



Delaktighet i avstämningsmöten

PIA H. BÜLOW & MONIKA WILIŃSKA



HÄLSÖHÖGSKOLAN
HÖGSKOLAN I JÖNKÖPING

School of Health Sciences, Jönköping University

Research Report No. 1 • 2014

Hälsöskolan, Högskolan i Jönköping

Delaktighet i avstämningsmöten

Pia Bülow & Monika Wilińska



HÄLSÖSKOLAN
HÖGSKOLAN I JÖNKÖPING

SCHOOL OF HEALTH SCIENCES, JÖNKÖPING UNIVERSITY

RESEARCH REPORT 2014:1

JÖNKÖPING 2014

© Hälsohögskolan och författarna, 2014

Publisher: School of Health Sciences

ISSN 1653-1558

Förord

Först och främst vill vi som forskare och författare till föreliggande rapport rikta ett stort tack till alla som på olika sätt har medverkat till att den här studien har kunnat göras. Bland dessa märks Försäkringskassan SYD och Finsam93 som bidragit med forskningsmedel vilka genom samfinansiering med Hälsohögskolan utgjort den ekonomiska förutsättningen. Ett speciellt tack också till Camilla Nohammar, Försäkringskassan och till Ann-Britt Ekvall, Landstinget i Jönköpings län, som tillsammans kom med idén till projektet som ni sedan fortsatte att lansera och bära i respektive organisation. Tack också till Carmen Damian som kom att bli vår lokala kontaktperson vid Försäkringskassan och den som med engagemang och värme möjliggjorde den praktiska datainsamlingen. Vidare sänder vi ett mycket varmt tack till alla ni som i er roll som personlig handläggare vid Försäkringskassan, rehabiliteringssamordnare, läkare och andra professionella inom sjukvård och arbetsgivare låtit oss få närvara vid möten som utgör en del av ert yrkesutövande eller arbetsgivaransvar. Slutligen tackar vi alldeles särskilt alla ni försäkrade som lät oss få närvara vid ett möte som berörde er personligen. Tack vare den generositet och det sätt som ni alla har låtit oss få följa vad som verkligen händer i avstämningsmöten har ni bidragit till att vi kunnat belysa stort som smått i möten som annars skulle förbli dolda för alla som inte själva deltagit i ett sådant. Det är vår förhoppning att studien ökar kunskapen om dessa möten och på det sättet blir till nytta för er och andra i en liknande situation. Genom att lyfta fram dessa mötens komplexitet och olika samspelsmönster hoppas vi kunna bidra till en fortsatt positiv utveckling av avstämningsmötet som metod i en aktiv rehabiliteringsprocess.

April 2014

Pia Bülow & Monika Wilńska

Hälsohögskolan, Jönköping

Sammanfattning

Den här rapporten handlar om de lagstadgade möten som kallas avstämningsmöten. Det är Försäkringskassan som kallar olika aktörer till dessa flerpartssamtal, för att utreda arbetsförmågan hos en sjukskriven person (här: försäkrad), och eventuella behov av rehabilitering för att denne ska kunna återgå till arbete. Syftet med det här redovisade forskningsprojektet var att studera den kommunikativa processen i sådana möten avseende främst de försäkrades delaktighet och upplevelse av mötet. Studien bygger på observationer av åtta avstämningsmöten som spelades in i sin helhet med ljud och bild, samt på intervjuer med samtliga medverkande efter mötets slut. Materialet har bearbetats kvantitativt med analys av talutrymmet mätt i antal ord och kvalitativt genom analys av det kommunikativa samspelet.

Resultatet visar att de försäkrades delaktighet var relativt stor beaktat deras andel av talutrymmet. Detta fördelades dock inte jämnt över mötet, vilket analytiskt kunde delas upp i fem olika faser utifrån vilka slags frågor som behandlades och hur detta gick till. Bland de faser som identifierades, var de försäkrades andel av talutrymmet störst i den som handlade om att beskriva *aktuellt hälsotillstånd* och i fasen som kallas för *bedömning av arbetsförmåga, evaluering och planering*. Ett mönster som märktes var att de försäkrades talutrymme sjönk väsentligt när mötet involverade fler än fyra personer. Ingen av de försäkrade uppgav dock att någon part eller person deltog ”i onödan” och därmed hade kunnat undvaras. Tvärtom beskrev de sig nöjda med valet av deltagare. Förekomsten av flera aktörer tycktes för de försäkrade utgöra en garanti att deras ärende skulle behandlas omsorgsfullt och med omtanke.

