förslag till ämne för vår uppsats.

Vid intervjuerna framkom det att aktörernas arbetssätt varierar avsevärt, försäkringskassan ansåg att arbetsförmåga är något som lämnas i läkarens händer och inte är något som de bedömer, de ifrågasätter inte heller läkarens bedömning huruvida personens arbetsförmåga ser ut. Arbetsförmedlingen däremot, ifrågasätter läkarens bedömning eftersom de anser att läkaren inte är så insatt i individens arbetsuppgifter och inte vet hur mycket det går att anpassa individens arbetsplats. Dessa tre aktörer har slutligen helt olika regler, system och normer, därför är det nya samarbetet mellanparterna viktigt och även avgörande för hur klientens ärende tolkas och handläggs.

Vi har lagt upp en bakgrund som speglar samhällets syn på den sjukskrivnes möjligheter och förutsättningar för att kunna få ett perspektiv innan vi börjat forska om ämnet. Det ger också

läsaren en bredare uppfattning om begreppen och samhällets sätt att se på sjukskrivna samt den process de går igenom med denna problematik. Genom att ta upp regeringens direktiv om bland annat begreppen sjukdom, arbetsförmåga och bedömningen av dessa får vi en bred grund för hur det ser ut i dagens samhälle.

För att avsluta diskussionen skulle vi vilja klargöra de slutsatser vi kommit fram till, som grundas i den empiri och teori som använts för att genomföra denna studie. Vi anser att individen kommer i andra hand när det kommer till samhällets bästa. Rehabiliteringskedjan utgår ifrån en strukturell nivå som i första hand främjar samhället i stället för att sätta individen i fokus. Rehabiliteringskedjan är en relativt bra modell att utgå från men bedömningen av arbetsförmåga borde vara mer inriktad på de arbetsuppgifter individen klarar av, istället för det som individen inte klarar av, det som läkaren bedömt vara ”sjukt”.

För senare forskning i detta ämne kan vi rekommendera en djupare analys av läkarens syn på arbetsförmåga och hur de på bästa sätt bedömer en individs arbetsförmåga. Samt att ta reda på hur läkaren anser att dagens rehabiliteringskedja fungerar. En annan aspekt som skulle vara intressant att ta reda på är hur läkaren ser på den vårdgaranti som finns. En djupare analys av sjukdomsbegreppet kan också göras eftersom det är ett så pass stort begrepp. Det finns många definitioner om vad som klassas som ”sjuk” beroende på vem du frågar. Det skulle också vara intressant att följa upp detta ämne på en högre nivå där regeringens perspektiv tas upp och kanske föra några djupintervjuer med högt uppsatta politiker för att höra vad de vet och vad de tycker om den här rehabiliteringskedjan samt hur insatta de är i ämnet och vad deras uppfattning om dessa begrepp är. En annan intressant synvinkel är att undersöka och kolla upp individerna som gått igenom rehabiliteringskedjan med djupintervjuer och få fram deras åsikter och syn aktörens maktutövning, om så är fallet.

10. Referenslista

Tryckta Källor

- Bryman, Allan, (2002): *Samhällsvetenskapliga metoder*, Malmö, Liber AB, Upplaga 1:3.
- Engdahl, Oskar, Larsson, Bengt, (2006): *Sociologiska perspektiv*, Lund, Studentlitteratur.
- Giddens, Anthony, (2001): *Sociologi*, Lund, Studentlitteratur. Upplaga 3.
- Goffman, Erving, (1963): *Stigma den avvikandes roll och identitet*, Stockholm, Norstedts Akademiska Förlag.
- Helkama, Klaus, Myllyniemi, Rauni, Liebkind, Karmela, (2000): *Socialpsykologi en introduktion*, Karlshamn, Liber AB, Upplaga 1:2.
- Järvholm, Bengt, Olofsson, Christer (red.), (2006): *Försäkringsmedicin*. Lund, Studentlitteratur, Upplaga 2.
- Marklund, Staffan (red.), (1995): *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Lund, Studentlitteratur, Upplaga 2.
- Meeuwisse, Anna, Swärd, Hans (red), (2002): *Perspektiv på Sociala problem*, Stockholm, Natur och kultur.
- Parsons, Talcott, (1991): *The Social System*, King's Lynn, Biddles Short Run Books, Upplaga 2.

Internet material

Hämtad från Försäkringskassan hemsida:

<http://forsakringskassan.se/arbetsgivare/rehab/> 2008-11-04.

http://forsakringskassan.se/arbetsgivare/bedomning_arbetsformaga/rehab_kedjan/ 2008-11-04.

Hämtad från Nationalencyklopedin:

<http://www.ne.se/artikel/306429/306429> 2008-11-13.

Hämtad från Regeringens

da: http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=10&dok_id=DIR2008:11 2008-11-04.

Hämtad från Socialstyrelsens hemsida:

http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/forsakringsmedicin/specnavigation/Overgripande_principer/ 2008-11-13.

Hämtad från WHO:s hemsida:

<http://www.who.int/classifications/icf/en/> 2008-11-13.

Otryckta källor

Intervju med en Arbetsgivare i en kommun 2008-11-25

Intervju med Arbetsförmedlingen 2008-11-20

Intervju med Försäkringskassan 2008-11-20

Arbetsinriktad rehabilitering som är färdigutredd med den medicinska delen klar.

Den är färdigbehandlad och anpassad.

Arbetsförmedlingen ser på de friska delarna av individen, och går igenom en omorientering för den sjuke i form av vägledning mot ett nytt område genom exempelvis praktik.

Ser samma oberoende på resurskedja, o.s.v. som är avsett för vart de kommer, ser på dagens förmåga. De tar hänsyn till de olika orsakerna som kan ligga till grund för den situationen individen befinner sig i. De ser på individen och individens behov.

Rehabiliteringskedjan ger anställda som inte kan gå tillbaka till jobbet en omplacering, när det inte finns några möjligheter kvar.

Individen får själv välja om den ska bli inskriven i rehabiliteringskedjan eller inte.

Det kan till och med vara så att arbetsgivaren har möjlighet att ringa direkt till arbetsförmedlingen. Det kallas urvalsorder om arbete, som bygger på kontakt med arbetsgivare, med anpassning som kallas ackvirerad plats.

Ser på möjligheter och friskheten i individen genom anpassning som hjälper arbetsförmågan genom hjälpmedel. Det är också sparsamt. Lönebidrag ses som presentationer gentemot problem. Arbetsförmedlingen arbetar olika beroende på arbete och uppdrag.

Projekt med försäkringskassan i form av samarbete av försäkringskassans initiativ, FAROS modell. RESAM lyfter fram individens möjligheter som är kreativa i lösningen i samarbetsförmågan. FINSAM är ett samarbete med alla aktörer som sätter sig ner tillsammans (försäkringskassan, försäkringsbolaget, landstinget, socialtjänsten, o.s.v.) där behandlas stora ostabila saker som ska tas i beaktande för att förbättra arbetsförmågan. De gör en jämförelse om före samarbetet med individen och efter behandlingen.

Det finns ett bra samarbete i systemet, med resurser bestämmer om det finns. De arbetslösa som tackar nej till samarbetet har ofta en förhoppning om förtidspension eller av personliga skäl.

Myndigheterna regelverk stämmer inte överens med de mål som arbetsförmedlingen jobbar med och det gör det svårt. Regleringslinjerna är tydliga. Och det får arbetsförmedlingen rätta sig efter.

De vill och kan. Arbetsförmågan ses utifrån det jobb som ska utföras . ingen doktor kan säga något om arbetsförmågan eftersom den inte är med i arbetsmarknaden (*de arbete som arbetsförmedlingen utför*). För att en läkare ska kunna bedöma arbetsförmågan bör den ha kunskap om fler områden än förr. Arbetsförmågan ökar under år genom säkerhet och stöd i ett arbete. Arbetsgivarens vilja att hjälpa den sjuke finns. Genom att arbetsgivaren tar hänsyn till der riktiga livet och de rutiner som individen behöver.

Yttre faktorer som påverkar arbetsförmågan kan vara den geografiska rörligheten, social fobi som hela landet som arbetsmarknad. Det gör det svårt.

Den ena personen är i stil med sjukdomen, samtidigt som sjukrollen sätter gränser och blockerar för individen möjligheter att jobba. Om psykiatrin som är av de stora samarbetspartnerna inte fungerar som den ska och om det finns brister, förlängs vårt arbete. Vi har för få resurser men de är för få.

Arbetsförmedlingen tittar inte alls på hur sjuk personen är utan hur frisk den är. De följer handlingsplanen som går ut på att individen ska aktivt söka arbete där den egna inställningen spelar stor roll.

Treparts möten är bra, utbildning för läkare för att de ska styra i samma riktning som försäkringskassan. Försäkringskassan – arbetsgivare.

