



<http://www.diva-portal.org>

Postprint

This is the accepted version of a chapter published in *Delaktighetens praktik: Det professionella samtalets villkor och möjligheter*.

Citation for the original published chapter:

Bülow, P. (2012)

Delaktighet i tvärinstitutionella flerpartssamtal.

In: Pia Bülow, Daniel Persson Thunqvist & Inger Sandén (ed.), *Delaktighetens praktik: Det professionella samtalets villkor och möjligheter* (pp. 91-113). Lund: Gleerups Utbildning AB

N.B. When citing this work, cite the original published chapter.

Permanent link to this version:

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hj:diva-19646>

DELAKTIGHET I TVÄRINSTITUTIONELLA FLERPARTSSAMTAL

Pia Bülow

Att delta i en kommunikationsprocess är att vara delaktig i ett socialt möte där man enskilt och kollektivt genererar en väv av sociala förväntningar, rättigheter och skyldigheter.

(Linell & Gustavsson 1987, s. 27)

Flerpartssamtal på tvärs över olika verksamheter och myndigheter är en del av det vardagliga arbetet inom vård, omsorg och socialt arbete som sannolikt har ökat under senare år. Sådana möten har ofta en koppling till allt tydligare uttalade mål för samverkan mellan välfärdssamhällets olika delar. Samtal över organisations- och myndighetsgränser handlar i många fall om professionella¹ som samtalar om klienter/patienter. Vissa tvärinstitutionella flerpartersamtal inkluderar emellertid den enskilda personen om vilken samtalet kretsar. I fokus för det här kapitlet står den sistnämnda sortens flerpartersamtal, det vill säga det som inbegriper såväl patienten/klienten/medborgaren² som andra parter från olika verksamheter.

Institutionella möten över myndighets- och verksamhetsgränser innebär vanligen också ett möte mellan olika lagutrymmen och regelsystem liksom mellan olika sätt att resonera och agera. I praktiken betyder det att mötesdeltagarna har olika grundvalar och intentioner för mötet och att den enskilde därmed ställs mot flera olika professionella röster och perspektiv. Att befinna sig i skärningspunkten mellan dessa olikheter påverkar sannolikt den plats medborgaren får eller kan ta i samtalet och hennes eller hans möjlighet till och upplevelse av delaktighet.

Detta kapitel, liksom boken i sin helhet, bygger på grundantagandet att delaktighet är något som görs, understöds, förhindras eller möjliggörs i mötet mellan människor. Denna syn på delaktighet gör att studiet av institutionella samtal där bedömningar och myndighetsbeslut

¹ Termen används för att på ett brett plan hänvisa till personer som genom sitt yrke och eller tjänst utför saker i mitt fall genomför samtal.

² Eftersom den enskilda parten i tvärinstitutionella flerpartersmöten – precis som i många dyadiska institutionella möten – benämns olika beroende på det institutionella sammanhanget använder jag i det här kapitlet omväxlande benämningarna patient, klient, medborgare och icke-professionell part. Oavsett val av benämning avses alltid den individ omkring vilken samtalet kretsar och för vem samtalet har iscensatts.

förväntas ske, och där flera olika parter ingår blir extra viktigt. För att som professionell förstå på vilket sätt delaktighet uppstår i ett tvärinstitutionellt flerpartssamtal och för att kunna utveckla sitt eget samtalande så att ett aktivt medansvar möjliggörs behövs kunskap om såväl delaktighet som flerpartssamtal. Den centrala frågan som kapitlet behandlar är på vilket sätt delaktighet för den enskilde medborgaren kan förstås i den specifika kontext som ett tvärinstitutionellt flerpartssamtal utgör.

Genom att lyfta fram en typ av professionellt samtalande som hittills inte fått så mycket uppmärksamhet, nämligen flerpartssamtalet som mötesform, dess villkor, förutsättningar och möjligheter bidrar kapitlet till att öka den generella kunskapen om institutionella samtal. Som exempel utgår jag från en studie om *avstämningsmötet*, den arena för bedömning av arbetsförmåga där enskilda försäkrade möter Försäkringskassan, arbetsgivare, läkare och andra representanter från sjukvården och från myndigheter som till exempel Arbetsförmedlingen.

KRAV PÅ SAMVERKAN

Traditionellt verkar det svenska välfärdssystemets olika delar främst komplementärt genom att delsystemen fungerar parallellt utifrån olika lagar och regelverk. I vissa fall griper välfärdens aktörer in i varandras uppdrag genom att ett system tar vid där ett annat upphör. När olika delar av välfärdsstaten involveras i samma ärende uppkommer behov av överlämning eller samordning av utredningar, bedömningar och insatser. Risken är annars påfallande att människor hamnar mellan olika system och att icke-korresponderande parallella processer och ett stuprörstänkande inom respektive myndighet eller organisation motverkar kloka och hållbara lösningar för individen. För att förhindra att människor faller "mellan stolarna" har samverkan blivit något av ett honnörsord inom svensk offentlig sektor under de senaste åren (Hjern 2007). Det kan handla om samverkan mellan olika professioner *inom* samma organisation eller om samverkan *mellan* olika organisationer, verksamheter och myndigheter.

Statsmaktens strävan mot ökad samverkan mellan det offentliga välfärdssystemets olika delar har pågått en längre tid. Mikael Löfström (2001) konstaterar att flera statliga rapporter och utredningar lyfte under 1990-talet fram samverkan som något eftersträvansvärt på en rad områden. Tre olika typer av skäl angavs för detta. För det första skulle samverkan

innebära effektivare resursanvändning för inblandade myndigheter. För det andra förväntades samverkan göra att myndigheter på ett bättre sätt skulle kunna möta behov hos speciellt utsatta grupper som till exempel sjukskrivna. Det tredje skälet handlade om att "öka inflytandet för såväl medborgarna som lokala aktörer" (s. 70). Samverkan har på det sättet en direkt koppling till delaktighet för klienten/patienten.

Vad som sägs och sker på övergripande statlig policynivå behöver inte vara samma sak som det som händer i praktiken och det är viktigt att påpeka att samverkan genom möten vare sig är något nytt eller något ovanligt inom välfärdssektorn. Ett stort antal flerpartssamtal ingår som en del av utförandet av det vardagliga arbetet inom de allra flesta välfärdsinstitutioner, utan att dessa alltid uppfattas som samverkan. Inte minst gäller detta inom vård, omsorg och socialt arbete. Sittronder, team-träffar och behandlingskonferenser är ett axplock av benämningar på möten där flera arbetstagare inom samma yrkesgrupp eller med olika professionsbakgrunder diskuterar frågor av betydelse för den egna verksamheten.

Också mellan verksamheter, myndigheter och organisationer finns ett ständigt flöde av information omkring enskilda individer. En stor del av detta sker via brev eller e-post (t.ex. intyg och remisser) och via telefonsamtal. Flerpartsmöten där parterna träffas "öga-mot-öga" sker sannolikt mer sällan. Samtidigt lyfts nödvändigheten av samverkan mellan olika myndigheter och verksamheter fram i allt fler sammanhang. Det fokus på samverkan som Lofström pekade på under 1990-talet har under 2000-talet fortsatt. Bara under de senaste åren har flera statliga utredningar betonat vikten av samverkan (jfr Lofström, 2001). Det handlar till exempel om ökad samverkan mellan skola och socialtjänst (SOU 2010:95), mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (SOU 2009:89) och mellan sjukvården och socialförsäkringen (2009:49). Benny Hjern (2007) menar att det ökade behovet av samverkan hör ihop med att människor ofta har såväl multipla som mångfasetterade behov. Samverkan mellan organisationer, huvudmän och olika grenar av en verksamhet måste till för att skydda enskilda människor (och frågor) från att hamna i det ingenmansland där samordningen mellan myndigheter inte fungerar (a.a.).

För att tvinga fram en högre grad av samverkan mellan välfärdens olika aktörer har riksdagen i vissa fall instiftat lagar och regler om en viss sorts möten med avsikt att främja samarbete mellan olika aktörer som verkar på samma arena. Ett exempel på ett lagstiftat

möte för samverkan över organisations- och myndighetsgränserna är *avstämningmötet* som funnits sedan 1 juli 2003.

