

Avstämningsmötet som arena för förhandling om arbetsförmåga

Ida Seing¹ Christian Ståhl^{1,2} Lennart Nordenfelt³ Pia Bülow⁴
Kerstin Ekberg^{1,2}

¹Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet. E-post: ida.seing@liu.se. ²HELIX VINN Excellence Centre, Linköpings universitet.

³Avdelningen för hälsa och samhälle, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet.

⁴Hälsöhögskolan, Högskolan i Jönköping.

I studien analyseras på vilka grunder individers arbetsförmåga bedöms, med utgångspunkt i nio avstämningsmöten mellan sjukskrivna, Försäkringskassan, sjukvården och arbetsgivare. Fokus riktas mot hur parterna diskuterar och resonerar om arbetsförmåga och hur aktörerna ser på sin och övriga parter roll i rehabiliteringsprocessen. Avstämningsmötena utmärktes av en förhandling om arbetsförmåga och vilka aktörer som hade rehabiliteringsansvaret för den sjukskrivne. Studien visar att sjukskrivnas arbetsförmåga i hög grad bestämdes av arbetsgivarens anpassningsmöjligheter. Bedömningen av arbetsförmåga grundades således i praktiken på relationen mellan individens förmåga och arbetets förutsättningar. Studien visar också hur läkares arbetsförmågebedömningar, trots att de ibland bygger på osäkra uppskattningar, används som objektiva expertutlåtanden i diskussioner om sjukpenning och återgång i arbete.

Nine meetings between sick-listed individuals, social insurance agency officials, health care workers and employers were analysed with focus on how work ability is discussed, and how the actors perceive their roles in the rehabilitation process. The meetings were distinguished by negotiations around work ability and which actors that should take responsibility for the sick-listed individual. The study shows that work ability is largely defined in relation to employers' possibilities for work accommodations. The assessment of work ability was therefore based on the relationship between individual abilities and work demands. The study also show that physicians' work ability assessments are used as objective expert statements in the discussions, although based on vague estimations.

Inledning

Uppdraget att rehabilitera sjukskrivna tillbaka till arbetslivet har de senaste decennierna framförts som en av socialpolitikens viktigaste uppgifter. I detta sammanhang har arbetsförmåga etablerats som ett centralt begrepp i välfärdsstatens bedömningar av rätten till ersättningar och stödinsatser. Uppfattningen att tidiga insatser leder till kortare sjukskrivningar har kommit att bli delvis styrande i svensk lagstiftning på det socialförsäkringspolitiska området (Lindqvist 2000, Engström et al 2010). Inom ramen för denna diskurs har avstämningsmötet introducerats som en insats för Försäkringskassan för att tillsammans med involverade parter komma överens om gemensamma åtgärder som ska främja den sjukskrivnes återgång i arbete.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen äger rum i skärningspunkten mellan tre huvudsakliga sektorer: välfärdsbyråkratin (Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen), den medicinska (sjukvården), samt produktionen (arbetsgivarna). I denna skärningspunkt uppstår frågor om hur bedömningen av arbetsförmåga går till i praktisk tillämpning. Med avstämningsmöten som empirisk utgångspunkt är huvudsyftet med denna studie att analysera på vilka grunder individers arbetsförmåga bedöms. Följande frågeställningar belyses i artikeln:

1. Vilka aspekter av arbetsförmåga belyses under avstämningsmötet?
2. På vilka grunder fattas beslut om arbetsförmåga?

Fokus riktas mot hur parterna diskuterar och resonerar om arbetsförmåga och hur aktörerna ser på sin egen roll och övriga organisationers funktion i arbetsprocessen.

Avstämningsmötet som politiskt styrmedel och utredningsmetod

I Lagen om allmän försäkring (AFL 3 kap § 8a) infördes i juli 2003 ett krav på att Försäkringskassan vid behov ska använda sig av avstämningsmöten som utredningsmetod. På policynivå har avstämningsmötet formulerats som ett effektivt verktyg som både gynnar den försäkrade och kan leda till lägre sjukfrånvaro (prop. 2002/03:89). Ett avstämningsmöte innebär att den sjukskrivne tillsammans med en representant från Försäkringskassan träffar en eller flera aktörer för att bedöma individens medicinska tillstånd, arbetsförmåga samt behov av och möjligheter till rehabilitering (RFFS 2003:10). Förutom Försäkringskassan och den sjukskrivne utgörs övriga aktörer i regel av sjukvården och arbetsgivaren (eller Arbetsförmedlingen om den sjukskrivne är arbetslös). På den sjukskrivnes begäran kan också en facklig representant delta.