Bilaga 2: Intervju med Försäkringskassan 2008-11-20

Process om vem som gör vad av olika samhällsaktörer. Försäkringskassans uppdrag är mer samordningsuppdrag.

- *Vad har ni för riktlinjer som finns för rehabilitering?*
- Bedömning. Finns i olika former men, försäkringskassan ger ingen rehabilitering. Arbetsförmedlingen sköter den arbetslivsinriktad rehabilitering. Arbetsgivaren ger den arbetsplats, sjukvården den medicinska rehabiliteringen. Försäkringskassan uppdrag när någon blir sjukskriven är att se till att det händer någonting, att man inte förblir i en passiv sjukskrivning utan aktivitet. Det ska vara ett syfte med att en läkare sjukskriver någon, arbetsgivare bör pröva möjligheter till anpassning, omplacering. Finns det något tänk, någon plan för återgång, hur ser den ut?
- *Hur ser samarbetet ut mellan arbetsgivare, försäkringskassan och arbetsförmedlingen?*
- Vi har ett givet samarbete med arbetsförmedlingen sen många år tillbaka. Ska inte vara kvar i socialförsäkring med sjukpenning utan man ska helst vidare, och då tar försäkringskassan ofta hjälp av arbetsförmedlingen om det är så att man inte kan gå tillbaka till sin arbetsgivare. Så vi har alltså en plan, men målsättningar också då av hur många hur länge och hur många det är som ska ut i arbete och utbildning för att komma vidare som det finns en given plan till; samverkansplan mellan arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Det finns en nationell grundplan i Sverige med riktlinjer för hur vi ska samarbeta, med vilka och varför och vilka mål vi ska ha med givna aktiviteter, sen kan det lokala behovet avgöra antalet och så vidare. dels så är det för dom arbetslössjukskrivna dom har med andra ord ingen arbetsgivare sen är det också för dom som har en arbetsgivare men dom som inte kan gå tillbaka dem behöver alltså byta, då går dom också med och dom som har sjukersättning kan också komma in i bilden. Samhällsstödet måste ju fungera, för annars blir det svårt för den enskilde att förstå, jag menar hur händer allting ihop? Där ska man förstå att försäkringskassan har ett samordningsuppdrag vi ska se till att ni ändå kan träffas i olika formationer och då nämner ni RESAM, RESAM är typ av beredningsgrupp där man jobbar operativt med personer som varit sjukskrivna länge. Då träffas myndigheter med aktörer och kommer överens om vem av oss är

bäst skickad att ta hand om den patienten för vi kommer inte längre. Vi pratar in om åtgärder utan mer om av vem utav oss har det här samhällsuppdraget.

- *Krisen i psykiatrin?*
- Det råder läkarbrist, det är ont av psykiatriker och vem har tillräckligt med resurser och då tycker jag det att det är oerhört viktigt att staten bli så bra som möjligt, det kan tänkas sig rent generellt att problemet aldrig uppkommer det är redan från skolvården. När någon blir sjuk då måste sjukvården generellt göra rätt saker för det som förfogar över tidigt det är dels jag själv med mitt liv, vag gör jag med det?

Sen är det sjukvården som träffar patienten ganska tidigt i vårt fall är det efter en vecka som regel för ett intyg, sen är det arbetsgivare, dom flesta har ingen arbetsgivare trots allt, kanske 75 %, och då har vi dom här två första veckorna sjuknandeperioden, det är här hela processen startar, det startar med att någon sjukanmäler sig och inte mår bra och arbetsgivaren vad gör man då som arbetsgivare under de första fjorton dagarna för dom äger jag som arbetsgivare dom har inte försäkringskassan nånting med att göra. Vi ”ifrågasätter” dem rätten till sjuklön, dom ska också prova rätten, måste du med de besvär du har vara hemma från arbetet? Eller skulle du kunna göra någonting annat, eller någonting sådant. Sen efter dag 15 då kommer man in till försäkringskassan och då gör vi bedömningen om rätten till sjukpenningen, då säger vi antingen ja eller nej. Asså ja, vi tycker du har rätt till socialförsäkringen och kan inte arbeta, så och det självläker inte utan det här kommer att kräva aktiva insatser. Aktiva rehabiliteringsinsatser från någon part då kommer du ut i det här stället vi just nu befinner oss, på det lokala försäkringscentret som vi har två i länet. Här jobbar man med dom som blivit lite längre sjukskrivna.

- *Vad går bedömningen av arbetsförmåga ut på, eller hur fungerar den?*
- Den bygger oerhört mycket på läkaren. Läkaren rekommenderar en sjukskrivning då på det medicinska underlaget. Och då måste läkaren, då man har en diagnos med en kod och sen kommer man in på hur begränsar diagnosen patientens förmåga? Asså vilka är aktivitetsbegränsningarna det är dom som är A och O, ska vi titta på det medicinska underlaget är det punkten nummer 5. Det är helt avgörande sjukdomen kan man säga ifrågasätter vi aldrig. Det

är mera hur påverkar den mig? Den kanske gör mig helt arbetsförmögen men inte dig det är alldeles beroende på vad jag faktiskt har för arbete.

- *Så ni ser till arbetet inte till själva utan det är det vilket arbete man har?*
- Definitivt. Hindren uppstår alltid i prövningen till arbetets krav. Finns det någon skillnad överlag, vilken kapacitet har man, ligger den över eller under arbetets kvar, det måste man hela tiden. Hur begränsas det hela? Tänker man så behöver det nödvändigtvis inte vara så komplicerat för den som har en anställning.

- *Finns det några andra yttre faktorer som också påverkar bedömningen? Förutom just vad personen är kapabel till att göra: exempel från arbetsförmedlingen, geografisk, arbetsplatsen arbetsförmåga utvecklas.*
- Vi tar inte hänsyn till det. Sådana situationer, dom ska lösa sådana problem. Vadå det kan vara barnpassningsproblem, familjesituationer. Det får man ju reda i. Vad är det som ligger bakom att jag blivit sjuk? För man relaterar alltid till arbetet men det behöver inte vara arbetet, sällan kanske det är enbart arbetet, utan det är en livssituation som avgör. Det är strikt medicinska skäl men det kan ligga bakom till varför jag börjar må så dåligt så att jag måste sjukskriva mig. För det så får jag en diagnos, orsaken kan vara att jag faktiskt hade för mycket runt omkring mig, det var egentligen inte jobbet, det var en utav pusselbitarna men det gjorde mig sjuk och helt utslagen och då prövas jag i förhållande till mitt jobb inte till mitt privatliv, så blir det ju. Det kan innebära att jag är fatiskt då är helt arbetsförmögen i förhållande till mitt arbete, sen är frågan då hur ska vi komma till rätta då med din situation, hur ska du kunna komma tillbaka till arbete, det är klart att då måste man också bena i det privata livet eller hur? Så.

- *På individens behov också...?*
- På individens hela livssituation. Det är oerhört många delar i det där, det är inte alldeles enkelt

- *Har ni något samarbete med individen i just bedömningen av arbetsförmåga?*
- Oja, ja det är helt avgörande

- *Hur kan det exempelvis se ut?*
- Men det är klart att man gör en första bedömning kan jag säga då, den första bedömningen sker på nationell försäkringscenter och det råkar finnas sådant i stad x, där träffar vi inte individen, utan det gör man under strikt pappersunderlag va, den enskildes försäkrans och dess inställning gör man bedömningen rätten till sjukpenning eller inte och då kan man träffas som vi här nu skulle kunna mötas i en, vi kallar det SASSAM-utredning asså det är en utredningsmetod som man ska kunna se hela människan, se resurser och hinder lite grann. Man går igenom livssituationen även socialt också.

- *Skulle du kunna beskriva SASSAM?*
- Nej, det är jag lite dålig på. Det är en väldigt viktig utredningsmetod i alla fall som kanske tar en timme drygt för att jag ska förstå, få en bild av dina egentliga problem, och vad jag kan göra åt det. Steget därefter är att det kanske då tycker kanske då att det är rimligt att vi gör ett avstämningsmöte, det innebär att vi träffar då dom som vi tycker har någonting med frågan att göra, vi sätter oss ner och så går vi vidare. Du kanske behöver sjukskrivning i två månader, det kanske förbättras en aning, då träffar vi din arbetsgivare och då kanske doktorn är med och vad ska vi nu göra nästa steg? Hur ska vi kunna planera för din återgång i arbete, vad är det då som ska hända? Ska du gå på samtal, ska du ha sjukgymnastik, vad måste du själv göra? Ska arbetsgivaren anstränga sig lite och anpassa din arbetsplats? Förstår du? Och sen slår man fast det i en plan så det dokumenteras då under det där mötet, och så kollar vi och så har vi uppföljningsmöte, så där håller det på.