1 § Ett avstämningmöte enligt 110 kap. 14 § 4 socialförsäkringsbalken genomförs genom att den försäkrade tillsammans med Försäkringskassans representant träffar en eller flera aktörer för att göra en bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga samt behov av och möjligheter till rehabilitering. (Försäkringskassans författningssamling, FKFS 2010:35³)

Avstämningmötet är speciellt intressant att studera som exempel på ett tvärinstitutionellt flerpartssamtal eftersom det är ett samtal om arbetsförmåga; en fråga som har moraliska dimensioner. Det är också ett möte som Försäkringskassan kan kräva att den försäkrade kommer till. Avstämningmötet har således en tvetydig frivillighet där delaktighet inte alltid uppfattas som en möjlighet, utan kanske i vissa fall mer som kontroll och tvång. Antoinette Hetzler, som under många år har studerat det svenska välfärdssamhället menar att avstämningmötet förmodligen har "ökat avståndet mellan den försäkrade och Försäkringskassans tjänstemän" (Hetzler 2009, s. 121).

AVSTÄMNINGSMÖTET SOM ARENA

Vid ett avstämningmöte diskuteras alltså den enskilde medborgarens, den försäkrades, *arbetsförmåga* utifrån frågan huruvida han eller hon kan återgå till arbete samt vilka eventuella hinder respektive förutsättningar det finns för att uppnå detta mål. Genom att betona individens arbetsförmåga ges samtalet en moralisk aspekt och kan uppfattas som en fråga om *trovärdighet*. Det finns historiskt en tydlig koppling mellan arbete och moral. Bibeltexten "den som inte arbetar skall heller inte äta" lever trots vår sekulariserade tid kvar i mångas medvetande och i många sammanhang. Brutus Östling och Göran Bergström (1989) skriver i sin efterskrift till Paul Lafarges klassiska pamflett *Rätten till lättja* från 1893 att "arbete och arbetsduglighet ses både från vänster och höger som naturligt och nödvändigt förbundna med identitetsbildning, normalitet och människovärde" (Östling & Bergström 1989, s. 4). Under det senaste decenniet har också en förskjutning ägt rum mot en alltmer utbredd uppfattning att långtidssjukskrivning kan förklaras av överutnyttjande av socialförsäkringen (Johnson 2010). Då denna debatt har förts via medierna har

³ Ovanstående paragraf fanns med samma ordalydelse tidigare i Riksförsäkringsverkets författningssamling, RFFS 2003:10. När Socialförsäkringsbalkens infördes 1 januari 2011 upphörde lag om allmän försäkring. Samtidigt upphävdes Riksförsäkringsverkets författningssamling och ersattes med Försäkringskassans författningssamling.

uppfattningen fått stor spridning. Det är ytterst sannolikt att sådant påverkar många sjukskrivnas syn på sig själva, på Försäkringskassan och på den egna rehabiliteringen, vilket i sin tur kan påverka villkoren för och upplevelsen av delaktighet i ett avstämningsmöte.

Författningen FKFS 2010:35 förutsätter att minst tre parter deltar i ett avstämningsmöte. Handläggare från Försäkringskassan och den försäkrade måste vara närvarande. Därutöver ska ytterligare minst en part av betydelse för bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga medverka. Den tredje parten är vanligen arbetsgivaren eller en representant från sjukvården, till exempel sjukskrivande läkare. Om den försäkrade saknar arbete medverkar ofta handläggare från Arbetsförmedlingen. Det är vanligt förekommande att fler än tre parter deltar, såsom både arbetsgivare och sjukvården och/eller handläggare från Arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Varje part kan också företrädas av flera personer. Det är Försäkringskassan som ansvarar för att sammankalla till möte, leda mötet och som svarar för dokumentation av mötet som senare skickas till samtliga deltagare.

Studien om avstämningsmötet

Hösten 2007 inleddes en studie om avstämningsmötet (Bülow & Ekberg 2009). Syftet var att studera avstämningsmötets kommunikativa processer och att undersöka de sjukskrivnas upplevelse av mötet. De studerade mötena genomfördes i Östergötland innan den så kallade rehabiliteringskedjan infördes. Projektet finansierades av Landstinget i Östergötland och Försäkringskassan. Vid datainsamlingen eftersträvades en variation avseende den försäkrades ålder, kön, anställningsförhållande, sjukskrivningstid samt problem och diagnos. Studien bygger på observationer och ljudinspelningar från nio avstämningsmöten och på ordagranna transkriptioner från dessa samt efterintervjuer med samtliga 35 mötesdeltagare.

Analysen har visat att de försäkrade i antal ord räknat har ett relativt stort talutrymme i avstämningsmötet (i genomsnitt 37–39 procent och med en variation mellan 20–48 procent). Samtidigt beskriver hälften av de försäkrade i efterintervjuer att de upplevde sig ha en ganska liten roll under mötet och att de i begränsad utsträckning deltog i de beslut som fattades, trots att mötet handlade om deras personliga situation och grad av arbetsförmåga (Bülow & Ekberg 2009). Om fokus riktas mot vem som ställer frågor i mötet och vem eller vilka som svarar på dessa blir bilden lite annorlunda. I en sammanställning visade det sig att i genomsnitt 60 procent (47–72 procent) av frågorna riktades till de försäkrade (a.a.).

Handläggaren från Försäkringskassan var den som i nästan alla möten ställde flest frågor. De försäkrade ställde ett fåtal frågor och i vissa möten inga alls. Fördelningen av vem som ställer respektive svarar på frågor i mötet skulle kunna vara en delförklaring till den utbredda känslan av att stå lite vid sidan av mötet. Det finns metodologiska svårigheter i att fastslå både vad som är en fråga och till vem eller vilka den riktas till. Redogörelsen bygger därför på vad som tydligt kan förstås som en fråga och på det analyserbara som sker i mötet som till exempel vem som väljer att svara⁴. Oavsett vissa svårigheter att entydigt bestämma vad som är att betrakta som en fråga är det rimligt att anta att den som får besvara många frågor men som ställer få själv kan uppleva sig som "ställd mot väggen" och som den som ska stå till svars för något. En sådan känsla kan upplevas som delaktighetens raka motsats.

Resultatet väcker frågor om vad delaktighet och deltagande innebär i ett avstämningsmöte och på vilket sätt försäkrade finns med i diskussioner och beslut. Går skillnaden i upplevelse av egen delaktighet i ett möte att förstå vid en mer noggrann analys av interaktionen? I ett försök att urskilja delaktighet i avstämningsmöten har jag gjort en fördjupad analys av fyra möten från en tidigare studie, nu enligt Linell och Gustavssons (1987) begrepp *initiativ* och *respons*, och den så kallade I-R-analysen⁵. I två av dessa möten var den försäkrade en kvinna och i två möten manliga försäkrade. En av kvinnorna och en av männen bedömde i efterintervjun sin delaktighet som relativt god respektive mycket god. Deras procentuella medverkan i mötet låg över medel, 44 och 48 procent av talutrymmet. I två möten beskrev den försäkrade sin roll som tämligen liten och perifer. Deras respektive talutrymme var också betydligt lägre, 20 och 33 procent. De båda kvinnorna var kommunalt anställda och vid dessa avstämningsmöten deltog förutom handläggaren från Försäkringskassan och den försäkrade även kvinnornas närmaste chef. Båda männen var arbetslösa och i dessa avstämningsmöten deltog representanter för sjukvården och i ett möte även en handläggare från Arbetsförmedlingen.

⁴ I analysen ingår yttrande som grammatiskt är formulerade som en fråga – ibland genom ett litet påhäng som t.ex. "eller hur?", "inte sant?" – påståenden där intonationen indikerar en fråga samt retoriska frågor där det är oklart om frågeställaren egentligen förväntat sig ett svar och i så fall från vem. En frågas adressat framstår ofta tydligt genom frågans art eller genom ett verbalt utpekande "Hur ser du Peter på saken?". Om det är oklart till vem en fråga har riktats har den tolkning fått gälla som deltagarna själva har gjort, vilket innebär att den som valt att svara bedömts vara frågans adressat. Obesvarade frågor med oklar adressat blir därmed svåra att bedöma.