Som ett generellt mönster konstateras att de avstämningsmöten som ingår i studien tycktes främja och stödja ett aktivt deltagande av alla berörda parter inklusive den försäkrade. De försäkrade uppmuntrades att berätta ur sitt eget perspektiv. Detta var särskilt tydligt i de två faser där deras talutrymme var störst. Dessa två fynd hör sannolikt samman med att samtalsituationer som innebär att personer tilldelas, och kan göra anspråk på, en tydlig berättarroll nästan per automatik innebär ett större talutrymme jämfört med en dialog som bygger på frågor och svar. I *beslutsprocessen* (den femte fasen) var den försäkrades roll avsevärt mindre och i vissa fall minimal. I allmänhet tycktes besluten fattas om den försäkrade snarare än tillsammans med honom.

Avstämningsmötet framstår med tydlighet som ett så kallat *institutionellt möte*. Enligt samhällsvetenskaplig forskning karaktäriseras ett sådant av en tydlig agenda och markerade institutionella roller. Den studerade mötestypen skiljer sig dock från många andra institutionella samtal genom att involvera aktörer från minst två olika fält på arenan för rehabilitering med inriktning mot arbete. Dessa aktörer är Försäkringskassan och sjukvården samt i flera fall arbetsgivaren. Konstellationen innebär att samtalet utgick från flera olika perspektiv under dessa möten. Den försäkrade tilltalades ofta ur ett livsvärldsperspektiv genom att få frågor ställda på ett vardagligt sätt och med utgångspunkt i personliga upplevelser, såsom: ”hur mår du”, ”hur känner du dig?”. I analysen märks dock, att när däremot den försäkrade själv förde in

ett sådant perspektiv i andra sammanhang än i förhållande till aktuell hälsa tenderade rehabiliteringsaktörerna glida undan och skifta till ett institutionellt perspektiv. Detta kan vara en förklaring till varför den försäkrade totalt sett använde sig i anmärkningsvärt liten utsträckning av ett livsvärldsperspektiv. En annan förklaring kan vara ovana och osäkerhet att mötas i ett tvärinstitutionellt sammanhang tillsammans med personer med vilka den försäkrade har en annan relation som t.ex. patient eller anställd. Som en konsekvens av framstår den försäkrades roll i avstämningsmötet så som oklar.

Den försäkrades perspektiv stärktes emellertid genom att ingå i allianser (alignment/alignment) med olika rehabiliteringsaktörer. När så hände var det genomgående den institutionella parten som tog det första initiativet, aldrig den försäkrade. Ett viktigt resultat är att samspelet i mötet på ett påtagligt sätt påverkas av hur framför allt rehabiliteringsaktörerna agerar visavi den försäkrade. Detta innebär att handläggaren från Försäkringskassan, i sin egenskap av mötesledare, spelar en avgörande roll för i vilken utsträckning den försäkrade ges möjlighet att bli delaktig. Detta förutsätter att FK-handläggare har goda kunskaper i samtalskonst såväl som i regelverk och samtalsmetoder. Samtidigt måste grundläggande förutsättningar för delaktighet diskuteras då det handlar om ett institutionellt möte och ett möte som ur den försäkrades synvinkel inte kan betecknas såsom helt frivilligt.

De försäkrade uttryckte emellertid tillfredsställelse med sitt möte och beskrev en känsla av att ha varit mötets centralperson. De försäkrade betonade också arbete som något mycket viktigt för dem. I ett framtidsperspektiv föreställde de sig som friska och arbetande. För att nå dit ter sig avstämningsmötet som en praktiskt och väl-motiverad arena. Kombinationen arbetsgivare, sjukvård och Försäkringskassa öppnar vägen för en ingående och förutsättningslös dialog med den som är sjukskriven omkring den aktuella livssituationen. Varierande svar från de försäkrade angående behovet av information inför ett avstämningsmöte tyder dock på att det finns både skäl och möjlighet att utveckla sättet att informera och att modifiera informations-material i förhållande till individens specifika situation och förutsättningar.