I Försäkringskassans metodstöd beskrivs avstämningsmötet som ett av de grundläggande verktygen i myndighetens handläggning av sjukförsäkringsärenden. Mötet ska ge handläggarna bra beslutsunderlag och leda till bättre bedömningar av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. Försäkringskassans handläggare förväntas att ha den drivande rollen vid mötet så att syfte och mål uppnås. Initiativ till ett av-

stämmningsmöte kan tas av Försäkringskassan, vården, arbetsgivaren eller den sjukskrivne (Metodstöd 2006-05-04). Avstämmningsmötet fyller såväl en kontrollerande som en stödjande funktion. Det kontrollerande syftet är att Försäkringskassan använder avstämmningsmötet som ett medel för att ta in information för att bedöma individens rätt till ersättning. Stödet innebär att mötet kan leda till att en rehabiliteringsplan upprättas och att individen blir aktuell för rehabiliteringsinsatser (Engström et al 2010).

Avstämmningsmötets effektivitet för att reducera sjukskrivningstalen har ifrågasatts. Studier visar att stöd saknas för att avstämmningsmöten förkortar sjukfrånvaron eller är till någon hjälp i hanteringen av långa sjukfall (Hetzler 2009, Engström et al 2010). Avstämmningsmötet har även kritiserats för att inte fånga in de sjukskrivnas huvudproblematik och studier pekar på svårigheter som uppkommer när en myndighets verksamhet detaljregleras (Bengtsson Malmblad m.fl., Hetzler 2009). Exempelvis tenderar Försäkringskassans produktionsmål att leda till kortsiktighet och att vissa sjukskrivningsärenden måste bortprioriteras, samt att handläggarna upplever svårigheter med att få en helhetssyn i rehabiliteringsprocessen (Bengtsson Malmblad m.fl.).

Arbetsförmåga som begrepp och bedömningskategori

I svensk lagstiftning utgör sjukdom och arbetsoförmåga de två grundläggande kriterierna för rätten till ersättning från sjukförsäkringen. Sjukdomen

i sig är inte ett tillräckligt kriterium; för att ha rätt till ersättning måste sjukdomen också leda till nedsatt arbetsförmåga. Hur sjukdom och arbetsförmåga definieras, mäts och bedöms får således omedelbara praktiska konsekvenser för människors välfärd och livsmöjligheter.

Att förenkla, indela och sortera mänskliga egenskaper är en nödvändighet för byråkratiska organisationer, och genom att klassificera människor som förmögna eller oförmögna att arbeta kan Försäkringskassan tillämpa de politiska riktlinjerna och fördela välfärd till medborgarna (jfr Johansson 1992, Stone 1984). Bedömning av arbetsförmåga är dock en process som i praktiken kräver förhandlingar med den sjukskrivne och de involverade rehabiliteringsparterna (Lindqvist 2000).

Flera forskare menar att medicinska bedömningar (t.ex. läkarintyg och utredningar) i ökad utsträckning kommit att styra beslut om medborgares rätt till olika former av välfärdspolitiska ersättningar och insatser (Holmqvist 2006, Seing 2009, Lindqvist 2000, Peralta Pierto 2006, Upmark 2006). Som en konsekvens av detta har professionella yrkesgrupper (läkare, psykologer, arbetsterapeuter etc.) fått ökad betydelse och större inflytande i välfärdspolitiska institutioner. Eftersom den medicinska diagnosen är utgångspunkten för individens rätt till ersättning tolkas arbetsoförmåga till stor del som ett individuellt problem, orsakat av en skada eller sjukdom. Fokuseringen på diagnoser har också inneburit att läkarna ansetts vara den yrkesgrupp som varit

mest lämpad för att bedöma individers grad av funktionsförmåga i relation till sjukdomen.