⁵ Analysen är i mitt fall begränsad till de försäkrades initiativ och således ingen fullständig I-R-analys av mötena i sin helhet.

I-R-analysen försöker fånga dynamiken i dialoger (Linell & Gustavsson 1987), och senare även i gruppsamtal (Linell 1990b), genom att studera sådant som dominans och koherens. Analysmodellen innebär att respektive samtalspartners repliker kategoriseras utifrån sin funktion i samtalet. De grundläggande kategorierna är just initiativ och respons. Enligt Linell och Gustavsson (1987) är initiativ och responser abstrakta enheter som mer kan liknas vid ett slags drag i ett spel. Det är således inte yttrandet i sig som analyseras som det ena eller andra, utan vad yttrandet *gör* i relation till andra yttranden och därmed vilken funktion yttrandet har i samspelet. Linell och Gustavsson menar att initiativ pekar framåt i samtalet medan responser är bakåtpekande – ett slags motdrag i förhållande till ett initiativ som någon annan har tagit. Ett initiativ för således samtalet vidare genom att introducera något nytt eller genom att presentera en ny vinkling av vad som tidigare diskuterats. Responsen knyter an till samtalspartnerns senaste replik. En analys av vem som tar initiativ, när och hur initiativen tas och responserna sker innebär ett slags studium av dominansförhållandet mellan två eller flera samtalsparter.

Initiativ och responser i avstämningsmöten

Det absolut vanligaste sättet för en försäkrad att på ett påtagligt och aktivt sätt delta i samtalet var genom att *svara an* på det andra sagt, det vill säga genom att respondera på någon annans initiativ. De försäkrade bidrog till samtalet genom att antingen besvara en direkt eller indirekt ställd fråga eller genom att på uppmaning redogöra för något. Detta skedde löpande under mötets gång och vanligen genom att handläggaren som mötesledare, eller att någon annan mötesdeltagare, vände sig till den försäkrade som i nedanstående exempel.

Exempel 1. Delta som inbjuden talare (kvinna, stort talutrymme) [Avst01]

01 FK å när du belastar handen hur känns det då? ka- får du
 02 besvär av det då eller?
 03 → dF ja det är ju lite olika. i- ibland känner jag ju att det
 04 här var för tungt. det får jag nog [ställa ner.
 05 FK [ja ja
 06 → dF man ska ju liksom försöka att
 07 FK man ska för[söka
 08 dF [att träna upp det.

Att erbjudas talutrymme innebar också en möjlighet att ta ett eget initiativ – liksom att passa på när man väl fått ordet. I ett första steg svarar den försäkrade kvinnan (dF) an på handläggarens initiativ, det vill säga den direkta frågeställningen (rad 03). Den försäkrade stannar dock inte vid detta, utan utvidgar sitt yttrande med ett slags förklaring (se Harnetts kapitel i denna bok, kapitel 9, om accounts) som visar hennes strävan att bli frisk (rad 06), en strävan som handläggaren bekräftar. Att ta *egna initiativ* innebar för de försäkrades del i de flesta möten att göra utvinkningar från ett svar eller redogörelse efter en invitation (som i exempel 1 rad 06 och 08). Att då passa på att visa sin motivation för att kunna återgå till arbetet är ett tecken på hur moraliskt laddat ett avstämningsmöte kan upplevas av den försäkrade.

Ett annat sätt för försäkrade att ta initiativ var att inflika korrigeringar och uppbackningar av det som någon annan just har sagt eller håller på att säga som i nedanstående exempel.

Exempel 2. Korrigering som initiativ (kvinna, litet talutrymme) [Avst02]

01 FK eh. å i ditt fall så är det ju viktigt att vi pratar om (.)
 02 finns det några alternativ till (.) eh (.) arbete som
 03 kokerska. nu har du ju redan är du redan igång i-
 04 (1s.)
 05 dF mm.
 06 FK begränsade [arbetsuppgifter
 07 → dF [inte som kokerska nej.
 08 FK fast inte som=
 09 dF nej precis.
 10 FK =alltså dom (är) avgränsade va.
 11 dF mm.

Handläggaren från Försäkringskassan (FK) gör en kort resumé av läget som ett slags inledning till mötet och betonar då att det handlar om ett arbete som kokerska och att den försäkrade redan är tillbaka i arbete på deltid. Den försäkrade kommer då med en liten men betydelsefull justering av sakinnehållet i handläggarens beskrivning (rad 07). Det hela kan betecknas som ett begränsat initiativ eftersom det handlar om några få ord som inflikas i det någon annan just sagt. Det lilla inpasset utgör dock en korrigering av handläggarens presentation av situationen, vilket innebär att den försäkrade tar plats i samtalet. Med sin rättelse avbryter hon den som för tillfället uppfattas ha ordet, vilket är ett tydligt initiativ som också får betydelse för handläggarens fortsatta beskrivning av arbetsuppgifterna som

”avgränsade” (rad 10). Utifrån innebörden av begreppet delaktighet som att ta ansvar (se kapitel 3) kan den försäkrade här sägas ta ett aktivt ansvar för samtalet som helhet genom att visa sig aktivt lyssnande och genom att ta ansvar för att bedömningar och eventuella beslut ska fattas på rätt faktaunderlag.

Att försäkrade bidrar genom att göra mindre utvidgningar eller genom att korrigera sakinnehåll i andras beskrivningar var ganska vanligt. Och som exemplen ovan visar, kunde dessa begränsade initiativ spela en viktig roll i samtalet. De försäkrade förde dock sällan in nya ämnen eller presenterade nya perspektiv på ett aktuellt ämne. Det som syns i nästa exempel är därmed relativt ovanligt i de studerade avstämningsmötena, nämligen att lyfta samtalet till en annan nivå och att själv fråga efter vilka resurser Försäkringskassan kan bidra med.

Exempel 3. Delta genom eget initiativ (man, stort talutrymme) [Avst05]

01 FK det blir till våren 09 då du tänker dig hhh
02 [dom (xx) studierna är [eller?
03 dF [ja [ja i liksom det
04 är det här är förberedande fram till dess.
05 FK ja precis
06 → dF å det är väl där var du kommer in. å också att se vad du kan
07 hjälpa mig med det här med praktik å vad jag har för
08 möjligheter å komma in som .h om det är arbetsträning, eller
09 praktik, eller

Initiativet kommer efter att den försäkrade har berättat om kurser som han redan har läst och om en utbildning som han skulle vilja gå. Den försäkrades initiativ på rad 06 innebär en ny vinkling på den diskuterade planen för hans återgång till arbetsmarknaden genom att vända det till en fråga för Försäkringskassan. Initiativet vänder också på den gängse bilden av institutionella möten genom att det är den enskilde som här ställer krav på institutionens representant genom att efterfråga åtgärder.

Sett till vilken typ av initiativ som de försäkrade tar i mötet så stämmer detta delvis överens med den upplevelse av den egna rollen och av delaktigheten i eventuellt beslutsfattande som framkom i efterintervjuerna. Bilden klarnar dock inte särskilt mycket vad gäller grunden för upplevelse av att vara delaktig. Kanske kan delaktighet lika lite mätas i tagna initiativ som

i antalet sagda ord, eller utifrån vem som får flest frågor. För att komma vidare tar vi hjälp av hur begreppet delaktighet kan förstås i andra sammanhang.

DELAKTIGHET I OLIKA INSTITUTIONELLA KONTEXTER

Delaktighet har framför allt diskuterats och studerats i relation till grupper som uppfattas vara i riskzonen för att marginaliseras eller exkluderas, som till exempel människor med funktionsnedsättning, eller som av andra skäl bedöms ha en begränsad autonomi, som exempelvis barn. Beroende på sammanhang och grad av delaktighet tycks dock innebörden av ordet skifta (se kapitel 3, denna bok). Anders Gustavsson (2004) menar att det sannolikt inte går att hitta en enhetlig definition som kan gälla alla områden, sammanhang och discipliner. Samtidigt är delaktighet – liksom samverkan – ett uttalat mål i många olika institutionella sammanhang. Av det skälet krävs någon form av beskrivning av hur begreppet kan förstås i relation till en specifik kontext som avstämningsmötet, ett möte som ska ge underlag för ett myndighetsbeslut.