Innehåll

Introduktion	1
Projektidé	3
Syfte och frågeställningar	4
Teoretiska utgångspunkter	6
Institutioner och samtal	6
Flerpartssamtal	9
Delaktighet	11
Metod och material	14
Datainsamling	14
Urval	15
Försäkrade och möten i studien	16
Metoder för transkription och analys	17
Etiska ställningstaganden	19
Analys	23
Talutrymme och faser i mötet	23
Sammanfattande analys	25
Avstämningsmötets kommunikativa praktik	26
1. Inledning	27
2. Aktuellt hälsotillstånd/medicinsk historik	30
3. Bedömning arbetsförmåga, evaluering, planering	37
4. Beslut	46
5. Avrundning och avslutning	47
Sammanfattande analys	49
Alignment och andra samspelskonstellationer	51
Sammanfattande analys	57
De försäkrades upplevelse av mötet	58
Sammanfattande analys	61
Avslutande diskussion	63
Metod diskussion	68
Transkriptionsnyckel	72
Referenser	73
Bilagor	78

Introduktion

Långtidssjukskrivning har varit ett hett diskuterat ämne under de senaste två decennierna i Sverige. Ökade kostnader totalt och ett allt större antal långtidssjukskrivna parallellt med olika reformer och förändringar i sjukförsäkringen som reaktion på den ekonomiska krisen i mitten av 1990-talet kan förklara varför långtidssjukskrivning hamnat i blickpunkten. Hagelund och Bryngelson (2013) menar dock att den mest betydelsefulla förändringen under perioden handlar om hur sjukskrivning presenterats som ett samhällligt problem. Från att under 1990-talet utgöras av en diskussion om hur människors hälsa påverkades av arbetsvillkor framträdde en ny diskurs (samtalsordning) som betonade människors egenansvar och arbetsförmåga. Affischer med informationen ”Vi frågar inte hur sjuk du är, utan vilken arbetsförmåga du har”, som prydde Försäkringskassans kundmottagningar, utgjorde en för många sjukskrivna synbar markör på denna nya era. Som (Johnson, 2010) noterar, påverkade detta diskursskifte även synen på de sjukskrivna som kom att bli en del av den offentliga debatten. Långtidssjukskrivna framställdes i termer av personer som utnyttjade systemet snarare än som människor som led av olika sjukdomstillstånd. Debatten kryddades ofta med negativa beskrivningar och uttryck som lathet och bedrägeri fick en större tyngd.

Den nya andan inverkade också på det sätt som socialförsäkringssystemet i Sverige fungerar. Ett antal förändringar i välfärdssystemet innebar att större krav på att ta ansvar ställdes och ställs på både arbetsgivare och sjukskrivna (Hagelund & Bryngelson, 2013). För arbetsgivare handlar det om sjuklöneperiod och rehabiliteringsansvar, och för de sjukskrivna kravet på snabbare återgång till arbete, även om detta kan betyda byte av arbetsplats och/eller bransch. Som en konsekvens blev arbete och arbetslivs-inriktad rehabilitering nyckelfaktorer som ledde vidare till införandet av nya regler och riktlinjer vilka effektueras av Försäkringskassan. Den mest genomgripande förändringen inom svensk sjukförsäkring under senare år är *rehabiliteringskedjan* som från 2008.

En annan reform som tillkommit under 2000-talet är införandet av *avstämningmötet* till vilket Försäkringskassan, sedan den 1 juli 2003, är ålagd att sammankalla berörda parter. Syftet med mötet är att bedöma den enskildes arbetsförmåga och möjlighet till återgång i arbete samt vilka eventuella behov av rehabiliteringsåtgärder som föreligger. Minst tre parter måste medverka vid mötet och förutom Försäkringskassan och den försäkrade¹ själv kan t.ex. arbetsgivaren och/eller sjukskrivande läkare delta.

1 § Ett avstämningmöte enligt 110 kap. 14 § 4 socialförsäkringsbalken genomförs genom att den försäkrade tillsammans med Försäkringskassans representant träffar

¹ I den fortsatta texten används omväxlande uttrycken den försäkrade eller den sjukskrivna för att beskriva individen omkring vilken ett avstämningmöte kretsar.

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 2010:35²)

Lagen skärptes 1 januari 2005 då en tidsgräns infördes för när ett första avstämningsmöte ska hållas. I samband med detta sattes inom Försäkringskassan produktionsmål för hur många avstämningsmöten man inom myndigheten skulle göra inom 90 dagar från första sjukskrivningsdag. När rehabiliteringskedjan infördes den 1 juli 2008 kom avstämningsmötet att ingå som en självklar del för att användas i både utredningsskedet och under samverkan för en handlingsplan.