I litteraturen diskuteras tre grunddimensioner av arbetsförmåga: den fysiska, den psykiska och den sociala. Den fysiska dimensionen sätter fokus på individens kroppsliga arbetskapacitet, t.ex. individens möjligheter att klara tunga lyft. Den psykiska dimensionen av arbetsförmåga utgörs av individens mentala kapacitet som exempelvis minne, logiskt tänkande, reaktionsförmåga, initiativförmåga, och koncentrationsförmåga. Aspekter som upplevelsen av trygghet, självsäkerhet och stresstålighet inkluderas också i den mentala kapaciteten. Den sociala dimensionen av arbetsförmåga involverar olika former av sociala faktorer som inverkar på möjligheterna att arbeta, t.ex. att komma i tid till jobbet, kunna samarbeta med arbetskamraterna och vara flexibel (Ludvigsson m.fl. 2006). Såväl den fysiska, psykiska som sociala dimensionen av arbetsförmåga samspelar med omgivningen genom t.ex. arbetsplatsens utformning, vilket innebär att arbetsförmåga bestäms av egenskaper hos individen, den specifika arbetsuppgiften och arbetsmiljön i samspel. Med detta som utgångspunkt framhålls att arbetsförmåga ska bedömas utifrån ett holistiskt hälsoteoretiskt perspektiv och definieras flerdimensionellt (Nordenfelt 2008, Tengland 2006).

Metod och material

Studien baseras på nio inspelade avstämningmöten under år 2007 och 2008 i Östergötlands län, totalt cirka

sex timmar. En ambition med urvalet av avstämningmöten var att få en stor variationsbredd gällande den sjukskrivne individens ålder, kön, anställningsförhållanden, sjukskrivningstid samt problem/diagnos. Urvalskriterierna kom under datainsamlingens gång dock att bli svårare än förväntat att uppnå. En möjlig anledning var att alla inblandade personer skulle hinna tillfrågas och ge sitt samtycke till deltagande. Ett annat skäl var en pågående omorganisation inom Försäkringskassorna där teamcheferna ogärna ville öka arbetsbelastning bland de anställda. Svårigheterna att få tillträde att studera avstämningmöten gjorde att avkall på urvalskriterierna fick göras. Inga möten kom att aktivt väljas bort; istället kom alla avstämningmöten som det var möjligt att studera att ingå i studien. Tre handläggare bidrog med två möten, tre handläggare bidrog med ett möte vardera, vilket gjorde att totalt sex olika handläggare kom att ingå i studien.

Åtta av nio deltagare hade en somatisk sjukskrivningsorsak som skador, förslitningar och ortopediska operationer (Tabell 1). Under endast ett möte deltog en försäkrad där sjukskrivningsorsaken var av psykisk karaktär. Fem av de nio individerna var kvinnor. Medelåldern för de sjukskrivna var 49 år och vid tiden för avstämningmötet hade sju personer varit sjukskrivna mindre än 90 dagar och två personer hade varit sjukskrivna mer än 90 dagar. Två av deltagarna hade under längre tid omväxlande varit sjukskrivna eller arbetslösa. Fem personer var anställda inom offentlig sektor, en person var

Tabell 1. Avstämningsmötenas längd, deltagare, parter, övergripande sjukskrivningsorsak och mötesplats samt om mötet ägde rum före eller efter 90:e dagen.

Avstämningsmöte	Före/efter 90:e dagen	Kön/ålder/anställd/arbetslös	Möteslängd	Antal parter/Parterna	Sjukskrivningsorsak	Plats för mötet
1	Före	Kv 40 år Anställd	41 min	3/FK/Df/ Ag	Skada/ förslitning	Försäkringskassan
2	Före	Kv 61 år Anställd	34 min	3/FK/Df/ Ag	Förslitning	Arbetsgivare
3	Före	Kv 47 år Anställd	21 min	3/FK/df/Ag	Ortopedisk op	Försäkringskassan
4	Före	Man 42 år Arbetslös	28 min	4/FK, Df/ Sjv/AF	Skada	Sjukvården
5	Efter	Man 46 år Arbetslös	34 min	3/FK/Df/ Sjv	Ortopedisk op	Sjukvården
6	Före	Man 50 år Anställd	23 min	3/FK/Df/ Ag	Skada	Försäkringskassan
7	Före	Man 57 år Anställd	40 min	5/FK/Df/ Ag/Sjv/ Fack	Förslitning	Sjukvården
8	Före	Kv 62 Arbetslös	20 min	3/FK/Df/ Sjv	Ortopedisk op	Försäkringskassan
9	Efter	Kv 39 år Anställd	110 min	5/FK/Df/ Ag/Sjv/ Övr	Trauma	Arbetsgivare

Kv = Kvinna, FK = Försäkringskassan, Df = Den försäkrade, Sjv = Sjukvården, Ag = Arbetsgivaren, AF = Arbetsförmedlingen

privatanställd och tre personer var arbetslösa vid tidpunkten för mötet. Tre personer var utbildade inom byggnadsbranschen, tre hade en utbildning inom vård-, omsorg och förskola (vård och barnomsorg), och tre av de sjukskrivna var utbildade inom serviceområdet (restaurang och städ), samt två personer var högskole-/universitetsutbildade.