Kriterier för och former av delaktighet

Inom det familje- och socialrättsliga området har Titti Mattsson (2008) undersökt barns och ungas delaktighet i myndighetsbeslut som rör dem. Analysen utgår från Roger A. Harts (1997) fyra *kriterier för delaktighet* vilka i sin tur har sin grund i FN:s barnkonvention. I Mattssons analys innebär delaktighet att barnet har *möjlighet att uttrycka sin mening, att få information om processen och sin egen roll i den, att ha en meningsfull roll i processen* samt att *deltagandet är frivilligt*. Detta kan uppfattas som en relativt begränsad möjlighet till delaktighet, vilket kan förklaras med att det handlar om processer som rör specifika frågor som t.ex. i vilken skola ett institutionsplacerat barn ska gå och att det handlar om beslut inom ramen för myndighetsutövning. Mattssons kriterier är intressanta för en diskussion om avstämningsmötet just för att de är relaterade till utpekade processer och myndighetsbeslut. Samtidigt är ovanstående kriterier relaterade till barns delaktighet, vilka som grupp betraktat har en lägre grad av autonomi än vuxna varför också andra beskrivningar av delaktighet kan behövas.

I en begreppsanalys av delaktighet inom handikappområdet utgår Martin Molin (2004) från den koppling som Världshälsoorganisationen (WHO) gör mellan delaktighet och "en individs

engagemang i livssituationer” som handlar om hennes hälsa, funktionsförmåga och omgivningsfaktorer – en formulering som Molin hämtar i WHO:s klassifikationssystem ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Genom att fråga sig vad som behövs för att människor ska bli engagerade mejslar Molin fram sju aspekter av betydelse för delaktighet: *aktivitet, engagemang, formell* respektive *informell tillhörighet, autonomi, makt* och *interaktion*. Med stöd av dessa aspekter karaktäriserar Molin olika former av delaktighet som kan sägas handla om människors villkor och möjlighet att vara delaktiga i allt som rör den egna vardagen i vid bemärkelse. Trots att avstämningsmöten är knutna till myndighetsbeslut handlar det också här om att kunna bli aktör i frågor och processer som rör den egna personen och livssammanhanget – att som Molin uttrycker saken – både vilja och ha möjlighet att delta.

Arbetsförmåga och villkor för att kunna återgå till arbete efter en längre tids sjukfrånvaro påverkar i hög grad livssammanhanget, och Molins former för delaktighet väcker därmed en rad frågor av särskilt intresse för den fortsatta diskussionen om delaktighet i ett tvärinstitutionellt flerpartssamtal som avstämningsmötet. Hur kan till exempel *engagemang* och *aktivitet* förstås som tecken på delaktighet? Kan den försäkrade vara delaktig även om hon eller han deltar i samtalet i mycket liten utsträckning, exempelvis mätt i antal ord som yttras? Räcker det med att känna sig känslomässigt engagerad? Vilken form och grad av aktivitet måste till för att nå delaktighet i ett avstämningsmöte? Kan individuell delaktighet uppnås genom andra personers aktiva medverkan?

Det som Molin kallar *formell tillhörighet* legitimerar delaktighet – i det här fallet medverkan i ett bestämt möte – medan *informell tillhörighet* är en subjektiv upplevelse av tillhörighet. En rimlig följdfråga är huruvida den som formellt har kallats till ett avstämningsmöte också upplever sig ha informell tillhörighet? Det vill säga upplever de försäkrade en tillhörighet som bygger på känslan att övriga mötesdeltagare accepterar och är intresserade av de tankar och åsikter den enskilde kan tänkas vilja framföra och på upplevelsen att mötet berör henne eller honom på ett sätt som innebär en vilja att göra anspråk på delaktighet. Flera av de försäkrade i studien som helhet berättade i efterintervjuer att de framför allt hade uppfattat mötet som ett tillfälle för övriga parter att träffas. Detta kan mycket väl förklara en låg grad av aktivitet i ett möte om den egna arbetsförmågan.

Autonomi som delaktighetsaspekt handlar i Molins terminologi om "rätten att välja att inte vara delaktig i vissa situationer" (a.a. s. 72) vilket kan jämföras med Mattssons fjärde kriterium om frivilligt deltagande. I avstämningsmötet kompliceras detta av att den enskilde förutsätts medverka. Att som försäkrad – utan godtagbart skäl – välja att inte komma till mötet kan leda till indragen sjuk-/rehabiliteringsersättning. Hetzler (2009) har som en följd av detta beskrivit avstämningsmötet som "delaktighet under hot". *Autonomi* som form av delaktighet i avstämningsmötet kan möjligen förstås som rätten att ta med sig en stödperson för att lättare anta en självständig roll gentemot Försäkringskassan, sjukvården och arbetsgivare eller andra parter som kan tänkas ingå i mötet.

Det ofrivilliga i ett avstämningsmöte förstärker *maktaspekten*. I alla institutionella samtal finns en dimension av makt genom den asymmetri som alltid råder mellan medborgaren och välfärdsstatens representant, oavsett om detta råkar vara distriktsläkaren, socialsekreteraren eller handläggaren på Försäkringskassan. Aktiv medverkan i ett samtal om den egna livssituationen innebär dock att den enskilde medborgaren kan ha visst inflytande över till exempel de beslut som fattas.

Molins sjunde delaktighetsform, *interaktion*, är en hörnsten för att kunna uppnå en högre grad av delaktighet. Att bara göra saker och ting tillgängliga innebär en minimal form av delaktighet enligt hans resonemang.

En definition av delaktighet borde därför inte endast ta sin utgångspunkt i egenskaper hos individen (huruvida denna är aktiv och engagerad). Detta perspektiv på delaktighet kan vi kalla för *intrapersonell delaktighet*. En beskrivning av delaktighet bör också handla om vad som sker *mellan* individen och omgivningen. Med omgivning avses främst de sociala aktörer som individen möter i olika sammanhang, men i viss mån även den fysiska miljön i vilken samspel förväntas uppstå. Här kan vi tala om *interpersonell delaktighet* (Molin 2004, s. 75).

För att uppnå maximal delaktighet krävs enligt Molin samspel och ömsesidighet – något som uppnås i interaktion. Frågan om delaktighet i ett avstämningsmöte kompliceras av att det handlar om flerpartssamtal.

FLERPARTSSAMTAL I INSTITUTIONELL KONTEXT

I beskrivningar av samtal är utgångspunkten ofta dyaden, det vill säga tvåpartssamtalet. Den konstellationen utgör så att säga prototypen för hur vi tänker oss samtal. Särskilt gäller det redogörelser för institutionella samtal och för metodböcker om professionellt samtalande.

Det innebär att vi föreställer oss en talare och en lyssnare vilka växelvis byter roll med varandra. Dyaden tycks stå som grund även för förståelsen av triader (trepartssamtal) och flerpartssamtal, vilket sannolikt innebär att vi generellt har sämre förståelse av flerpartssamtalets villkor och många gånger gör tolkningar av ett sådant utifrån kunskap och erfarenhet av dialogen. Den tidiga forskningen om institutionella samtal utgick framför allt från patient-läkarsamtal och därmed mötet mellan två parter (se t.ex. Mishler 1984). I studier av vardagligt samtalande är det däremot vanligare med flerpartssamtal för att undersöka t.ex. samspel i familjer (se t.ex. Blum-Kulka 1997, Norrick 1998). Under senare år har emellertid forskningen intresserat sig också för institutionella flerpartssamtal som till exempel familjesamtal och familjeterapi (Aronsson 1999) samt samarbetsamtal (Hydén & Hydén 2002).