Sedan mötet blev en lagstadgad metod har ett antal studier om avstämningsmötet genomförts från olika håll och med delvis olika fokus. Vissa av dessa har utförts av Riksförsäkringsverket och Försäkringskassan, andra av oberoende forskare. Undersökningarna har främst studerat i) handläggarnas attityd till och upplevelse av metoden (Bengtsson Malmblad, Edwardson Stiwne & Ekberg, 2007; Försäkringskassan 2005; Jeffmar, 2003), ii) avstämningsmötets påverkan på sjukfall och avslutande av dessa (Försäkringskassan, 2007; Hetzler, 2009) samt iii) avstämningsmötet som mötesplats och de försäkrades upplevelse av mötet (Bülow, 2009; Bülow & Ekberg, 2009).

En första uppföljning efter metodens införande visade att framför allt handläggare på Försäkringskassan var negativt inställda till avstämningsmötet då detta uppfattades ge merarbete (Jeffmar, 2003). I en enkätstudie ett år senare beskrev dock flertalet handläggare mötet som betydelsefullt för att driva ärenden framåt (Försäkringskassan, 2005). Samma studie konstaterar emellertid att, ”tydligare riktlinjer behövs omkring formerna för avstämningsmötet. En intervjustudie med FK-handläggare något år senare beskriver att dessa upplevde svårigheter att nå uppsatta produktionsmål och att kvantitativa mål gör att ”fel” ärenden prioriteras (Bengtsson Malmblad, Edwardson Stiwne & Ekberg, 2007). En annan uttalad svårighet för handläggarna studien påvisade, var problemet att få läkare att medverka i avstämningsmöten.

Med utgångspunkt i undersökningen LS 2006, som innehåller data om 11 091 personer i arbetsför ålder vilka påbörjade en sjukskrivning januari 2005, genomfördes en undersökning om vad som hänt för dem som fortfarande var sjukskrivna efter ett år (Försäkringskassan, 2007). Syftet var att ta reda på huruvida avstämningsmötet leder till att sjukfall avslutas eller ersätts med andra ersättningsformer, såsom sjuk- eller aktivitetsersättning, om arbetslivsriktade åtgärder inleds och/eller om det sker anpassningar av den sjukskrivnes arbetsplats. Studien visar att ett genomfört avstämningsmöte ökar sannolikheten med 40 % för att sjukskrivningsgraden ska minska samtidigt som sannolikheten inte ökar för att sjukfallet ska avslutas helt. Enligt studien innebär ett genomfört avstämningsmöte att sannolikheten för att anpassningar av arbetsplatsen ska påbörjas ökar med 100 % och att sannolikheten för att

² Ovanstående paragraf fanns med samma ordalydelse tidigare i Riksförsäkringsverkets författningssamling, RFFS 2003:10. I och med Socialförsäkringsbalkens införande fr.o.m. 1 januari 2011 upphörde Lag om allmän försäkring. Samtidigt upphävdes Riksförsäkringsverkets författningssamling och ersattes med Försäkringskassans författningssamling.

olika arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder inleds ökar med 500 %. I en studie om avstämningens betydelse för hur ett sjukfall avslutas, där forskningen bygger på de 3089 fall där en långtidssjukskrivning avslutades under sista kvartalet 2005, visar Hetzler (2009) att avstämningens betydelse inte haft någon påverkan alls. Hetzler menar istället att det är den kategorisering som görs av det enskilda sjukfallet som har betydelse för utfallet. Detta resultat bekräftas av en studie av sjukfall vilka under perioden november-december 2007 kommit till ett vägval, dvs. 4-6 veckor in i sjukfallet. Studien fann inte något stöd för att avstämningens betydelse förkortar ett sjukfall (Försäkringskassan, 2010).

Under delvis samma period (senhösten 2007-vintern 2008) genomfördes en kvalitativ studie om avstämningens betydelse där metoden betraktades ur ett kommunikativt perspektiv (Bülow & Ekberg, 2009). Enligt studien, som byggde på nio observerade och inspelade möten och efterintervjuer med samtliga deltagare, utgör avstämningens betydelse flera olika mötestyper beroende på individuella skillnader bland de försäkrade gällande villkor och förutsättningar för arbetsåtergång – varianter som sannolikt kräver olika slags kompetenser hos såväl handläggare vid Försäkringskassan som andra aktörer samt olika former av redskap och resurser för att nå framgång. Faktorer av betydelse för hur de studerade avstämningens mötena gestaltade sig – och därmed sannolikt också vad som hände därefter – var t.ex. om den försäkrade hade en anställning eller var arbetslös, vilka parter som deltog vid mötet samt vilken position den försäkrade intog vid mötet. Studien visar också att hälften av de försäkrade beskrev sin position i mötet såsom perifer vilket tolkades som ett tecken på mindre grad av delaktighet (Bülow, 2012; Bülow & Ekberg, 2009).