Platsen för mötet var i fyra fall ett besöksrum på Försäkringskassan. Tre avstämningsmöten hölls i en lokal tillhörande sjukvården t.ex. på en vårdcentral. Två möten hölls hos arbetsgivaren – i ett fall i chefens arbetsrum i ett annat fall i personalutrymme på den sjukskrivnes arbetsplats. Avstäm-

ningsmötena varade i genomsnitt cirka 40 minuter. Det kortaste mötet tog 20 minuter och det längsta 1 timme och 50 minuter. Avstämningsmötena spelades in digitalt och har transkriberats ordagrant.

Genom en kvalitativ innehållsanalys identifierades olika teman i avstämningsmötena, exempelvis avstämningsmötets syfte, diskussion om sjukskrivningsorsak, medicinsk behandling och rehabilitering, och diskussion om arbetsförutsättningar och återgång i arbete. Utifrån dessa teman kunde relevanta idéer, företeelser och mönster kring deltagarnas samtal om arbetsförmåga urskiljas. Materialet har kompletterats med olika former av offentliga

dokument som direktiv och riktlinjer inom socialförsäkringsområdet, statliga utredningar samt metod- och handläggarstöd om avstämningsmöten från Försäkringskassan.

Resultat

Avstämningsmötets faser

Under mötenas första fas utgjorde ett medicinskt perspektiv på arbetsförmåga ett dominerande inslag då frågor om individens sjukdom, skada och funktionsnedsättning belystes. Här hade intyg, medicinska bedömningar och prognoser en viktig funktion som blev mer eller mindre styrande för avstämningsmötets inriktning. Orsakerna till sjukskrivningen formulerades i medicinska och kroppsliga termer. Den sjukskrivne berättade här om sjukdomsförloppet, om hur skadan uppkommit, kontakter med sjukvården, fastställande av diagnos, medicinsk behandling och rehabilitering. Individen kunde också beskriva hur sjukdomen påverkade det vardagliga livet, t.ex. hur funktionsnedsättningen gjorde det svårt att klä sig eller köra bil.

Avstämningsmötena kom ofta in på den sjukskrivnes medicinska rehabilitering. I dessa situationer hade yrkesgrupper som sjukgymnaster och arbetsterapeuter en central roll. Individen själv och representanter från sjukvården kunde berätta om olika aktiviteter, träningar och rörelsemoment som individen genomgick. Vid möten där en representant från sjukvården var närvarande kunde handläggarna vända sig till denne för att få klarhet i hur prognosen såg ut för den sjukskrivne eller få en uppskattning av individens

arbetsförmåga. Bilden av den medicinska expertisens betydelsefulla roll under avstämningsmötena förstärktes ytterligare i de fall utlåtanden från läkare saknades, eller när representanter från sjukvården under avstämningsmötena inte var närvarande. Läkares frånvaro gav upphov till en viss irritation hos mötesdeltagarna, särskilt hos Försäkringskassan. Enligt en handläggare blev det svårt att gå vidare och fatta beslut genom att den medicinska bilden var förutsättningen för mötet.

FK: Så tyvärr jag har inte heller det medicinska, tyvärr alltså. För det kände jag att det hade vart, det var lite egentligen förutsättningen för idag då att vi skulle kunna veta lite mer när det är dags o.s.v. då men nu vet vi inte det, tyvärr så han har inte. Jag har inte lyckats få tag på honom. (Avstämningsmöte 6)

Vid möten där den sjukskrivne var arbetslös kom det medicinska perspektivet att få en särställning. Sjukvården kunde emellanåt inta rollen som "talesman" för den sjukskrivne och kunde på så sätt fungera som ett stöd för individen under avstämningsmötet, t.ex. genom att framhålla vikten av att individen blir aktuell för arbetslivsinriktade insatser från Försäkringskassan. Sjukvården och yrkesgrupper som läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter stod under mötena för expertkunskap i form av sjukintyg, medicinska bedömningar och uttalanden, vilket var information som handläggare inom Försäkringskassan tog hänsyn till. Individens fysiska sjukdom, skada och funktionsnedsättning framstod som ett faktum

och facit att rätta sig till.