En teoretiker som tidigt intresserade sig för skillnader i interaktionen beroende av antalet deltagande personer var Georg Simmel (Simmel 1902, Wolff 1950). Utan att använda termer som dyad och triad diskuterade han dessa former av gemenskaper, och vilken betydelse det numerära antalet i en grupp kan ha för interaktionen. Även mikrosociologen Erving Goffman har i sina klassiska studier av interaktion fokuserat på samspel där flera personer ingår (se t.ex. Drew & Wootton 1988, Goffman 1967). Goffman myntade bland annat begreppet *focused interaction*, vilket kan översättas med fokuserad samvaro, det vill säga ett sammanhang där ett antal människor ingår och där var och en uppfattar varandra som deltagare i detta sammanhang. Det kan vara en kortare pratstund över bordsgränserna i en restaurang där två middagssällskap av en tillfällighet bildar en gemensam grupp eller ett formellt sammankallat möte som exempelvis avstämningsmötet.

Flerpartssamtalets speciella premisser och potential

Personer som ingår i en fokuserad samvaro kan tilldelas och anta olika deltagarstatus (Goffman 1981). Det betyder att varje deltagare står i en speciell relation till varje enskilt yttrande – genom att vara den som uttalar yttrandet, den som pekas ut som mottagare av det sagda eller någon som bara råkar höra det som sägs. På ett grundläggande plan särskiljer Goffman ratificerade, det vill säga legitima, och icke ratificerade deltagare. Bland de ratificerade deltagarna, som i sammanhanget har vad Molin (2004) kallar "formell tillhörighet", finns två huvudtyper av deltagarstatus – talare och lyssnare. Den senare kan vara av typen adresserad lyssnare eller icke adresserad lyssnare. I vardagligt tal handlar det

senare om att den som talaren vänder sig mot, verbalt och ickeverbalt. Dessa deltagarpositioner innebär olika ansvar och rättigheter. En adresserad lyssnare har såväl rätt som skyldighet att svara an på det som sägs. Detta gäller särskilt för frågor, men även annars tycks ett större ansvar tilldelas den som utses som, och/eller uppfattar sig själv vara adresserad lyssnare. Åtminstone förväntas en viss grad av aktivt lyssnande genom till exempel blickkontakt, nickningar, några följsamma mm-ande etc. En icke-adresserad lyssnare kan välja att ge respons men har i viss mån både mindre rätt och skyldighet att göra så.

Så snart ett samtal inbegriper fler än två personer uppstår med automatik möjligheten till flera positioner. Flerpartssamtalets villkor och förutsättningar skiljer sig därmed väsentligen från tvåpartssamtalet (Linell 1990b). En tredje person kan ingå i samtalet som en fristående part eller välja att ingå en allians med någon av de övriga. Redan en utökning till tre deltagare innebär att yttranden måste riktas. I avstämningsmötena märktes detta genom att man använde namn eller pronomen som "du", exempelvis: "FK: mm och vad säger du om prognosen Eskil?".

Allianser i avstämningsmöten

Ökar antalet samtalsdeltagare till fyra eller fler tenderar gruppen att åtminstone periodvis sönderfalla i mindre grupperingar omkring olika samtalsämnen (Linell 1990b). Subgrupper bildas också när motstridiga uppfattningar tydliggörs i ett gruppsamtal genom att människor sluter upp och bildar team som håller ihop mot andra deltagare (Kangashurju 1996).

I såväl tre- som flerparts-konstellationer förekom olika allianser i avstämningsmöten. De vanligaste allianserna var mellan sjukvården och den försäkrade som gemensamt under en viss episod kunde bilda "enad front" mot Försäkringskassan. En sådan allians uppstod direkt efter det initiativ som visades i föregående exempel. I exempel 4 nedan börjar den försäkrades initiativ på rad 06 som riktas mot handläggaren på Försäkringskassan med ett utpekande "du".

Exempel 4. I allians med sjukvården I [Avst05]

06 → dF å det är väl där var du kommer in. å också att se vad du kan
07 hjälpa mig med det här med praktik å vad jag har för
08 möjligheter å komma in som .h om det är arbetsträning, eller
09 praktik, eller

2012-01-02

10 FK mm
11 AT mm
12 dF vad man kallar det här.
13 (1s.)
14 AT det är ju väldigt bra kan jag tycka också att faktiskt få
15 komma in å prova å testa på. [parallellt med studierna=
16 FK [mm
17 AT =eftersom det här är ett helt nytt område. .h och då kan man
18 titta på vad som har varit svårigheterna för dig så är det
19 mest stilla[stående, å gåen[de, å det här.
20 Sjg [just
21 dF [ja.
22 AT .hh å det är det vi har pratat om det här att (.) gå på det
23 sätt du gör där. det är ju lite annorlunda.
24 [då då kan du gå på ett annat sätt.
25 dF [precis

Det är uppenbart att den försäkrade med sitt riktade initiativ förväntar sig något slags respons från handläggaren. Intressant i sammanhanget är att det inte är denna som svarar trots den tydliga paus som uppstår. I stället är det arbetsterapeuten (At) som träder in och förstärker och legitimerar det initiativ som den försäkrade nyss tagit. Genom detta tydliggörs en allians mellan den försäkrade och sjukvården.

I alliansen ingår arbetsterapeuten som ger sitt uttryckliga stöd för den plan den försäkrade börjar skissera, sjukgymnasten (Sjg) som backar upp sin kollega, och den försäkrade själv som i det här läget kan nöja sig med att säga "ja" och "precis". Handläggaren lyssnar aktivt och markerar detta med mera stillsamma "mm-anden". Samtalet fortsätter enligt samma mönster och 25 turer senare, efter att arbetsterapeuten upprepat sin tes om fördelen att få prova andra arbetsuppgifter, växlar hon smidigt över till den försäkrade som nu är ytterligare stärkt av alliansen.

Exempel 5. I allians med sjukvården II [Avst05]

54 At men bra ändå att få testa på tror jag.
55 dF ja
56 Fk ja
57 At mm
58 1s.
59 df å det liksom det tar (jag) å om man säger jag inte skulle få

2012-01-02

60 (1s.)
61 dF skulle kunna få plats där. praktiskt. så har jag eh alltså
62 inom xxxxx har ja- jag är också kanske [(xxx) också.
63 Fk [jaha
64 At [mm
65 df .hh det finns jag har ju- från och med sen efter det mötet här
66 så kommer jag eh det var nåt sätt det var (.) å man skulle
67 (xx) alltså skicka iväg. för jag pratade med dom (1s.) redan
68 förra året. (1s.) om en praktikplats. att dom-
69 Fk mm
/.../
83 Fk .hh eh å om vi pratar lite (.) regelverk då.

Försäkringskassans handläggare fortsätter att inta en aktivt lyssnande position, medan den försäkrade utvecklar sin önskan om en praktikplats. Först i tur 85 tar handläggaren en aktiv talarroll och ger ett myndighetsperspektiv på framtidsplaneringen.

Den aktiva roll som den försäkrade har i mötet bygger åtminstone delvis på alliansen med sjukvårdens representanter, "på vilkas axlar" den försäkrade står både stadigt och högt. En intressant poäng i sammanhanget är att hela den ganska långa episoden som återgetts i exempel 4 och 5 har sin startpunkt i en öppen fråga från handläggaren som tar ett djupt andetag och säger: ".hh vad behövs för å komma tillbaka på ett jobb nu då?".

I möten där arbetsgivaren fanns med var det vanligt att allianser uppstod när framför allt den försäkrade/arbetstagaren backade upp sin chef i en strävan att visa det omöjliga i att komma tillbaka tidigare i arbete, hitta anpassade uppgifter eller bara beskriva arbetets art. De agerade då en gemensam motpart visavi Försäkringskassan. På motsvarande sätt backade emellanåt arbetsgivaren upp den anställde i utsatta lägen. Ett exempel på det uppstod i ett möte när diskussionen om återgång till arbetet genom anpassning av arbetsuppgifterna nått vägs ände och samtalet verkade på väg att avslutas. Under mötets gång hade handläggaren på olika sätt markerat att läkarintyget sannolikt inte skulle räcka för att hävda arbetsoförmåga. Den försäkrade beskriver då den förbättring som trots allt har skett och får stöd av sin chef i ett fördröjande av eventuella beslut.