Projektidé

De försäkrades upplevelse av bristande delaktighet, som resultatet från ovan nämnda studie (Bülow, 2012; Bülow & Ekberg, 2009) pekar på, blev utgångspunkt för ett samarbetsprojekt mellan Försäkringskassan SYD, Landstinget i Jönköpings län och forskare på Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping. Projektet kring delaktighet i avstämningens betydelse utarbetades som två separata delar där den första utgjordes av ett utvecklingsarbete medan den andra utformades som en forskningsstudie. Den senare knöts till tidigare forskning om avstämningens betydelse (Bülow, 2012; Bülow & Ekberg, 2009), genom att anta ett liknande upplägg för datainsamling och analys. Både utvecklingsarbetet och forskningsstudien inriktades i huvudsak mot avstämningens betydelse för försäkrade för vilka psykisk ohälsa var antingen primär eller bidragande sjukskrivningsorsak. Detta för att sjukskrivningsperioden för den gruppen försäkrade tenderar att bli mer utdragen, vilket i sig ofta leder till en ökad komplexitet och ökad svårighet att nå ett avslut av sjukfallet.

Försäkringskassan och Landstinget ansvarade för utvecklingsarbetet för vilket en arbetsgrupp tillsattes bestående av personliga handläggare³ från Försäkringskassan, rehabiliteringssamordnare från Landstinget, personer med personlig erfarenhet av avstämningsmöten i rollen som försäkrad samt försäkringsläkare. Under ledning av en neutral samtalsledare från Landstinget i Jönköpings län träffades arbetsgruppen vid två heldagar för att formulera en modifierad arbetsmodell för planering och genomförande av ett avstämningsmöte. Arbetsmodellen kom att utformas så att den sjukskrivnes/försäkrades möjlighet till delaktighet skulle stärkas genom större samverkan mellan olika rehabiliteringsaktörer – och då främst samarbetet mellan Försäkringskassan och sjukvården genom FK-handläggare och Landstingets rehabiliteringssamordnare. Delaktighet beaktades i modellen utifrån olika steg såsom planering, genomförande, uppföljning och återkoppling av avstämningsmötet. Modellen fokuserade transparens avseende informationsflödet och hur ansvaret för detta fördelades. Inledningsvis betonade arbetsgruppen behovet att identifiera informationsluckor som skulle kunna påverka processen negativt. Som ett nästa steg handlade utvecklingsarbetet om att utforma en allmän beskrivning av den nya modellen, vad den syftar till, processen runt ett avstämningsmöte och de olika rollerna involverade parter har i mötet. Den ultimata tanken var att avstämningsmötet skulle bli mer framgångsrikt om alla inblandade personer hade fått samma information om hela processen, samt om alla deltagare därigenom kom väl förberedda till avstämningsmötet.

Forskningsprojektet knöts till utvecklingsarbetet genom att datainsamlingen genomfördes på enheter där man på prov börjat arbeta enligt modellen med förstärkt samverkan mellan Försäkringskassa och vårdcentral genom ett ömsesidigt informationsarbete efter arbetsgruppens förslag. För forskningsprojektet ansvarade forskare från Hälsohögskolan. I föreliggande rapport redovisas resultatet från forskningsstudien.

Syfte och frågeställningar

Forskningsprojektets övergripande syfte är att studera den kommunikativa processen i avstämningsmöten avseende främst de försäkrades delaktighet.

Frågeställningar som studien söker svar på handlar om hur interaktionen i mötet gestaltar sig i termer av:

- Vem eller vilka styr mötet?
- Vilka frågor aktualiseras, diskuteras eller förkastas?
- Vem eller vilka ställer frågor respektive förväntas svara?

³ Benämningen för de personer på Försäkringskassan som arbetar direkt mot sjukskrivna försäkrade i rehabiliteringsärenden har skiftat över tid. Vid tidpunkten för studien presenterade dessa sig vanligen som personlig handläggare. I denna rapport kommer gruppen handläggare härfter att genomgående benämnas som FK-handläggare.