I nästa fas kom avstämningsmötet i regel in på arbetet och hur möjligheterna såg ut för den sjukskrivne att återgå i arbete. I denna fas riktades fokus mot arbetsplatsens och arbetsmarknadens utformning i relation till individens arbetsförmåga och diskussionen inkluderade omgivande aspekter som arbetsplatsens utformning i relation till arbetsförmågan. I planeringen av återgång i arbete, som utgjorde den dominerande diskussionspunkten, blev det tydligt hur avstämningsmötet utvecklades till en slags förhandling där Försäkringskassan försökte få övriga parter (arbetsgivare och Arbetsförmedlingen) delaktiga i individens återgång i arbete. På avstämningsmöten där den sjukskrivne hade en anställning karaktäriserades diskussionerna av att handläggarna på olika sätt efterfrågade möjliga anpassningsmöjligheter som arbetsgivarna kunde göra.

Arbetsgivare motiverade sina begränsade möjligheter att anpassa arbetsuppgifterna genom att hänvisa till att den ekonomiska verksamheten måste gå runt. Att tillrättalägga arbetsuppgifter efter individens arbetsförmåga blev svårt då det i grunden alltid måste finnas efterfrågan på de tjänster den anställde utför. Ansvar för rehabilitering och anpassning av arbetsplatsen måste således begränsas till att ligga inom den ekonomiska verksamhetens ramar. Som en arbetsgivare från en kommunal verksamhet uttryckte sig:

Arbetsgivare: Vi har skyldigheter att anpassa så mycket som det går

men – men det måste finnas ett behov, det måste finnas ett jobb som någon chef vill betala lönen för. (Avstämningsmöte 7)

I avstämningsmötena illustrerades emellanåt en samsyn mellan arbetsgivare och den sjukskrivne om att individens arbetsförmåga inte var anpassad efter de krav som ställdes i arbetet. Vid ett avstämningsmöte blev det tydligt hur arbetsgivaren och den sjukskrivne tillsammans övertygade handläggaren om det orimliga med en tidig återgång i arbete.

Arbetsförmåga: från osäkerhet till sanning

Avstämningsmötet är ett av Försäkringskassans redskap för att bedöma individers rätt till ersättning och rehabiliterande insatser från sjukförsäringen. I konkreta ärenden påverkade regelverket genom att individens arbetsförmåga graderades och nivåplacerades i förhållande till ersättningsnivåerna.

FK: Trettio timmar i veckan? Nej, för dom nivåer vi har är ju 25, 50, 75, och 100 av heltid. Då 40 timmars veckor. Det är ju där våra nivåer ligger när det gäller sjukersättning. (Avstämningsmöte 2)

Vid ett möte blev det tydligt hur läkaren fick anpassa sig efter Försäkringskassans regelverk genom att i procenttal uppskatta individens arbetsförmåga. Under mötets gång framkom en osäkerhet från läkarens sida i bedömningen, där denne menade att det förutom skadan i sig också var betydelsefullt att

hitta en lämplig arbetsmiljö för den sjukskrivne.

Läkare: Så att arbeta 100 procent, jag kan inte säga så, jag kan inte uttala mig. [...] Jag tror att också det är mycket att hitta nåt ställe som är bra. Du säger själv med betonggolvet, med interaktion med flickor som fungerade lite sämre. Så vi får se om 50 procent, man kan kolla i vilken miljö som passar dig. Det är i alla fall ett mål. (Avstämningsmöte 7)

Samtidigt som det visade sig under mötets gång att läkaren uttryckte osäkerhet kring den sjukskrivnes arbetsförmåga kom läkarens bedömning om att individen har 50 procent arbetsförmåga ändå att ha betydelse för hur handläggaren sammanfattade mötet.

FK: Men om man sammanfattar lite grann här nu då som jag tolkar det så bedömer ändå [läkaren] att det är en halvtid som – som man kanske får nöja sig med. Och då vill jag ha ett läkarutlåtande ifrån [läkaren] för att titta på om det kan styrka för en sjukersättning för den andra halvan. (Avstämningsmöte 7)

I detta exempel används en försiktig och osäker bedömning från läkaren som en grund till ett formellt beslut, där arbetsförmågan bestäms på en nivå som stämmer med regelverket. I en diskussion med en arbetsgivare framkommer hur läkares bedömningar betraktas som sanning utifrån dennes expertroll. Den eventuella osäkerheten i bedömningen av arbetsförmåga har i

detta skede tonats ned.