Exempel 6. Den försäkrade och arbetsgivaren i allians [Avst02]

01 dF för om jag jämför mig med hur jag var i (.) juli, (.)
02 augusti.

2012-01-02

03 Fk mm.
04 dF då var jag (.) mycket sämre.
05 Fk mm.
06 dF både rygg å å då kunde jag liksom inte (.) nånting med
07 armarna.
08 Ag mm.
09 dF så att det har ju ändå blivit (.) bättre. Fast det har
10 tagit lång tid då.
11 Fk mm.
12 → Ag å det kanske är så [att du blir bättre. Att de-
13 dF [jaa.
14 → Ag att man- (.) att man får låta det [ta lite tid.
15 dF [ja, ja
16 Fk mm.
17 → Ag man kanske be[höver jobba-
18 dF [så sa han om ryggen, [han sa
19 Fk [ja.
20 dF du måste ge det [tid [sa han å lik[som att du,
21 → Ag [mm [mm [mm
22 dF .h du rör på dig hela tiden. Så därför så jag menar också
23 att det ju kanske (är) bättre att- (.) att man är igång
24 lite.

Den försäkrade presenterar sin tanke med viss försiktighet vilket både talhastighet, röststyrka och – vilket syns i transkriptionen – genom relativt täta korta pauser. Handläggaren markerar sitt lyssnande med ett mm-ande vid hörbara ”punkter” och pauseringar men utan några uppbackningar av mer värderande slag. Arbetsgivaren (Ag) fyller på med visst hopp om ytterligare förbättring och allierar sig med sin anställda om att låta det ta lite tid (rad 12, 14 och 17).

Stödet från chefen förstärks när den försäkrade introducerar en virtuell deltagare (Adelswärd 2003), nämligen den behandlande läkaren. Att på det här sättet ge röst åt icke närvarande personer förkom i princip alla avstämningsmöten. Oftast handlade det om medicinsk personal som främst fick röst genom den försäkrade och så kallat rapporterat tal (Buttny 1997, Ravotas & Berkenkotter 1998). Det rapporterade talet kan vara av olika slag: direkt som i ”han sa ’du måste ge det mer tid’ eller indirekt som till exempel ”gör det väldigt ont ska jag sluta säger sjukgymnasten”. Till rapporterat tal räknas också ibland ett mer

självständigt beskrivande av vad någon annan har uttryckt, "rörligheten tycker väl jag är ganska bra å det tycker ju arbetsterapeuten också". Det rapporterade talet kan fylla många olika funktioner och räknas som en resurs i samtal. I ovanstående exempel liksom i många fall i avstämningsmöten ger läkarens röst, genom rapporterat tal, tyngd och legitimitet åt den försäkrades redogörelse. Arbetsgivaren backar upp den rapporterade läkarrösten (rad 21) vilket gör att alliansen utökas till en tre röster stark koalition.

"På läktarplats": om positioneringar i avstämningsmöten

Vilken position enskilda deltagare tar eller blir tilldelade är något som hela tiden bestäms i samspelet. I en grupp med många deltagare uppstår oftare konkurrens om talutrymmet och det kan upplevas svårt att komma till tals. Samtidigt blir det lättare att välja lyssnarrollen, utan större krav på aktivt deltagande, vilket kan vara befriande för den som vill inta en mer tillbakadragen position. Känslan av och möjlighet till delaktighet påverkas därför i hög grad av gruppens storlek och interna samspel.

Samtidigt menar Linell (1990b) att det finns en "naturlig tendens" att sträva efter en dialogisk kontakt också i sammanhang där flera personer deltar. En sådan tendens märks genom att gruppsamtal av och till sammanfaller i en eller flera dyader, och där eventuella övriga deltagare övergår till rollen som ratificerade lyssnare (Goffman 1981). För känslan av delaktighet har detta betydelse genom att den eller de som inte upplever sig som direkta adressater riskerar att förpassas till ett slags åskådare till ett samtal mellan två andra. Om en av deltagarna är ämnet för samtalet, vilket oftast är fallet i ett tvärinstitutionellt flerpartssamtal, finns det en uppenbar risk, om man hamnar i en åskådarposition, för känslan av att förvandlas till ett objekt, ett ärende eller ett fall.

I avstämningsmötet där Arbetsförmedlingen medverkade uppkom en situation där den försäkrade på ett tydligt sätt hamnade på "läktarplats". Episoden inleds med att handläggaren från Försäkringskassan frågar den försäkrade om hans tankar om möjligheten att komma tillbaka som arbetsökande. Den försäkrade svarar att målet självklart är att "bli bättre", men undviker att direkt prata om arbete. Handläggaren vänder sig därefter till Arbetsförmedlingens representant och frågar om en arbetsinriktad utredning via Arbetsförmedlingen som Försäkringskassan antar är på gång. Kvinnan från Arbetsförmedlingen förnekar att någon sådan är planerad i dagsläget. Det hela utvecklas till

ett resonemang om olika aktörers ansvar för rehabilitering, i vilket den försäkrade inte är aktivt delaktig.

Exempel 7. På läktarplats I (man, litet talutrymme) [Avst04]

01 Fk nej okej. då var det jag som missuppfattade [(xxx)
 02 Af [det är en
 03 arbetssocial utredning eventuell komplettering med en
 04 aktivitetsbaserad kartläggning.
 05 Fk ja okej. å för att göra det så krävs det att [dF:s namn]
 06 är bättre i sin funktion eller?
 07 Af .hh ja det krävs ju till å börja med att han inte är
 08 sjukskriven utan att han är arbetssökande.
 09 Fk okej.
 10 Af fast vi går inte in å gör nån utredning ifall det är mer
 11 .h är en medicinsk rehabilitering han behöver.
 12 Fk nej.
 13 Af då startar vi inte upp nånting.
 14 Fk nej okej.

Såväl informella som formella flerpartssamtal kan övergå till dyader, vilket märks i exemplet ovan där såväl den försäkrade som läkaren förhåller sig helt tysta. De utgör i stället ett slags publik till dialogen mellan arbetsförmedlingen (Af) och Försäkringskassan. Som oadresserad samtalsdeltagare är det ett möjligt val av position. Utifrån ett delaktighetsperspektiv finns det emellertid en rad saker som sannolikt försvårar eller omöjliggör den försäkrades aktiva medverkan i det här samtalsavsnittet. För det första förs samtalet på en administrativ nivå och med ord som hör hemma i olika regelverk. För det andra handlar episoden om hur han som "klient" kategoriseras enligt olika aktörer och myndigheter och konsekvenser av detta. För det tredje omtalas den försäkrade i tredje person, vilket ytterligare markerar hans utanförskap och icke-delaktighet i just den här frågan.

Är avstämningsmöten "äka" gruppsamtal?

Att flerpartssamtal som beskrivits ovan kan övergå till dyader aktualiserar frågan huruvida de kan förstås som gruppsamtal (jfr Linell 1990b). Enligt Linell är vissa institutionella flerpartssamtal inte att betrakta som äkta gruppsamtal. Trots att flera personer deltar kan samtalet mer likna ett "vanligt" institutionellt tvåpartssamtal (se kapitel 2). Som exempel nämns samtal där grupper av individer betraktas som ett kollektiv och därmed uppfattas

som en gemensam part. Samtalet tenderar då att organiseras dyadiskt trots att det inbegriper fler än två personer. Det kan exempelvis handla om den kanske vanligaste formen av institutionella flerpartssamtal där en anhörig närvarar vid mötet. Denna är särskilt vanlig i institutionella möten med barn, äldre och funktionshindrade, det vill säga grupper av människor som av olika skäl kan ha behov av något slags assistans som till exempel någon som för deras talan, hör lite bättre, tolkar och på andra sätt bistår vid samtalet (se t.ex. Adelswärd & Nilholm 2000).

Andra gånger ingår det institutionella flerpartssamtalet i institutionella strukturer som bidrar till ett dyadiskt organiserat samtal trots flera olika parter. Avstämningsmötet kan räknas som ett sådant eftersom regelverket som föreskriver att Försäkringskassan har till uppgift att kalla och genomföra dessa möten medverkar till att en dyadisk struktur tenderar att uppkomma.