- Hur fattas beslut och vem eller vilka medverkar i den sammanfattande bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga och eventuella behov av och möjligheter till rehabilitering?
- Hur värderar den försäkrade mötet, sin egen roll i detta samt sin möjlighet att vara delaktig i bedömningen av den egna arbetsförmågan?

Teoretiska utgångspunkter

Institutioner och samtal

Studiet av kommunikativa processer (samspelelmönster) i möten mellan medborgare och representanter för en institution som t.ex. Försäkringskassan beskrivs vanligen i termer av *institutionella samtal* eller *institutionella diskurser* (Agar, 1985; Linell, 1990a; 1991). På grund av sin mångtydighet kan ordet *institution* behöva en lite närmare förklaring. Det kan t.ex. användas både för att beskriva etablerade organisationer som t.ex. Försäkringskassan eller sjukvården och för att prata om byggnaden eller den fysiska plats där myndigheten/verksamheten utför sitt arbete som t.ex. lokalkontoret eller sjukhuset. Institutioners rumsliga innebörd bidrar till att det ibland används som synonym för *organisation* samtidigt som det finns en ömsesidig verkan mellan dessa begrepp (Linde & Svensson, 2013). Inom samhällsvetenskapen används begreppet institution för att beskriva de normer och regler som genom upprepning formar människors agerande till beteendemönster – en slags etablerad konvention (Brante, 2013). Med den betydelsen, förser institutioner människor med regler för hur man betar sig. Likaså innebär det att institutioners standardiserade sätt att göra saker och ting leder till att beteendemönster förs vidare och återskapas. Guðbjörg Erlingsdóttir (1999, s. 20) menar att begreppet institution står för ”förgivettagna handlingsmönster, vilka legitimeras av normer och värderingar som både möjliggör och begränsar dessa handlingsmönster”. Institutioner blir med detta betraktelsesätt av stor vikt för den sociala ordningen och för hur vi både gör och tänker om världen omkring oss (Brante, 2013). Samtidigt beskrivs institutioner inte sällan som tröga (Linde & Svensson, 2013).

I den här rapporten förstås institutioner som mönster av sätt att agera vilka är karaktäristiska för ett visst sammanhang och där dessa sätt att handla uppfattas som självklara eller naturliga av de som ingår. Ett annat ord för detta är *praktik* dvs. ett intränat mönster av så som vi gör och agerar här. Institutionella praktiker är resultatet av uppfattningar, kunskaper, typ av organisation och den pågående interaktionen mellan människor (Arminen, 2005). Genom sådana praktiker, reglerar institutioner å ena sidan både vad människor kan göra och vilka de är. Å andra sidan påverkas praktiken samtidigt av vad människor faktiskt gör. Således är praktiker inte något som bara finns utan något som återkommande blir till (Jenkins, 2008).

Ett avstämningsmöte är ett exempel på en institutionell praktik. Mötet initieras av en representant från Försäkringskassan, styrs av regler och riktlinjer och har som syfte att uppnå ett antal specifika mål. Dessa villkor kan inte enbart förstås i relation till mötets övergripande mål och de medverkande parterna, utan hör också ihop med hur deltagarna agerar. Sådana procedurer kan vara uttalade eller bara finnas som något självklart och av naturen givet vilket då innebär att de inte diskuteras öppet även om alla antas veta vad som gäller. Ett övertydligt exempel, är att man inte går till ett avstämningsmöte klädd i pyjamas även om det inte finns någon lag eller regel som

säger att det är förbjudet. På samma sätt finns regler för vilka ämnen och frågor som går att ta upp vid ett avstämningsmöte och vad som inte lämpar sig att prata om här jämfört med vardagligt samtalande.

För att konkretisera vad som menas med ett institutionellt samtal (se t.ex. Linell, 1990a; 1991), kan vi föreställa oss ett välkänt sammanhang såsom ett läkarbesök på vårdcentralen. En vanlig orsak till ett sådant är för att reda ut vad som ligger bakom ett visst symtom eller en generell upplevelse av ohälsa. I just den här kontexten kallas besökaren patient och den som tar emot patienten kallas läkare eller doktor. Patienten förväntas beskriva sina besvär medan läkaren väntas kunna förstå och förklara dess orsak samt ställa en diagnos. Bakom detta ligger antagandet att läkaren har en medicinsk expertkunskap som patienten saknar. Resultatet blir att läkaren använder ett medicinskt språk och ett sätt att ställa frågor som syftar till att ringa in problemet medan patienten vanligen utgår från sin kroppsliga och själsliga upplevelse och hur den påverkar vardagslivet dvs. betraktar problemet ur ett livsvärldsperspektiv (Mishler, 1984). Om patienten skulle fråga efter läkarens hälsa eller om läkaren skulle börja berätta om sina egna krämpor skulle ett sådant beteende bryta mot de normer som finns i samhället omkring den här sortens möten.