Arbetsgivare: Säger läkaren hundra, ja då är hon ju fullt frisk.

Sjukskriven: Då ska man ju klara av sitt arbete utan att det ska behöva anpassas.

Arbetsgivare: Och då är det ju läkarfråga om hon inte kan det. [...] Om [den sjukskrivne] inte kan jobba då är det egentligen en sak mellan läkaren och [den sjukskrivne]. (Avstämningsmöte 1)

Här framkommer även tydliga gränsmarkeringar i synen på arbetsförmåga och rehabiliteringsansvar. Arbetsgivaren poängterade att ansvaret ligger på sjukvården om individen inte hade full arbetsförmåga efter medicinsk behandling och rehabilitering. Den medicinska synen tydliggörs genom att arbetsgivaren hävdar att det är en läkarfråga om personen framöver inte kan arbeta. På detta sätt kunde arbetsgivare hänvisa till det medicinska perspektivet på arbetsförmåga för att legitimera sina begränsade möjligheter att anpassa arbetsuppgifter.

Diskussion

Avstämningsmötena kom att utmärkas av en slags förhandling om bedömningen av arbetsförmåga och om rehabiliteringsansvar. Försäkringskassans fokus på återgång i arbete kom i flera fall på kollisionkurs med arbetsgivarnas synsätt. Arbetsgivarna uttryckte ofta svårigheter att anpassa arbetsplatsen och den sjukskrivnes arbetsförmåga ansågs inte överensstämma med arbetsuppgif-

ternas krav. Ur ett arbetsgivarperspektiv var det rimligt att hävda att det var en läkarfråga om individen hade full arbetskapacitet eller inte. Genom att inte kunna erbjuda anpassningar i arbetet blev arbetsgivaren den aktör som hade makten att avgöra om en person hade tillräcklig arbetsförmåga för att kunna återgå i arbete. I de fall då arbetsgivare inte ansåg sig kunna erbjuda anpassade arbetsuppgifter saknade Försäkringskassans handläggare maktresurser. Studiens resultat visar således att sjukskrivnas arbetsförmåga och möjligheter att återgå i arbete inte enbart beror på den medicinska bedömningen av funktionsnedsättning, utan i hög grad också på om arbetsgivaren kan erbjuda anpassningsmöjligheter. Bedömningen av arbetsförmåga grundas således i praktiken på relationen mellan individens förmåga och arbetets förutsättningar, snarare än på den strikt medicinska bedömningen. Emellertid relateras arbetets förutsättningar till en medicinskt definierad förmåga, där ett flerdimensionellt perspektiv omfattande fysiska, mentala och sociala aspekter är relativt frånvarande (Nordenfelt 2008, Tengland 2006).

Analysen visar dock att den medicinska expertisen hade en central betydelse för parterna under avstämningsmöten. Såväl representanter från Försäkringskassan som arbetsgivare hade svårigheter att i bedömningarna av arbetsförmåga och återgång i arbete argumentera utan stöd från medicinsk expertis. På så sätt utgjorde medicinska bedömningar en slags neutral expertfunktion som skapade legitimitet för parternas ståndpunkter. Dock visar studien hur dessa

bedömningar bygger på ibland osäkra uppskattningar där läkare tvingas anpassa sig till Försäkringskassans procentuella gradering av arbetsförmåga. När procentsatsen sedan bestämts tolkas detta som sanning i de fortsatta diskussionerna mellan Försäkringskassan och arbetsgivare.