Det där ska man ju också numera ställa i relation till att sjukförsäkringen har förändrats. Och man kan säga att sjukringen... rehabiliteringskedjan, det ska ju då förebygga att ett ärende inte bara rinner iväg utan det är givna bedömningstidpunkter, så, väldigt viktigt alltså, så ställer det krav jag menar man kan säga att det stressar dom här som har ansvar att liksom stödja en sjukskriven, oss, arbetsförmedlingen, arbetsgivarna. Och om inte vi gör det vi ska och sjukvården då är det inte vi som kommer i kläm utan det är den enskilde patienten, för man det som blir långtidssjuk i synnerhet har ett begränsat antal dagar. Det här ställer krav för vi går vidare i bedömningen, här bedömer vi mot reguljära efter 6 månader, såvida man inte lyser hopp om förbättring som man kan bero av särskilda skäl inom ett år.

- *Men om man har speciella skäl asså, då får man tillbaka till de, då kan man ta hänsyn till det då, att man vet att man kommer att bli bättre.*
- Jo då ska ju planen vara doktorn kunna göra det väldigt tydligt för mig så har att besluta då att ja men då ja, det är mycket sjukgymnastik som pågår här va, eller en operation gällande va, du kommer med största sannolikhet att bli frisk, ja men då ska vi inte slösa på, bort din kompetens som du har glädje av i ditt vanliga arbete utan då avvaktar vi, du får vara sjukskriven ända dit.
- *En viktig part är samarbetet med sjukvården.*
- Sjukvården behöver bli lite mera kris medvetna om vad dom gör med den tid dem har med patienten. Det hänger ihop, det måste hänga ihop, och vi har det ansvaret att se till att alla myndigheter är med. Det finns flora för det, man nämner beredningsgrupper, och ovanför beredningsgrupper är de lokala samverkansgrupperna det är chefsgruppen. Som på övergripande plan ska säkerställa så att vi kan jobba. Hur ska vi då göra, vad måste vi fokusera på, vi kanske ser att vi har.
- *Hur går ni till väga för att bestämma om en person blir sjukskriven eller inte? Vad krävs för att bli sjukskriven?*
- Det har med arbetsförmågan att göra, 4 nivåer, 25, 50, 75 eller 100 % sjukskriven. Det är många som kan vara partiellt i arbete. Sjukdom ska förorsaka funktionsnedsättning som påverkar så pass mycket att jag inte kan arbeta. Sjukdom, funktionsnedsättning, arbetsförmåga. Region dalarna, med landsting och politiker har den största legitimitet att fånga alla aktörer. Säger regeringen att vi inte ska ha människor i ett passivt utanförskap utan vi ska ha aktiva stöd istället. Den passiva sjukersättningen blir ett aktivt lönestöd, fler kommer att anses ha en arbetsförmåga i den nya sjukförsäkringen. Arbete med lönestöd, t.ex. samhäll. Sjukpenning är tänkt vara korta sjukhetsfall de kommer inte att vara så långa, dom kommer att till avgörande mycket tidigare.

- *Finner du några brister i det system som finns idag? Eller är det bara positivt?*
- Den nya sjukförsäkringen, intentionen tycker jag är den låter väl bra, flera kommer att få arbeta, det kommer att ges möjligheter att få använda de resurser man har.
- *Men hur ser du på den sjuke när det kommer att se på det nya systemet?*
- Det är en så stor förändring så det tar väl tid att sjunka in i den frågan. Den försäkring som ställer vissa krav på en arbetsförmåga. Det är ju vissa villkor, så är det ju. Och så är det i det här fallet att det ska saknas arbetsförmåga.
- *Patienten ska känna att det får möjligheter att få fortsätta jobba och få aktiva stöd istället för att känna sig jagad.*
- Är det bara med passiv ersättning, om vi nu tänker oss att alternativet annars är att jag får den här sjukersättningen, förtidspension, är det bra? Och är det så att de som får dt, saknar de fullständig arbetsförmåga? Har dom beviljat ersättning i så fall har, dom varit sängliggandes eller kan dom gå och stå och röra sig kan dem göra nånting. Det är klart att dem kan göra de va.
- *Vad är arbetsförmåga i princip?*
- Det är att man har relaterat till att man inte ska klara av sitt ordinarie arbete eller klara av ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden.
- *Hur ser man på den psykiska förmågan? För dem är ju inte sängliggandes.*
- Det är också hur läkarna redogör för patienten, kan vi få den uppfattningen att den här skulle klara något arbete överhuvudtaget. Oavsett, då handlar det inte om det fysiska utan det intellektuella och sådana förmågor, eller kanske inte. Det är svårt att ha något absolut. Jag kanske kan klara av ett arbete som är lite anpassat, till två timmar om dagen skulle det till och med vara bra för mig, även med mina psykiska besvär? Skulle det kunna vara så eller inte? Asså det är sådant man får bena i lite grand.
- *Tycker försäkringskassan att det har de resurser de behöver för att utföra sitt arbete? För att göra ert arbete så bra som möjligt?*

- Ja, det tycker jag. Vi får ställa krav på sjukvården. Att dem ska prestera, mer personal kan man tycka att vi skulle kunna vara. Brist på resurser framtvingar att man måste arbeta klokare med den tid man har, det bottnar i brister i kunskapen om vem som ska göra vad. Det är lätt att säga att det är patienten vi ska sätta i centrum. Det måste vi faktiskt förstå, och vad ska vi då göra. För vi har olika ansvar.
- *Har ni fått någon respons av de som genomgått rehabiliteringskedjan? Har deras situation blivit bättre eller sämre tycker de?*
- Ja, nu har vi inte kommit så långt, det blir ett väldigt skarpt läge den 1:a januari det är den första tidpunkten då vi börjar pröva våra ärenden mot den reguljära arbetsmarknaden. Man får väl förvänta sig att en del tycker att spelreglerna är väldigt tydliga, med tydliga förväntningar. Om jag vet det från början så är det inte så, men om det sker under resans gång så förändras förutsättningarna för mig, oj vilka krav ni ställer, det är klart att det är ganska allmänmänskligt att man reagerar kanske lite sådär oj, det kommer som en chock nästan. Oj, vilka krav ni ställer på mig nu, men det är intressant varför man ställer krav, varför upplever man det som att man, att det känns obehagligt, varför blir det så pressat varför utgår man ifrån det? Ni säger att ni har hört saker, varför hör man just det? Varför hör man inte ja, nu får jag chansen till ett nytt jobb!?
- *Tar programmet hänsyn till de personliga, individuella aspekterna av samhället, och de variationer individer emellan? Har det här programmet tagit hänsyn till det och så?*
- Det är en stor fråga, man sjukskrivs utifrån den individuella förmågan, doktorer gör ju för det första också doktorn har ju dom här medicinska riktlinjerna. Det anger en tid för normalt för en viss typ av åkomma men sen är det också det individuella som styr. Man kanske har en samsjuklighet men kanske på andra sätt är lite svag i kroppen så som kräver längre sjukskrivning så det växer in i den individuella bedömningen, asså min förmåga, just min. Och det relaterar man faktiskt till det jobbet jag nu har, det blir ju mera sen vilka, sen vilken hänsyn tar man sen framåt om man nu säger att man inte nu längre, jag menar om man nu ska testas mot den reguljära arbetsmarknaden ja hur möjlig är jag där, asså har jag, är jag möjlig att rustas till ett annat arbete, har jag den förmågan intellektuellt eller på annat sätt, har jag det? Nämen har jag inte det då man kan väl också säga det att man kan tänka sig det att, om socialförsäk-

ringsministern säger så här att man, vi ska komma bort från utanförskapet. Vad vi gjort tidigare ska vi kunna tänka oss då har man snabbt får en sjukersättning. Du klarar inte ditt ordinarie okej, du är utslagen från arbetsmarknaden, du får en sjukersättning, hopp... så är iväg med dig. Så är det inte nu, nu ska vi jobba aktivt med dig, vi ska hitta den speciella nischen som passar dig. Så kommer det blir, och bli det här jobbet kanske i slutändan då inte på reguljära utan ett arbete med lönestöd. Dom pratar om resursjobb om samhällsnyttiga tjänster. Och det är så klart om du bara tänker någon som jobbar inom vården i 20 år eller inom kommunen i 38 år och så säger man näe men med dem här problemen är du utsliten du kan inte jobba här länge vi kan inte omplacera dig. Då ska dom också matchas in i något annat. Det är klart att man hela tiden måste titta till individens möjligheter. Det är inte bara teoretiskt att du kan ta det där, men det är arbetsförmedlingen som gör den bedömningen, gör den där matchningen, var hittar man det jobbet, kan man undra, hittar vi det i dalarna eller måste vi gå utanför du kanske pratar med förmedlingen, gör också ett nytt krav ställer, vi ser Sverige som arbetsmarknad, hur reagerar vi då? Det här har vi inte gjort tidigare, eller hur, man har ju kunnat tacka nej till jobb och fått A-kassa. Nu är inte det lika självklart längre. Ni kan se i det här samordningsmaterialet att man titta på den generella samverkan då ser ni att ni ska upprätta nationella regionala överenskommelser och driva loka samverkansgrupper som jag pratat om. Det där syftar till att som har det här uppdraget måste ju bli bättre på att kunna samarbeta, för annars så brukar man säga att då hamnar folk mellan stolarna, men det finns alltid en stol att sitta på. Det som gör att det inte gör det är i så fall att vi sjabblar till det, annars finns det alltid någon person som ska kunna ta han om någon person in något läge, så är det. Och det sista som har kommit i lag då 2004 det är ju den här näst sista punkten som är det där med finansiell samordning, ni känner till det... då men lägger in en given summa pengar till varje aktör då och så får man ett uppdrag att gr som man inte klarat av att göra hittills och det är väldigt ofta sådana ärenden kommer från kommunen sådana som vart in i samhällssystemet utan man har gått i mer eller mindre olika församlingsstöd under många år. Sen har vi längst till vänster individ nivån som vi gör att vi ska... *läsning av broschyren*