Oavsett om vi har anledning att besöka en vårdcentral regelbundet, eller om det skett vid sällsynta tillfällen har vi som medborgare en idé om vad ett sådant möte innebär och vad som förväntas i respektive roll. ”Patient” och ”doktor” kan därmed sägas vara två *institutionaliserade identiteter* vilka är relaterade till varandra utifrån ett speciellt sammanhang som t.ex. ett besök på vårdcentralen eller sjukhuset. Institutionella identiteter är inte kopplade till individen (se t.ex. Mishler, 1984). Det är istället sammanhanget som skapar identiteten som t.ex. patient å ena sidan och doktor å andra sidan. Det betyder att den som i mötet med en läkare intar identitet som patient en liten stund senare kan vara lärare inför en grupp studenter, försäljare eller tågkonduktör. Som individer ingår vi ständigt i olika slags sammanhang som ger oss en mängd olika identiteter som t.ex. förälder, kollega, barn, professionell, make/maka/sambo etc. beroende av var, med vem och när vi befinner oss i ett visst sammanhang, eller kontext, för att använda ett mer vetenskapligt uttryck.

Institutionella identiteter är emellertid inte något som bara tillfaller individen; snarare upprättas de i den process som ett socialt samspel utgör. De kan också omformas under denna process och under liknande processer över tid. Jenkins (2008) gör åtskillnad mellan nominala och virtuella aspekter av identiteter. Den förstnämnda reflekterar den uppsättning antaganden och förväntningar människor har på en konkret identitet. Den senare indikerar att varje person antar (spelar) den givna identiteten på olika sätt som ett resultat av omständigheterna i situationen. Därmed betonas hur identiteter skiftar genom att människor likaväl som deras tidsmässiga och rumsliga förhållanden förändras. Vad som förväntades av en patient för femtio år sedan är exempelvis annorlunda än vad som gäller idag. På motsvarande sätt finns det kulturella skillnader när det gäller hur läkare och patient definieras och hur relation dem emellan bör se ut. Det som är oförändrat är den påverkan dessa identiteter har på individen. Institutionella identiteter inverkar inte bara på människors beteenden. De har också betydelse för hur vi pratar och hur vi samspelar

med varandra i ett givet sammanhang. På samma sätt kan förändrade samspelesmönster medföra en förändring av såväl institutionella identiteter i ett samtal.

Fokus för den här rapporten är samtal i en institutionell kontext där vi med samtal avser en speciell typ av social aktivitet. När vi pratar gör vi något. Vi utför ett arbete, uppnår mål och åstadkommer reaktioner hos dem vi samspejar med. Den amerikanske samtalsforskaren John Heritage (2005) menar att *institutionella samtal* (institutional talk på engelska) har tre tydliga kännetecken:

- de är målinriktade med koppling till relevanta institutionella identiteter
- deltagarna begränsas genom regler för vad och på vilket sätt olika deltagare kan ingå i samtalet
- de är nära förbundna med den specifika institutionella kontext inom vilken samtalet genomförs

Avstämningsmöten är exempel på institutionella samtal där identiteter skiljer sig mellan de olika deltagarna. I avstämningsmötena i den här studien medverkar alltid en FK-handläggare, den försäkrade samt en läkare. Dessutom ingår oftast en rehabiliterings-samordnare från vårdcentralen samt en representant för arbetsgivarparten. Genom sin organisatoriska tillhörighet och i vilken egenskap de har kallats till mötet, utgör var och en viss typ av *rehabiliteringsaktör*. Varje deltagare har på det sättet en specifik roll kopplad till förväntningar från övriga mötesdeltagare samt egna mål som kan vara mer eller mindre tydligt uttalade. Exakt hur dessa roller och institutionella identiteter gestaltar sig är dock inte givna i förväg, utan skapas under mötets gång. På samma sätt är det med mötet som socialt sammanhang. Det är inte något som bara finns, utan något som ständigt måste skapas och återskapas. Av det skälet kan möten som till namnet är av samma typ av samtal skilja sig åt och hur ett avstämningsmöte gestaltade sig vid införandet 2003 behöver inte betyda att de ser likadana ut idag tio år senare