I sjukförsäkringens regelverk finns en inbyggd förväntan på att arbetsgivarna kan ta ett rehabiliteringsansvar genom arbetsplatsanpassning. Denna studie visar dock på att arbetsgivarna hade svårigheter att i praktiken kunna erbjuda arbetsplatsanpassningar. På så sätt finns det en risk för att sjukskrivnas återgång i arbete kompliceras genom att det inte finns några arbeten eller arbetsuppgifter att rehabilitera individen tillbaka till. I vilken utsträckning arbetsgivare anpassar arbetsplatser är ett outforskat område (Johansson 2009). Dock finns det ett antal offentliga rapporter som har pekat på att arbetsgivarna har svårigheter att hitta arbetsmöjligheter för sjukskrivna anställda. Det kan gälla erbjudanden om tillfälliga arbetsuppgifter, omplacering eller anpassning av t.ex. arbetstider och arbetsuppgifter (Försäkringskassan 2009, Kvalitet på inkomna arbetsgivarutlåtanden, RiR 2010:9). Dock finns det forskning som stödjer att höga anpassningsmöjligheter på arbetsplatsen ökar sannolikheten för människors återgång i arbete efter sjukskrivningar (Johansson 2009). Exempelvis kan det gälla så kallade ”flexibla arbetsvillkor” som möjligheten till förkortad arbetstid, arbeta långsammare och kunna arbeta hemma. Anpassningar kan också ske genom så kallat ”modifierat arbe-

te” som t.ex. omplacering och arbets-
träning på arbetsplatsen (Johansson
2009).

Slutsatser

Avstämningsmötena utmärktes av en förhandling om arbetsförmåga och vilka aktörer som hade rehabiliteringsansvaret för den sjukskrivne. Försäkringskassans regelverk med fokus på tidig återgång i arbete och aktiva insatser kom på kollisionkurs med arbetsgivarnas svårigheter att anpassa arbetsplatsen. Studien visar att sjukskrivnas arbetsförmåga i hög grad bestämdes av arbetsgivarens anpassningsmöjligheter. Bedömningen av arbetsförmåga grundades således i praktiken på relationen mellan individens förmåga och arbetets förutsättningar, snarare än på den strikt medicinska bedömningen. Studien visar också hur läkares arbetsförmågebedömningar, trots att de ibland bygger på osäkra uppskattningar, används som objektiva expertutlåtanden i diskussioner om sjukpenning och återgång i arbete.

Referenser

- Bengtsson Malmblad, Lena, Edwardson Stiwne, Elinor & Ekberg, Kerstin (2007). ”Avstämningsmötet. En utredningsmetod?” Linköpings universitet, IHS rapport 2007:4
- Engström, Per, Goine, Hans, Johansson, Per, Palmer, Edward & Tollin, Pernilla (2010) ”Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?” Rapport 2010:11 Institutet för Arbetsmarknadspolitisk utvärdering.
- Försäkringskassan (2009) ”Kvalitet på inkomna arbetsgivarutlåtande”
- Försäkringskassan (2006) Avstämningsmötet Metodstöd 2006-05-04

- Hetzler, Antoinette (2009). *Delaktighet under bot: den nya förvaltningen*. 1. uppl. Malmö: Bokbox
- Holmqvist, Mikael (2006). *Samball: att bli normal i en onormal organisation*. 1. uppl. Stockholm: SNS förlag
- Johansson, Gun (2009) ”Anpassningar av arbetet vid ohälsa” i Socialmedicinsk tidskrift 3/2009
- Johansson, Roine. (1992). *Vid byråkratins gränser: Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. Uppsala: Arkiv
- Lindqvist, Rafael. (2000). *Att sätta gränser*. Umeå: Borea Bokförlag
- Ludvigsson, Mikael, Svensson, Tommy & Alexandersson, Kristina (2006). *Begreppet arbetsförmåga: en litteraturgenomgång*. Stockholm: Arbetstlivsinstitutet
- Nordenfelt, Lennart (2008). *The concept of work ability*. Bruxelles: P.I.E. Peter Lang
- Peralta Prieto, Julia (2006). Den sjuka arbetslösheten: Svensk arbetsmarknadspolitik och dess praxis 1978-2004. Uppsala: ActaUniversitatisUpsalien-sis
- Prop. 2002/03:89 Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet
- Riksrevisionen ”En förändrad sjukskrivningsprocess” Rapport 2010:9
- Seing, Ida (2009) *Arbetsförmåga och funktionshinder i arbetsmarknadspolitikkens lokala praktik*. SCORE Rapportserie 2009:3
- Stone, Deborah A. (1985). *The disabled state*. Basingstoke: Macmillan
- Tengland, Per-Anders (2006). *Begreppet arbetsförmåga*. Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet
- Upmark, Marianne ”Medikalisering – en orsak till ökad sjukfrånvaro?” i Upmark, Marianne & Edlund, Curt (red.) (2006). *Den komplexa sjukfrånvaron*. Lund: Studentlitteratur