- *Tycker ni att de regler och riktlinjer som blivit bestämda fungerar? Så at individen får det bästa av situationen med den bästa hjälpen också?*

- Ja... Jo men det tycker jag. Asså vi var inne på det också, individen själv, asså hur utgår man ifrån individen, asså måste man göra. Och man måste vara väldigt klar över som sjukskriven asså det är vi som betalar försörjningen, så det är ganska rimligt att jag kallar dig till ett besök eller så va. Annars så skulle det vart på ditt arbete och vad ä det du själv ska göra din rehabilitering, kanske ska hitta på träning eller så va, bidra med det eller besöka arbetsplatser. Men måste vara medveten om att det finns både, rättigheter asså, rättigheten att kunna ta del av sjukförsäkringen men också skyldighet att ställa upp på olika aktiviteter, arbetsträning kanske vi tycker att du skulle kunna, eller arbetsprövning eller vad det nu kan vara. Så det finns många sådana här hjälpverktyg också, arbetshjälpmedel å. Det som kanske gör att det inte fungerar bra det är vår oförmåga att hinna med allting i rätt tids asså att det drar ut på tiden så är det ju, att då fungerar det inte. Men det finns en plan ett tänk med olika aktiviteter som jag tycker täcker in det mesta.
- *Det vi egentligen menade med yttre faktorer var lite med utbildningen och om det finns hur individen ser själv på sin arbetsförmåga, om det har någon påverkan.*
- Nu förstår jag inte, hur det påverkar...?
- *Bedömningen av den egna arbetsförmågan*
- Aha, att den kan påverka och göra det lättare att dom kan få en sjukskrivning?
- *Näe, hur dem själva ser på hur sjuka dom är.*
- Ja... Och att det indirekt skulle påverka då..? Kan dom ge uttryck på ett annat sätt då eller? Är det, det du menade? Att dom kan formulera sina upplevda problem som gör att i så fall blir sjukskrivna?
- *Personen kan fortfarande se sig som jättesjuk, om den genomgick en operation för kanske två år sen.*
- Sjukrollen som individen kan hamna i och se sig själv mycket sjukar än vad den egentligen är. Och då finns det inget samarbete mellan läkaren och individen egentligen, tycker vi. Man håller fast vid sjukrollen...

- *Det är egentligen psykiatrin som ska komma in där... hur ser ni på det?*
- Så kan det vara, det kan kännas hotfullt, man kanske inte trivs på arbetet, man kanske, hur gärna vill jag tillbaka, hur mycket påverkar det? Hur känner jag mig mottagen asså, vill man ha mig tillbaka? Var har jag min trygghet, jo om man har under lång tid levt i en sjukroll som blir lite gran min nya identitet, va. Jag blir trygg i det på nå sätt jag har dessutom gått och fått vara för mig själv i där ingen har ställt nå krav på mig och så plötsligt nu, ja nu har vi gjort de här ingreppen och nu borde du känna dig bra, näe men jag känner mig inte bra. Vi har ju olika förmågor att klara det, definitivt och då kan ju dom behöva mer coachning då kanske med samtal och annat då, så det kan bli en lite längre resa att kunna få, skapa den insikten
- *Men det var då jag menade om det har något med utbildning att göra?*
- Näe men det är väl vår copingförmåga lite grand, asså hur klarar vi olika situationer, det är klart att den mentala delen på verkar asså hur jag upplever, vi upplever ju smärta oerhört olika. Vi kan ju gå överstyr om man förlorar katten eller om man om man mister en anhörig, det berör många väldigt mycket andra mindre, asså man har olika förmåga att klara sådana kriser med livet.
- *Personer med en lägre utbildning eller med kanske ingen utbildning överhuvudtaget dom kanske finner sig i den situationen att komma tillbaka till ett arbete, där man hade en ganska sakig anställning från början, då kanske dom känner situationen ännu värre än vad personer som har en högskoleutbildning som vet att man har en grund att stå på.*
- Dom har ett annat självförtroende, en annan självkänsla. asså jag har inte fördjupat mig i den här frågan men det asså inte operativt i mitt jobb så direkt men man måste vara lyhörd för att det kan ligga med i bilden, så är det ju, sen är det hur man värderar det och hur sjukvården hanterar det. Ser jag sådana luckor så måste jag ställa krav från sjukvårdens sida också att finna titta på den bilden. För fortlöpande så prövar vi hela tiden ersättningsrätten. Tycker vi den rädsla du nu visar när du har fått alla behandlingarna är skäl nog att du ska få fortsatt sjukpenning? Näee, det kanske det inte är, kommer du då klara den påfrestning att nu säger vi nej till fortsatt sjukpenning, vilket vi gör. Vi tycker inte längre att det finns något underlag för nu har vi gjort alla dom insatser som vi har, man har gjort planeringen, dom är klara, nu

ska du arbeta. Sådana ärenden har vi ju det kan bli väldigt tuffa uppvaknanden på något sätt, en tuff påfrestning där de flesta klarar ju det.

- *Kan det inte vara så att individen får ett återfall? Att individen inte känner att den är redo att gå ut i arbetslivet?*
- Den personen som saknar utbildning skulle jag kunna tänka mig blir lite låst i sitt arbete och ser inte alla möjligheter man har som dom som har en bred utbildning, det kan vara så att man har slutat 9:an och tar ett litet arbete där det inte krävs någon utbildning. Alla dom arbetena är tunga, det är ju tunga arbeten. Men ser heller ingen jätte framtidsvision. Man vet att man inte är så het på arbetsmarknaden. Men den är anställningen är allt man har att leva för då håller man sig fast vid det. Skulle man jämföra men någon som har bred utbildning, som en högskoleutbildning så har den så många andra alternativ att välja bland. Om man ska jämföra så då... Samtidigt är inte arbetsbördan likvärdig ett lågutbildat arbete där det är mera kroppsarbete. Vist märker jag som handläggare skillnad i dom ärendena.
- *Upplever du att det kan förlänga sjukskrivna, asså att dom behöver mera, nåt samtal eller så där för att inse att nu är du faktiskt färdigrehabiliterad, nu måste även du ut på den reguljära arbetsmarknaden?*
- För vi kommer till det där läger där vi tycker att nu har ju trots allt, genom de beslut som säger att ni kan inte få mera sjukpenning. Det kan ju bli ett väldigt abrupt avslut för den enskilde.
- *Men upplever du att sjukskrivningen kan ibland förlänga... asså att det behöver lite mer tid på sig för att få insikten? Kan det bli så?*
- Aa, det kan ju bli att de håller fast vid sin anställd som jag har vid flera tillfällen varit på avstämningsmöten och personen i fråga har skador så att den ska inte tillbaka till arbetet, för då tar vi landstinget till exempel där tunga arbetet som lokalvårdare. Men i lättare normalt förekommande arbete så borde någon arbetsförmåga där man inte belastar kroppen, men då kommer det där, det finns ingen utbildning, det finns inga alternativ så dom tänker inte alternativet och känner också så att det är ganska tryggt på nåt sätt med en anställning. Då får man försöka förklara för jag kan aldrig säga till en försäkrad att du ska avsluta din anställning. Det