Strukturer kan alltså både handla om ett slags administrativ nivå där samtalet utformas på ett visst sätt utifrån exempelvis regelverk och om strukturer som bygger på hur samtalet organiseras. I likhet med andra institutionella samtal är institutionella flerpartssamtal uppgiftsstyrda. Beroende på syftet kan sättet att leda mötet variera och därmed deltagarnas möjlighet att vara delaktiga. I vissa typer av möten handlar det som professionell främst om att få till stånd en dialog mellan övriga deltagare för att dessa genom detta själva ska lösa problemet. Det gäller exempelvis för familjerådgivningssamtal, samarbetsamtal liksom i familjeterapisession som alla kräver minst triaden som utgångspunkt. Uppgiften blir då att *orkestrera* mötesdeltagarna (Aronsson 1999), det vill säga att fungera som tolk, medlare och moderator för att få samspelet mellan övriga samtalsdeltagare att flyta så smidigt som möjligt för att målet med mötet ska kunna uppnås.

För vissa syften kan det vara mer funktionellt att som samtalsledare upprätta en dialog med en i taget bland övriga deltagare. I sådana fall uppstår inte ett äkta gruppsamtal. Snarare bildas flera dialoger som följer på varandra. Detta är vad som periodvis händer i ett avstämningsmöte. Samtalet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som återgavs i ovanstående exempel fortsätter i samma anda ytterligare ett antal turer och bryts först när handläggaren från Försäkringskassan vänd till läkaren frågar om tidsaspekten för rehabiliteringen (exempel 8).

Exempel 8. På läktarplats II [Avst04]

35 Af utan det måste finnas .h man måste ju stå till
36 arbetsmarknadens förfogande först. (.) å det gör man
37 ju inte när man är sjukskriven.
38 Fk °nä nä°
39 Af mm.
40 2s. ((Fk skriver i sina papper))
41 Fk mm.
42 3s.
43 Fk hur länge tror du [läkarens förnamn] att man ska (.) vänta?
44 Läk ja det är ju- alltså det här med al- s- sjukskrivning är ju
45 lite relaterat till alltså om vi tar förut. vi har ju haft
46 såna här möten förr med [dF:s förnamn] .h men då var det ju
47 på [arbetsmarknadsåtgärd] här då.
48 dF mm.
49 Läk .h å då även om du då var arbetssökande har vi relaterat
50 mycket till vad du har gjort där. ((skrattar till lite))
51 dF ja.

På ett plan illustrerar exempel 7 och 8 ett i långa stycken dyadiskt organiserat institutionellt flerpartersamtal. I så gott som samtliga nio avstämningsmöten är handläggaren från Försäkringskassan den som leder samtalen och som intar en ordföranderoll (Bülow & Ekberg 2009). I rollen ingår att både följa den agenda som målsättningen för mötet anger och att låta var och en komma till tals genom att fördela ordet och ställa frågor. På det sättet inbjöds den försäkrade alltid tidigt i mötet att berätta om sitt hälsotillstånd, om sina kontakter med sjukvården etc. Arbetsgivaren fick frågor om möjligheter till anpassning av arbetsplats och arbetsuppgifter, och sjukvårdspersonal fick uttala sig om utredningar, bedömningar och prognoser som i exempel 8 ovan.

Betraktat utifrån en delaktighets praktik, och vilka möjligheter som finns för försäkrade att vara delaktiga i avstämningsmöten om arbetsförmåga, är exempel 7 och 8 beskrivningar av exkluderande och inkluderande samtalsstrategier. I motsats till den exkluderande objektifieringen av den försäkrade praktiserar läkaren en inkluderande modell. Efter en lång episod där varken läkare eller försäkrad ingår som aktiva samtalsdeltagare bjuds läkaren in utifrån sin expertkunskap (rad 43). Användningen av "vi" innebär inget tydligt inkluderande av den försäkrade, men utesluter inte den möjligheten och inbjuder till en sådan tolkning. På

samma sätt är hänvisningen till tidigare möten, och visad kännedom om den försäkrades historia, ett sätt att innesluta både honom och alla andra som känner sig tillhöra gruppen från tidigare möten. Slutligen använder läkaren den försäkrades förnamn och ett "du" som otvetydigt riktas mot patienten. Känslan av att vara inkluderad märks också på den försäkrades bekräftande "mm" i motsats till tystnaden tidigare.

DET TVÄRINSTITUTIONELLA FLERPARTSSAMTALETS VILLKOR, RAMAR OCH FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR DELAKTIGHET

Det här kapitlet har specifikt lyft fram tvärinstitutionella möten som inkluderar den medborgare samtalet handlar om. På ett plan betyder det att patienten/klienten befinner sig i minoritet i förhållande till övriga som alla medverkar utifrån sin yrkes- och/eller myndighetsroll. Alla övriga representerar dock vanligtvis en enskild huvudman, myndighet eller verksamhet och uppfattar sig av det skälet troligen inte som en grupp "professionella", utan som solitära representanter för sin organisation. Avstämningsmötet har fått tjäna som exempel, men det finns andra typer av möten och samtal för vilka det råder snarlika villkor. Som exempel kan nämnas *vårdplaneringsmöten* när en äldre person ska lämna sjukhusvården för att återvända hem, och *överlämningsmöten* i samband med att personer utförsäkras från socialförsäkringen för att i stället skrivas in på Arbetsförmedlingen.

Verksamhetsrepresentanterna i ett avstämningsmöte arbetar utifrån olika lagar och förordningar, som till exempel hälso- och sjukvårdslagen, socialförsäkringslagen och arbetsmiljölagen. De utgår därmed från olika regelverk och kommer till mötet med delvis skilda agendor och med sina respektive domänanspråk. Genom att flera olika institutionella perspektiv finns representerade i mötet blir dessa samtal *mångröstade* (Bülow 2009) jämfört med de två röster som Mishler (1984) identifierar i patient-läkarsamtal (se kapitel 2, denna bok). Relationen till medborgaren skiljer sig mellan aktörerna, vilket bland annat markeras genom olika sätt att prata om mötets huvudperson som patient, försäkrad, anställd, arbetssökande etc.

Som jag på olika sätt har påpekat tidigare liknar avstämningsmötet andra typer av institutionella samtal. Det är uppgiftsstyrt och det råder skilda villkor för deltagandet. Ett påtagligt exempel på det senare är att den försäkrade kan nekas fortsatt sjukpenning om

han eller hon utan godtagbart skäl inte medverkar i ett avstämningsmöte som Försäkringskassan har kallat till. Det finns också ofta en väsentlig skillnad mellan parternas erfarenheter av liknande möten. För handläggare från Försäkringskassan är avstämningsmötet en del av vardagsrutinen medan mötet för den försäkrade kan vara det första och enda i sitt slag. För övriga parter såsom arbetsgivare, läkare och annan sjukvårdspersonal, socialtjänsten, arbetsförmedlingen och företagshälsovården är det sannolikt att det finns viss tidigare erfarenhet även om den många gånger är begränsad till något enstaka möte. Detta pekar på det kanske allra mest speciella med avstämningsmötet, nämligen att det utgör ett möte mellan livsvärlden och *flera* professionella världsbilder (Seing, Ståhl, Nordenfelt, Bülow & Ekberg 2011).

Delaktighets elementära former: exemplet avstämningsmötet

Vad blir då kontentan? Vad innebär delaktighet för medborgaren i ett tvärinstitutionellt flerpartssamtal i allmänhet och i ett avstämningsmöte i synnerhet? Hur kan de medverkande professionella, primärt den som kallar till och leder mötet, verka för att medborgaren blir delaktig? Och vilka hinder finns?

Att vilja och kunna bli en aktör kan tyckas vara det självklara svaret på frågan hur delaktighet uppnås. Men är det så enkelt? Ett avstämningsmöte har flera inbyggda svårigheter men också potentialer. På sätt och vis har Molins (2004) avslutande aspekt för delaktighet – interaktion – blivit en naturlig utgångspunkt för att undersöka hur delaktighet kan realiseras eller förhindras i praktiken.