jag kan informera om är att hjälpen inte är den samma om du har anställning, alla vid det är möter ser att med din skada ska du inte tillbaks till arbete, det är inte lämpligt du får heller ingen hjälp att vi, man binder ju fast försäkringskassans möjligheter att hjälpa personen, man binder också arbetsförmedlingens händer att hjälpa personen. Har den en anställning får den inte den hjälp den behöver, och vi i första hand ser då till att få dig tillbaks till ordinarie arbetet kan vi inte det så ska vi se till arbetsmarknaden i övrigt, så det blir då liksom, det måste man ju möta och säga, okej då är det arbetsförmedlingen som jag som kund eller försäkrad ska få hjälp av. Men har man kommit fast i sin anställning så till slut blir det vi som få ta det, den försäkrades beslut om att man vill göra något annat i livet, och då säger vi nej till fortsatt ersättning. Och då är det tillbaks till arbete och där kan man inte jobba och man utför inget arbete och då blir det facklig process, det blir omplacering eller anpassning och om inte det går, vilket är ofta förekommande eftersom man inte har någon utbildning sedan tidigare och arbetsgivaren inte utbildar personer. Då blir det ett avslut, det blir ett förtroende för... Men vi pratade ju om det; jag påstår ju ändå att det finns ju stöd att få i samhället. I det här fallet är det ju Arbetsförmedlingen som skulle kunna hjälpa den här personen vidare om insikten och självförtroendet finns för det. Men den här situationen som person x nu beskriver den kommer ju bli mer vanlig i det här tempot som finns i det nya regelverket, det kommer bli flera sådana situationer. Så det är ju en ganska intressant fråga och aktuell fråga, verkligen. Ja, det här kommer ju ske mycket snabbare i och med rehabkedjan än vad det var enligt gamla modellen som hette steg modellen som vi arbetade efter, om man jämför den med det som kommit nu i juli, rehabkedjan där vi ska titta på tidsperspektivet kommer minska. Det kommer gå drastiskt mycket fortare i våra program.

- *Jag vet inte hur mycket du kan berätta om SASSAM-utredningen, kan du förklara lite?*
- SASSAM-utredningen är en kartläggning som ska ta reda på kundens rätt till sjukpenning, medicinska åtgärder, behovet av arbetsinriktad rehabilitering, någon form av planering. Men sen ser man också den sociala biten; barnen, familjen, ekonomi, läkemedel, alkohol. Och efter det kan man göra en motivationsbedömning och en bedömning om återgång till arbetet, var någonstans ungefär på en skala ett till tio är den här personen. Det är jättesvårt att göra om man inte har de här konkreta frågorna att få svar på med hjälp av SASSAM-kartan. För den är framtagen på Apotekets statliga grunder. Så det känns ju jättebra för oss som handlägg-

gare att ha, men även för kunden för det är ju samma för alla. Genom en SASSAM-kartläggning så är det här pappret vi använder oss av och alla får samma frågor. Så den är väldigt bra.

Våra verktyg så att säga, det är bland annat SASSAM-kartans plan är återgång i arbete, avstämningmöten, bolla ärenden med försäkringsmedicinsk rådgivare, som med Försäkringskassan. Arbetsgivare är också lyckliga när vi får ut arbetstagare. Som jag hade ett ärende som vi diskuterade, om man har jobbat på Posten också har man brutit benet, så självklar kan man inte jobba som ordinarie brevbärare med brevbäring och sådant, men man kanske kan vara inne i basverksamheten och kamma post och sitta och göra vissa sysslor. Jag vet en chef som jag träffade nyligen som hade ringt och sagt att ”jo men om du kommer hit på halvtid så har jag arbetsuppgifter åt dig”. Och han blev liksom; ”ja men jag är ju helt sjukskriven”. ”Nej men om du kommer hit så ordnar det sig, vi hämtar dig och sen har vi arbetsuppgiften till dig på halvtid, så du kan jobba fast du är helt sjukskriven”. Och han tänkte och sa ”ja just det, det skulle jag kunna göra”. Men folk tänker kanske inte, de får en hel sjukskrivning och tycker ”ja jag har brutit benet och jag kan inte arbeta”. Men det är ju inte sjukdomen vi tittar på, det är arbetsförmågan, förmåga att arbeta trots att man är sjukskriven. Den tiden har ju inte doktorn i patientmötet, att ta all den här informationen, det är väldigt sällan. Så är det ju. Så jag kan ju tänka mig att vid ett avstämningmöte så blir ju den här SASSAM-utredningen en väldigt viktig information som man spelar in för att komma vidare, som inte doktorn har kunskap om. Sådana resonemang har vi ju med sjukvården. Skulle det vara det optimala om sjukvården ägnade en SASSAM-tid, alltså gjorden en sådan utredning. Vilket man inte gör, då får man ju hela människan, då fick man alla delar, det hinner man ju inte få på ett läkarbesök. Sjukskrivningsfrågan kommer ju lite grann i slutet på besöket.

- *Arbetsförmedlingen sa att Försäkringskassan håller på att utbilda läkarna. Vad är det ni utbildar dem i?*
- Väldigt mycket nu har det varit den här försäkringen, vad ska vara deras del i det hela. Och resultatet i det är att man måste jobba mer tvärprofessionellt, man måste ha en bättre förmåga att använda sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, psykolog. De efterfrågas inte i den utsträckning dem borde. Utan det är jag som doktor som gör hela biten och för länge. Spelar man in

dem istället så är de väldigt duktiga på att göra just arbetsförmågebedömning, det är deras uppgift.

Så det går det bland annat ut på, men överhuvudtaget hur man jobbar i sjukskrivningssituationer själv. Man måste koppla ihop försäkringen med medicin och hur de hänger ihop. Så det är väldigt mycket kunskap att hålla på med. Och det är väldigt brett. Ta bara mottagningsköterskorna som är de som först tar emot samtalet, om den vet lite grann om sjukförsäkringen så kan den också lotsa och svara upp.

- *Känner ni att vi har fått en rätt bild av Försäkringskassan av er?*
- Ni ställde någon fråga om den, om jag tyckte att vi hade alla verktyg eller alla förutsättningar och resurserna. Då sa jag lite grand om att dom personella skulle man kunna önskat mer men annars tycker jag att vi faktiskt har verktygen, dom finns i samhället tycker jag. Det är vår förmåga att kunna använda dom tillsammans.

Det är samverkan som vi ska jobba vidare med så att inte, det som har hänt tidigare är väl i sådana fall att någon har hamnat mellan stolarna mellan arbetsförmedling och försäkringskassan, och det har vi möjlighet att jobba mycket med. Arbetsförmedlingens resurser och vad som ska göras där, och vad vi ska göra så att vi vet vad som är vad, vem som gör vad att vår kund, arbetsförmedlingens kund asså en och samma person. Sen kommer vissa hamna i kläm i alla fall, inte för att det ska hamna i kläm men det kanske inte finns någon lösning till just dom personerna. Det tredje alternativet tror jag vet alla är...

Det finns en stol åt alla, för en del finns det en självvald stol att sitta på.

Det kommer det att bli mycket av från och med juli och framåt och januari och framåt med rehabkedjan.

- *Vad händer om en individ inte är kapabel till att göra ett eget val? Eller tycker ni att alla individer ska kunna göra det?*
- Mer eller mindre och kan man inte göra det, och nu pratar jag asså om till en viss del gör det är alltid handläggaren, så är min förhoppning att psykiatriska kliniker i Dalarna tar det ansvar de ska ta gentemot sin kund och försäkringskassans. Det ska ju vara en samverkan mellan psykiatrin och försäkringskassan och ja, samhället eller kunden då också så att ingen blir, hamnar mellan stolarna. Eller det är sjukvården i stora drag, dom har ju, det är klart att dom

ska äga det medicinska rehab - ansvaret men, och det ska vi komma ihåg då att nu saknar vi ju psykiatriker och andra... men rehabiliteringsgarantin det är ju pengar som riktar sig till patienten med smärta och då var vi inne lite grand i dom som håller sig fast vis smärtan. Det ska vi veta att 30 % av våra diagnoser innehåller smärta, 30 % innehåller lättare symptom, typ som ångest depression och stressrelaterade besvär och för dom här två nämnda grupperna så får man pengar i form av rehabiliteringsgaranti då. För att man ska kunna då kompetensutveckla då KBT i grupper eller annat. Det är sådana insatser som kommer under nästa år.

- *Blir en person kroppsligt sjuk är det ju lättare att se på en handling och när den är avslutad när man ska bli frisk. Så det måste vara lättare att bedöma det överhuvudtaget?*
- Det skulle vara intressant, för jag ska träffa en, asså hur uppträder behandlingsresultatet? Kropp och själ är ju så olika, kroppen läker det vet man ju vetenskapligt att det ska bli bra men själen det kan man aldrig säga tar si eller så lång tid. Däremot så är det de här nya rekommenderade riktlinjerna för just depression är det frågetecknen om man ska ta ut vad för en lindrig depression, där finns det så många olika, jag menar alla individer är ju väldigt olika. Så kan det bakomliggande vara katastrof för människan egentligen och man inser at den här personen har ju helt klart en arbetsförmåga men läkarintyget säger inte så mycket. Då kan den med mindre depression då doktorn skrivit utförligt eller mindre utförligt. Då får man bedöma efter, så det är inte det underlaget man lägger grund för det är ju det vi gör, vi tittar ju på det medicinska, vi tittar ju på papper. Vi skickar ut riktade frågor när vi blir osäkra och tar kontakt med både den försäkrade men även med läkaren för vi ska ju bedöma rätten till sjukpenning.

Tar då ett avstämningsmöte med tre parter antingen med arbetsgivare och den försäkrade, försäkringskassan eller allihop så doktorn också. Det där är lite olika beroende på vad vi bedömer och vad det är få nå underlag som kommer in. Ibland ser man att det här avstämningsmöte ökar betydelse för läkaren, mer eller mindre finns en planering man märker då på underlaget, då har man ett avstämningsmöte med läkaren och med arbetsgivaren för att göra en plan för det återgånga arbetet. I vissa fal känner man att man vill ha doktorn med för vissa frågor så att allt blir tydligt för det här avstämningsmöte, det är väldigt olika. Men man ska minst ha tre parter på ett avstämningsmöte.

- *Kan ni berätta lite om de riktlinjer som finns för rehabilitering?*
- Finns ett schema som vi går efter, och då är det så här att det här är våran rehabiliteringsrutin, och då börjar vi med att se om det har hänt, finns det motiv för rehabiliteringsutredning för vi gör fortfarande rehabiliteringsutredningar som man tidigare var skyldig att göra och skicka till försäkringskassan vi har kvar samma typ av utredning. Och använder oss av den internt, och en sådan utredning det gör vi då om en person blir sjukskriven av läkare från första dag eller om en person har upprepade korttidsfrånvaro från eller mer än sex gånger på ett år, eller om den anställde själv begär att den vill ha en rehabiliteringsutredning gjord eller på ett eller annat sätt mår dåligt. Då gör man den här utredningen och det gör chefen tillsammans med den här personen. Sen ser man om det finns motiv för att man ska gå vidare i det här och gör det det, då sätter man sig ner i ett större samtal och fyller i rehabiliteringsblanketten tillsammans, chef och arbetstagarer sen när man har tittat igenom det och det var något enkelt som att personen mådde dåligt som man kan lätt åtgärda finns det kanske inte något behov av att gå vidare, och då går personen tillbaka till sitt vanliga arbete. Men om det är någon annan form av sjukdom eller sjukskrivning som gör att den här personen som gör att vi ser att det här kommer att bli en längre sjukskrivning. Då kopplar vi också in, ska vi koppla in företagshälsovård och ha möte tillsammans med dom och sätta sig ner och göra en handlingsplan med chefer, företagshälsovård som är den person som är experten inom just det området som ska behandlas, en rehab handläggare och försäkringskassan, dom är inte alltid med men kan man få dom med i det här mötet så är det bra om dom är med från början och en facklig företrädare men det har den här arbetsföretagaren att säga ja eller nej till. Om den inte vill ha en facklig företrädare med, man frågar alltså, säger de nej är det så. Man sätter sig ner och gör och jobbar ut en handlingsplan då gör att eftersom vi vet hur rehabkedjan ser ut så vet ni att det är väldigt bråttom att få tillbaka personen i jobb det ska innan tre månader ska vi veta om dem ska omplaceras eller inte och längs den här linjen då som finns. Men längs den här linjen görs en del avstämningsperioder och sen när man har kommit fram till vad som behöver göras på det medicinska och på jobbet för den medicinska delen. Den ska primärvården stå för och se till att vi blir friska och företagshälsovården har vi ser till att se till de anpassningar

som behövs, förändringar på jobbet eller vad man kan göra. Det är alltid när vi börjar här, det arbete som den här personen är anställd för att göra, hela den här kedjan som vi har hittills är bara det arbetet som vi försöker få tillbaka våra anställda i arbete. Sen har vi kommit fram hit då där vi gjort det vi ska vi har gått igenom vår handlingsplan och då måste vi se om den här personen har en arbetsförmåga av betydelse för just det här arbetet som dom är anställda på, och då gör vi arbetsförmågebedömningar utifrån det jobb man har och då egentligen ser det ut så här i kommunen. Men vi ska alltså titta på en annan den här är alltså gjord i någon annan kommun. Det går till så att den chef då som har den här arbetstagaren tittar på försöker företeckna de arbetsuppgifter som finns och det får man göra tillsammans med den anställda då. Vad är det för arbetsuppgifter som ska utföras på den tjänsten som man har? För det är bara den egna tjänsten vi håller på med i den här kedjan. Kan man utföra dom, vi har inte med läkarens delvis utförda och så ska man också beskriva läkaren som har den medicinska kompetensen varför kan inte den här personen utföra det här? Kan man anpassa arbetet på något sätt så att han kommer kunna klara av det? Är det en rimlig kostnad för det får ju inte bli, allting går ju nästan att fixa men det får inte vara ekonomiska kostnader som gör att vi inte klarar av det utan det ska finna sig i en rimlighetsgräns. Också tittar vi utifrån det här då kanske den här personen kan utföra det mesta nu när vi har gjort hela den här rehabiliteringen, vi har kunnat anpassa både arbetstider och hur man ska jobba och det har kanske också kunnat göras en del anpassningar av arbetsplatsen är det så ja då går personen tillbaka till arbetet är det nej för det här arbetet klarar inte personen av det finns medicinska hinder eller andra hinder som gör det absolut omöjligt och då börjar ju vi göra vi en omplaceringsutredning. Egentligen behövs det bara en enda dag för att titta på jobb som man ska se om den här personen klarar av, vi brukar ta lite längre tid, vi försöker ge dem en chans, en vecka eller så för att titta vad som finns. Vi tycker det är schysstare att titta på en vecka för att se, vad finns det för någonting? Och lediga befattningar, kvalifikationer, kvalifikationskrav och när det ska tillträdas och så sedan bedömer utifrån det här, kan den här personen? dels med tanke på vilka begränsningar som finns där kompetens och kvalifikationer klara av de här jobben. Ibland kanske vi till och med får göra en ytterligare arbetsförmågebedömning därför det är ju ett nytt jobb, och finns det ett så omplaceras de naturligtvis och finns det inge jobb ja då har vi och försökt utreda i botten så att säga vad det är den här personen skulle kunna utföra och är det så att vi inte hittar någonting så då blir det uppsägning som personen möter.

- *Vi vet att det finns ett samarbete mellan arbetsgivaren, försäkringskassan och arbetsförmedlingen, kan ni förklara lite hur det ser ut?*
- Det finns ett, vi har ett nära samarbete med försäkringskassan. Försäkringskassan och arbetsförmedlingen har ju inte jobbat tillsammans med dom som har haft en anställning tidigare utan det här är väldigt nytt från första juli egentligen. Och hittills har vi inte nått bra etablerat samarbete med arbetsförmedlingen men däremot så är det så att när personer, nu har vi inte kommit så långt i den här rehabkedjan så att många har varit föremål för att bli uppsagda. Men när vi kommer dit så har försäkringskassan och arbetsförmedlingen dom har ett samarbete. Så att de följer då våra anställda direkt och har kontakten med arbetsförmedlingen. Men det kommer vi att jobba upp så småningom bara vi när det... eftersom det här börjar gälla den första juli så har man liksom inte riktigt. Arbetsförmedlingen har under många år hela tiden sagt att så länge den anställda i vårt fall i den här kommunen så gör inte arbetsförmedlingen någonting vilket vi tyckt varit lite jobbigt för att det i det läget inne i ett avslut en uppsägning man gör ju ofta ett avslut på ett annat sätt om man säger så då drar dom en fördel om arbetstagarna har en ny anställning på gång. Ja gör ett avslut som arbetsförmedlingen inte behöver vara med på .
- *Kommer det att ske någon ändring på det?*
- Ja vi hoppas ju på det så att man ska kunna diskutera på ett annats sätt va. Om den vederbörande är anställd under er i det här fallet den här kommunen så säger dom att det är erat ansvar, och det vet vi ju att det är. Och att det finns en rehabiliterings kedja, för på det viset visar att det rehab kedjan har skissat fram i många stycken har man ju hanterat på samma sätt, så att säga. Det är ju att det ska gå vidare att vi vill behålla och göra rehab utredning och sånt det är ju inte bara det att det finns fördelar för då får man en ordentlig genomgång av arbetsstadier möjligen fackliga organisationer och arbetsgivare tillsammans är ett nationellt krav över en fördel att ha. Ett problem i det här samarbetet när det gäller försäkringskassa och arbetsförmedlingen det är då att försäkringskassan finns då för vår handledning i, arbetsförmedlingen finns här just nu men med en liten väldigt kort bemanning och vi vet ju inte riktigt hur det kommer se ut i framtiden förmodligen så kommer det också att försvinna här-

ifrån då är det väl i stad X det kanske blir. I stad X's försäkringskassa fungerar samarbetet jättebra samarbetet har vi haft under en lång tid med samma person, ska man lyckas när det kommer till rehabilitering av människor så är det att, har i alla fall vi den erfarenhet att har men det här samarbetet med försäkringskassan av samma handläggare, som också lär sig arbetsplatsen man hon vet ju precis hur det ser ut vet ungefär hur vi jobbar känner till liksom allting. Och då är det så mycket lättare att lösa för hon behöver ju aldrig fundera liksom på våra uppgifter vi vet vart vi har varandra det är en framgångsfaktor när det gäller rehabilitering.