Utifrån analysen av fyra avstämningsmöten tycks det som om delaktighet i en praktisk samtalskontext har tre grundläggande former. Den första blir lätt synlig genom analys av talutrymme och av initiativtagande utifrån I-R-analysen. Det handlar om *delaktighet av egen kraft* och där den enskilda medborgaren ofta själva uppfattar sig som aktör i mötet.

Den andra sortens praktiska delaktighet som märks i de studerade avstämningsmötena, är *delaktighet som skapas tillsammans med andra*. Det handlar framför allt om aktiv uppbackning genom allianser med någon eller några parter.

Den tredje formen av delaktighet i en samtalspraktik är *delaktighet genom andra*. Det tycks som om även försäkrade med litet talutrymme och en egen upplevelse av ringa delaktighet

ändå får och skapar sig ett visst handlingsutrymme. Det är dock inte genom speciellt mycket eget prat, utan genom hur andra pratar för dem och hur de i viss mån lyckas föra sin talan genom att ge röst åt frånvarande personer som på det sättet får agera som allierade.

Delaktighet, samverkan och myndighetsutövning – ett omöjligt uppdrag?

Genom analyser från avstämningsmöten har jag visat hur delaktighet i faktiska möten både kan skapas och undertryckas. Det skulle kunna tyda på att vi genom ökad kunskap om flerpartssamtal, och med ett metodstöd byggt på kommunikativa principer på ett relativt enkelt sätt borde kunna stärka människors möjlighet att vara delaktiga i sin egen rehabilitering. De tre delarna som verkar styrande för ett avstämningsmöte – delaktighet, samverkan och myndighetsutövning – kan emellertid vara problematiska att kombinera. Utöver dessa tillkommer en ekonomisk dimension. Situationer med olika målkonflikter uppstår mellan två, tre eller samtliga aspekter.

Delaktighet framstår som ett mål genom skrivningar som ”den försäkrade tillsammans med Försäkringskassan” (FKFS 2010:35). Ungefär samma ordalydelse finns även i metodstödet för avstämningsmöten (Vägledning 2004:2 version 17). Mot detta kan det myndighetsutövande syftet ställas där avsikten med ett avstämningsmöte beskrivs som ett tillfälle ”att göra en bedömning av den försäkrades tillstånd och arbetsförmåga”. Ett underliggande hot om indragen sjukpenning för den som inte hör samman Försäkringskassans kallelse är ett annat exempel där myndigheten talar sitt tydliga språk. Ett tredje tecken på myndighetsutövning i metodstödet finns i beskrivningen av förberedelserna av mötet. Här betonas vikten av att som handläggare i förväg försäkra sig om att den enskilde förstår vilka uppgifter som måste inhämtas, och att detta görs för att kunna avgöra fortsatt rätt till sjukpenning. Det motsägelsefulla syftet kan förstås innebära att ökad kunskap hos den försäkrade leder till att denna uppfattar mötet än mer hotfullt och problematiskt. Hur mycket vågar jag berätta?

Att ta plats i ett samtal om arbetsåtergång och rehabilitering innebär samtidigt att ta ansvar för vilket resultat mötet får. Molin menar att delaktighet alltid inbegriper ett visst mått av ansvar och kanske till och med är en förutsättning för makt, även om delaktighet ingalunda är en garanti för att kunna utöva inflytande.

Att i samma möte, och för samma person, både värdera och bedöma och samtidigt stödja och uppmuntra kan verka som en motsättning. Eller åtminstone som en extra utmaning. Sett

i den försäkrades perspektiv betyder det att delaktigheten snarast handlar om, att som Mattssons kriterier anger, rätten att få berätta sin version och att få en meningsfull roll i diskussionen och de beslut som fattas. För att få möjlighet till detta behövs kunskap om mötets syfte och struktur, om vilka regler som finns omkring arbetsrehabilitering, och vilka resurser som är tillgängliga.

I regeringens regleringsbrev till Försäkringskassan nämns även ekonomiska aspekter "frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå." Samtidigt ankommer det på Försäkringskassan att "verka för en väl fungerande sjukskrivningsprocess som präglas av tidiga och aktiva åtgärder så att fler personer återfår arbetsförmågan och ges förutsättningar att återgå i arbete". På motsvarande sätt styrs andra aktörer av sin respektive verksamhets krav på lönsamhet alternativt lägre kostnader. Att främja samverkan när detta innebär ökade kostnader för den egna verksamhet utgör ett annat problem som många gånger måste lösas under mötet.

Att vara en aktör behöver, som analysen visar, inte betyda att det är den enskilde medborgaren som själv för sin talan i alla lägen. Genom den dynamik som kan utvecklas i ett flerpartssamtal kan delaktighet skapas på flera sätt än genom en självständigt aktiv individ, nämligen genom allianser mellan parter och genom känslan av uppbackning.

För att den försäkrade i ett avstämningsmöte ska kunna bli en aktör i verklig mening krävs dock framför allt kunskap – om mötets syfte, struktur och eventuell rollfördelning mellan parterna, och kanske i ännu högre grad tydlig information om vilka möjlighet och hinder som regelverket innebär, vad mötet kan leda fram till samt vilken roll man som medborgare kan ta. Med tanke på att ett avstämningsmöte också ska ge underlag för myndighetsbeslut, finns det alltid en gräns för den enskildes delaktighet likaväl som en dubbelhet. Det handlar både om möjlighet till inflytande och om kontroll från myndighetens sida. Sammanfattningsvis kan några särskilt viktiga strategier för främjandet av delaktighet i ett tvärinstitutionellt flerpartssamtal nämnas: att bjudas in tidigt, att få och vilja ta plats i hela mötet samt att få information som ger möjlighet till att agera och ta ansvar.

Tveeggad samverkan

På samhällsnivå är det relevant att diskutera det tvärinstitutionella flerpartssamtalet som arbetssätt för att uppnå den samverkan som på olika sätt efterfrågas i dagens samhälle (se

t.ex. SOU 2009:49). I 2011 års regleringsbrev för Försäkringskassan betonas särskilt samverkan med Arbetsförmedlingen. Utökad och förbättrad samverkan mellan myndigheter och välfärdsverksamheter handlar både om att minska risken för att individer ”faller mellan stolarna” och om att effektivisera välfärdssystemet för att på det sättet minska ett eventuellt resursslöseri på grund av dubbelarbete genom stuprörstänkande (Hjern 2007).

På organisationsnivå är det dock inte alldeles säkert att en välfungerande samverkan mellan olika myndigheter i alla lägen gynnar medborgaren och leder till ökad delaktighet i olika processer. I studien om avstämningsmöten förekom allianser främst mellan försäkrad och en annan part och då oftast med sjukvården eller arbetsgivarparten (Bülow & Ekberg 2009). Det finns en uppenbar risk för att alltför väl utvecklade och intrimmade samverkansformer mellan professionella från olika verksamheter och myndigheter försätter den försäkrade i en mer utsatt position än idag och därmed minskad i stället för ökad delaktighet. För att motverka en sådan utveckling krävs en ökad medvetenhet om tvärinstitutionella flerpartsmöten också som mötesform och som social interaktion samt om delaktighet som interaktionellt skapad.

Samtidigt finns det studier om samverkan mellan huvudmän och myndigheter som pekar på att det för myndigheter i minst lika hög grad handlar om att markera gränser, som att verka gränsöverbryggande (Löfström 2001). Trots rop på samverkan upprätthålls gränser mellan olika organisationer genom skilda regelverk, vilka både skapar normer för hur saker och ting ska göras och bidrar till en yrkesidentitet. För den enskilda medborgare för vem samtalet och eventuella beslut gäller, är det snarare möjligheten till delaktighet än samverkan som blir avgörande. Om övriga parter främst antar ett gränsdragande perspektiv till mötet och det som ska avhandlas blir det svårt för den enskilda medborgaren att uppnå delaktighet. Det handlar som vanligt om att hitta en balans mellan å ena och å andra sidan.