- *Hur är det med det där att försäkringskassans ansvar mer har skjutits över på arbetsförmedlingen och deras ansvar har blivit större?*
- I och med att fler människor sägs upp på ett annat sätt i dag, många fler kommer att hamna där. Det innebär att de får ett större tryck på sig vi tror inte att det från rehabiliteringskedjan att det kommer in flera uppsägningar av anledningen från rehabiliteringskedjan fast det blir liksom våran fundering. Nu har vi ju tittat lite grand på vad som ligger för att det löses ut ganska snart kan man säga en del som har varit borta länge men vi har ju inte speciellt många vi ligger ganska bra till, men vi får ju vara ständigt observanta en del uppsägningar kommer att vara av personliga skäl. Och då blir det ju arbetsförmedlingens ansvar och då blir dom liksom inkopplade i, redan när försäkringskassan är med och gör de här avsluten uppsägningarna. Som vi jobbar med tillsammans med försäkringskassan och då kommer arbetsförmedlingen i sin nya roll att komma in ganska tidigt i så att dom parterna alla tre förhoppningsvis får börja diskutera: hur gör vi med den här personen, Som inte kan jobba kvar i kommunen som inte klarar av sitt tunga jobb och får dom en större belastning för vi har ingen skyldighet att skapa nya jobb rent arbetsrättsligt. Arbetsuppgifter finns ju i kommunen men vi har ingen skyldighet att hitta på nya jobb som inte finns i organisationen och öka personal volymen eller såna saker rent arbetsrättsligt så att, utifrån en trängd ekonomi situation så vi kommer inte skapa några nya jobb.

- *Är ni nöjda med det system som finns i dag, tycker ni att individen får den hjälp som den behöver?*
- Både ja och nej, det är klart att det finns tuffare blir det ju. Mycket mer skulle kunna göras men i ett läge där kommunen har väldigt dåligt om pengar och så vi som arbetsgivare har ju brottats med väldigt stora ekonomiska bekymmer och vi kan heller inte göra öka våra inkomster det finns ju inget sätt utan vi lever på skatte intäkter och vi måste ju liksom hela tiden rätta munnen efter matsäcken så att säga och det är klart att den här rehabkedjan kopplar att vi som riskerar som arbetstagare riskerar att bli utförsäkrad och bli utan sjukpenning det gör att det blir mycket mer dramatiskt om man säger upp en arbetstagare den inte får någon lön ingen sjukpenning då faller det tillbaka till kommunen i fråga om ekonomiskt bistånd då faller det till baka till kommunen men det ska ju prövas särskilt och det är något annat. I den delen tycker jag att man riskerar. Sen tycker jag att rehabiliteringskedjan att det är för snäva gränser att det inom tre månader ska man i stort sett veta om man kan omplacera en person det är ett stort jobb det har ofta en diagnos du vet inte riktigt vart det leder, blir man bra eller inte vet man vad det är för fel på den sjukskrivne så att säga det är ju också en fråga. Det ställer krav på läkarna, vårdköer som är kopplade till detta.
- *Uppfattar ni som att individen "hamnar mellan stolarna i bland"*
- Ja verkligen!! Jag tycker att tre månader att utreda att om en person blir sjuk plötsligt, så behöver man mer tid på sig att fundera om den här personen dels klarar sitt eget jobb och dels också klarar annat som man har. Det är väldigt kort tid och särskilt då i en kommun där vi då är få som jobbar med frågorna som ska kunna avgöra det så snabbt liksom, för jag menar vi kan ju inte heller ut alla jobb. Vi vet ju inte vad man ska göra vi måste ha jätte mycket kontakter med andra personer som är deras chefer och så. För att kunna få en bra bild av hur det ser ut och vad kan dom klara av? Jag har skaplig koll i mitt huvud men när det kommer till ett konkret ärende måste man vara mer noggrann inte bara tycka och tänka. Måste kunna bevisa att vi gjort vad vi kunnat. Och likadant om personen klarar av vissa arbetsuppgifter som finns i det nya arbetet som vi kan erbjuda, det kan inte vi veta utan i det får vi också lov att ta hjälp så att det är väldigt korta tider tycker vi och det gör att de kan fara ganska illa liksom de får ju, vi kommer också försöka hålla de här tidsramarna för det är viktigt för oss när det är en person som får indragen sjukpenning då kommer vi om den personen inte är uppsagd så kommer vi betala sjuklönen under 180 dagar och det kan bli väldigt kostsamt. Och då ligger det

vid sidan av budgeten eftersom vederbörande är borta och vi måste ta in en vikarie och då blir det en extra kostnad.

- *Har ni något åtgärdsprogram för att få tillbaka arbetstagaren på arbetsmarknaden, i så fall fungerar det tycker ni?*
- Det görs i den här rehabiliteringskedjan där det görs ett individuellt program för varje person för de kan ju inte se lika ut, utan vi följer ju rutinerna ser vad det är, arbetar ut handlingsplanen för varje individ tillsammans med de här andra aktörerna som jag sa. Varje individs arbetsförmåga bedöms efter en viss mall, chefen antecknar då alla arbetsuppgifter och sen tillsammans med läkaren bedöma om det finns medicinska hinder för det här eller andra, ja det blir ju läkaren i stort sett som talar om, om individen klarar av det här.

- *Är Individen med hela tiden under bedömningen?*
- Ja de är med hela tiden, dom är med då när man gör den här, dom har också åsikter vad de kan och inte klarar av och varför dem inte kan.

- *Så samarbetet med individen fungerar?*
- Samarbetet fungerar jätte bra, dom är ju alltid med hela tiden det är dom som är i centrum här det är dom som är viktiga. Facket är ofta med också, men det är som vi sa tidigare vi kan ju inte kräva att en facklig företrädare är med. Vi vill helst att en facklig företrädare är med faktiskt om vi finge välja då, men väljer man som arbetstagare att inte ta med en facklig företrädare, det kan ju vara så att man inte är med i någon facklig organisation, men vi tycker det är bättre om dom är med för då har man någon att bolla med om man säger så, någon som stöttar arbetstagaren som vi kan prata med som också ser vad vi har sagt för ofta ja dels är man sjuk då i den här processen man har ju en åkomma någonstans naturligtvis det är jobbigt och besvärligt och så, det är inte alla som klarar av att föra fram sin mening och klarar av det då gentemot oss och då känns det bra om det är en facklig representant med. Sen är de ofta så är de så uppe i varv eller stirriga när dem kommer det här gäller ju så grundläggande saker i deras liv så att de varken hör eller uppfattar då är det väldigt bra att de har en facklig företrädare med som kan liksom tala om vad som sades de får gärna komma tillbaka till oss en gång till naturligtvis, men då får dom ett bättre grepp. För det här är ju jätte jobbiga saker för dom att gå igenom, i alla fall om man är rädd att man inte kommer att kunna komma tillbaks. Och

efter som vi i kommunen har väldigt få omplacerings möjligheter så är det ju ett väldigt stort steg, fruktansvärt egentligen handlar ju om deras försörjning.

- *Finns det några yttre faktorer som påverkar bedömningen av arbetsförmåga?*
- Nej det får inte påverka arbetsförmågebedömningen utan det är bara hur de klarar av arbetet sen det där andra det får dom sköta på något annat sätt det kan vi inte ta hänsyn till, det ligger inte med här. Klart det kan påverka deras möjlighet att få andra jobb så är det ju, men vi har ju det utbud vi har i närområdet om man säger så. Men inte i bedömningen om arbetsförmåga vad de klarar av och inte, sen kan ju dom tycka att de inte kan ta sig någonstans eller. Är man psykiskt sjuk så blir man lika fullt sjukskriven, vi går ju på det som läkaren säger.

- *På verkar högre utbildning hur individen bedömer sig själv?*
- Ja det tror jag dom gör, det är alltid dom som har svårt att prata för sig själva, det är därför som vi säger vi tycker det är så bra när facken är med, som liksom också kan lägga ett ord för dom och hjälpa till på ett annat sätt och dom är inne dessutom i en slags kris, det kanske är ett starkt ord men för en del är det kris. Dom skattar sig nog väldigt olika också det tror jag, det här spelar nog in, det är klart att det är så.

- *Det känn som om dom som har en hög utbildning alltid har den och luta sig mot när dom blir arbetslösa!*
- Så tror jag det är, mycket större tilltro till sig själv dom som har en högre utbildning, och precis så som du säger så tänker dom att jaja det löser sig medans dom här då... och detta kan ju också påverka själva rehabiliteringen om du hela tiden intalar dig själv att får jag inte behålla det här jobbet blir det katastrof, jag får aldrig ett jobb till. Sen har vi många tunga jobb i kommunen, ofta fysiskt lättare jobb vid högre utbildning om vi är väldigt generella då, den typen av åkommor, sjukdomar påverkar inte på samma vis, även om det kan bli problem om jag hade ryggsrott eller så skulle jag ju möjligen inte jobba ändå. Men då får man ju titta på det vi pratade inledningsvis om skulle man kunna göra någonting åt rummet, stolen eller skrivbordet den typen av ergonomiska åtgärder på arbetsplatsen. Man har ryggsrott, diskbräck eller ont du kan inte lyfta då är det ju så, sen är det många arbetstagare som är medlemmar i kommunal man har inte eller nu kanske man har gymnasieutbildning men tillbaka i tiden så hade man inte det, låg utbildningsnivå. Man kanske har en inriktning, jobbar du inom

vården kanske du har undersköterska eller vårdbiträdes utbildning man har inget annat det är ju få som har dubbla kompetenser om man säger så, då är det lättare för en högskoleutbildad person att hitta på ett annat spår så är det väl. Sen är det väl också fysiskt lättare, Är vi fördomsfulla nu? Nej det tycker jag inte... nej som en ren generell bedömning utifrån erfarenhet så är det väl så. Men tyvärr är det väl så om vi tittar på den fysiska bedömningen. Har ni koll på dem fackliga förbunden? Frånvaron av gymnasiala även postgymnasiala utbildningar påverkar ju, det gör ju också att dom inte ser sig någon annanstans på arbetsmarknaden så när man jobbar med rehabiliteringen så håller de i sig i sina gamla jobb och kan knappt tänka sig alltså. Det kan ju gå bra de kan ju hitta annat liksom men de kämpar ju med näbbar och klor för att hålla sig kvar, ibland kanske de skulle hitta något som de trivdes bättre med och som också är mycket bättre för deras hälsa om dem släppte taget. En uppsägning om det skulle leda till det kan ju bli en nystart också det behöver ju inte vara det här definitiva avslutet på yrkeslivet en långs svart framtid om man säger så, utan det kan ju faktiskt vara en nystart. Man kan ju ha fastnat i en fålla på något sätt du kan inte göra det här beroende på olika skäl fysiska eller psykiska skäl. Får ett bättre yrkesliv.

- *Upplever ni att individen brukar fastna i sin "sjukroll" dvs. man är inte lika sjuk som man tror att man är?*
- Alltså det händer ju, men oftast hör det ihop med någon form av psykiska åkommor man mår inte bra, alltså man är sjuk om man säger så, men man kanske inte har den sjukdomen som man påstår att man har utan att det är något annat som ligger i botten egentligen och dom mår alltså fruktansvärt dåligt, och dom kan ingenting säga dom, de klarar inte av det och inte det. Men det behöver inte vara en psykisk sjukdom utan i grunden kan det vara någon slags fysisk problematik, det blir ett slags sätt att leva ett sätt att framföra sitt budskap, jag kan inte det och inte det beroende på det och det, men vi har inga siffror på det här, och för det första finns det inga statistiska siffror, inte heller i bedömningen. Men visst har vi träffat på, ja det finns arbetstagare som identifierar sig som den här personen med sjukdomen och som inte ser några möjligheter.
- *Hur ser ni på begreppet sjukdom, när är man sjuk?*

- Försäkringskassan har en formell version jag kan inte dem i huvudet, När man har frånvaro av hälsa, sen när vi tittar på vårt ohälsotal, ni kan få en bild på det, du kan ju vara sjuk och jobba, sjukdomen behöver inte påverka jobbet du kan ju ha sjukdomar som du kan ju jobba ändå i vissa fall, skulle jag göra illa mig fysiskt sätt skulle jag kunna jobba, men en som jobbar inom vården skulle inte kunna jobba. Jag knäckte hälsenan en gång och jag jobbade i alla fall halvtid men det skulle jag inte kunna gjort om jag jobbat inom vården. Min sons gudfar han var journalist han var förlamad i hela kroppen, ända hit, han skötte sitt jobb varje dag han hade någon grej som var konstruerad såhär, han var ju långt ifrån frisk men han ansåg ju att han var frisk för han skrev maskin med en pinne som satt ut från huvudet så här, men han såg sig själv som frisk utom när han var förkyld och så, bedömningen är svår. Frånvaro av hälsa när man själv upplever att man inte har hälsa. Det skulle också innebära att när jag är frånvarande från jobbet är det också ohälsa. Definitionen är olika utifrån försäkringskassan regel-system men vi kan säga så att vi går aldrig in och diskuterar har du rätt till sjuklön har vi ett läkarintyg så får du sjuklön, de har ju sjuklön de första fjorton dagarna, nej har en läkare sjukrivit så anser vi att vi har mycket sämre kompetens än dom att bedöma. Men vi kan säga så att är en arbetstagare sjukskriven av en läkare så är dom sjuka, och de första dagarna när de är hemma själva anser vi väl också att de är sjuka.
- *Har ni fått någon respons av de sjukskrivna efter rehabiliteringskedjan/ bedömningen, har deras situation enligt dem blivit bättre eller sämre?*
- Vi har haft några stycken, men inte just det här, men på ett vis har vi har jobbat på det här sättet länge, men vi jobbar ju på det här sättet vi har nyss sagt upp en person och det gick ju bra, det blev en ny start, för en person som har gått igenom allt det här och inte kunde komma tillbaka till sitt gamla jobb. Men som med lite hjälp och där var väl vi in och stöttade lite då med för det kan man ju också göra med olika åtgärder, dels hade vi en uppsägningstid för så är det ju sen köpte vi lite extra coachning för den här personen vid sidan av den här uppsägningen och som fick ett personligt stöd för att gå vidare. Arbetsträning på ett arbete som den här personen kommer att klara av och som var väldigt roligt och som även kommer att kunna leda till ett fast jobb för den här personen. Den personen mår väldigt bra i dag och det är ju jätte roligt för man har ju alltid lite inte så lite man har mycket ångest när man ska säga upp en person man sitter ju och funderar på det här med deras försörjning visserligen kanske

den personen har A-kassa ett tag, men ändå det är stora steg i ens liv det är väldigt jobbiga händelser, och det var ju en arbetstagare som bara är 40 år så vi pratar inte om någon som 62-63 utan här är ju 25-27 år kvar av arbetslivet.

- *Har det varit positiv respons överlag?*
- Det har varit positiv, ja både och det är jobbigt för en del, kommer man inte vidare liksom, hittar man ingenting, ja vad ska man säga att söka arbete är arbetsamt. Då får man ju de här faktorerna runt omkring, det är inte så lätt heller va, för oftast är det så ja 86 % av våra anställda är kvinnor en stor andel av dem ungefär 57 % av dem jobbar deltid det är inte alldeles enkelt att hitta alternativ i när området. De andra exemplen är ju både plus och minus, både och alltså. I dag är det ju så att man är tvingad att ta ett arbete nästan, det är ju väldigt stor radie på det som räknas som arbetsmarknadsområde för de som räknas som arbetslösa i dag, så att det kan ju bli väldigt besvärligt för dem när de hamnar i den situationen. Man har ett hus man sitter fast i man kan inte bli av med det kanske eller en man som har ett heltidsjobb någonstans man kan inte flytta det blir en annan problematik.

Bilaga 4: Intervjumall

- Kan ni berätta lite om de riktlinjer som finns för rehabilitering?
- Vi vet att det finns ett samarbete mellan arbetsgivaren, försäkringskassan och arbetsförmedlingen, Kan ni förklara lite hur det ser ut?
- Är ni nöjda med det system som finns i dag, tycker ni att individen får den hjälp den behöver? Har ni något åtgärdsprogram för att få tillbaka arbetstagaren på arbetsmarknaden, I så fall fungerar det tycker ni?
- Hur går bedömningen av arbetsförmåga till? Vilka är de centrala aspekterna i definiering av arbetsförmåga?
- Hur ser samarbetet med individen ut vid bedömningen av arbetsförmåga? Finns det några yttre faktorer som påverkar bedömningen av arbetsförmåga?
- Hur ser ni på begreppet sjukdom, när är man sjuk?
- Finns det några riktlinjer i bedömningen av sjukdom? Har ni fått någon respons av de sjuk-skrivna efter bedömningen, har deras situation enligt dem blivit sämre eller bättre? Och i så fall har ni systematiserat resultatet, finns det statistik mm?