Studiet av institutionella samtal handlar om att visa hur dessa samtal skiljer sig mellan olika institutionella kontexter samt från andra typer av prat och mer vardagligt samspel. I analysen blir det därför av stor vikt att synliggöra vilka institutionella regler och identiteter som framträder i interaktionen (Arminen, 2005). Goodwin och Heritage (1990) uttrycker saken som så att alla handlingar formas av sin kontext (sitt sammanhang) på samma gång som handlingarna i sig hela tiden återskapas kontexten. Ur ett analytiskt perspektiv innebär det att den institutionella interaktionens kontext inte kan tas för given. Det är istället forskarens uppgift att påvisa på vilket sätt kontexten står i relation till den interaktion som observerats. Mer vardagligt beskrivet betyder det att vi pratar och beter oss på ett sätt som vi finner lämpligt utifrån ett givet sammanhang och att vi genom att uttrycka oss på ett visst sätt, prata om vissa sorters saker etc. upprätthåller denna vår uppfattning av situationen. Vanligtvis är detta inget vi tänker på, utom i situationer där vi antingen har olika uppfattningar om hur situationen ska förstås jämfört med våra medaktörer, eller när någon plötsligt gör något som bryter mot det förväntade.

Flerpartssamtal

Traditionellt har studier av institutionella samtal baserats på interaktionen mellan två personer som t.ex. läkar-patientsamtal. Då lagen föreskriver ett möte mellan minst tre parter är avstämningsmötet till sin natur ett exempel på ett *flerpartssamtal* och som ett sådant skiljer det sig från tvåpartssamtalet genom att nya roller för samspelet kan uppstå (Linell, 1990).

I ett samtal mellan två personer (en så kallad dyad) växlar deltagarna mellan att vara *talare* och *tilltalad* (adressat) – även om det då och då kan uppkomma situationer där båda dessa roller sker simultant, dvs. när vi pratar i munnen på varandra och samtidigt förhoppningsvis lyssnar till vad vår samtalspartner har att säga. I dyaden är talarens motpart i princip alltid adressat för det som sägs. Närvaron av fler än två personer omvandlar emellertid en-till-en mötet till ett nytt slags sammanhang, där flera olika parter positioneras och positionerar sig själva visavi andra deltagare och i förhållande till det pågående samtalet. I ett samtal mellan tre eller fler personer blir det därför viktigt att t.ex. markera till vem eller vilka en fråga eller ett uttalande riktas. Detta då situationen gör det möjligt att i varje yttrande i) vända sig till en specifik person, ii) tilltala samtliga, alternativt iii) samtidigt vända sig till några i gruppen och där det är öppet vem som tar ordet.

Den amerikanska sociologen Erving Goffman (1983) intresserade sig under hela sin akademiska karriär för det han kallar *the interaction order*, vilket kan förstås som det slags trafikregler som styr och reglerar människors sociala samspel. Som en del av detta beskriver Goffman (1981) olika möjliga roller i interaktionen människor emellan i situationer där fler än två personer deltar (för en genomgång av dessa begrepp, se Dynel, 2011).

Goffman (1974) introducerade två begrepp av betydelse för att förstå och analysera flerpartsamtal: *participation framework* (deltagarramverk) och *participation status* (deltagarstatus). Det förstnämnda utgörs av den ram som skapas genom samtliga deltagares förhållande till det som för tillfället avhandlas, som t.ex. de olika roller medverkande vid ett avstämningsmöte har genom sitt yrke och/eller sin funktion. Det senare begreppet, deltagarstatus, beskriver varje deltagares förhållande till ett enskilt yttrande (ibid). För varje yttrande - tur eller *drag* (move för att använda Goffmans begrepp) finns det således någon som har status som talare, någon annan (ibland flera) som är adressat/er och ytterligare någon eller några som är lyssnare/deltagare utan att direkt adresseras i just den här frågan.

Goffman (1981) gör en grov uppdelning mellan *ratificerade* (erkända) och *icke ratificerade* (ej godkända) deltagare/lyssnare. Genom att skilja på deltagare och lyssnare gör Goffman en viktig markering eftersom man inte nödvändigtvis måste lyssna bara för att man är ratificerad deltagare. Samtidigt betonas möjligheten att också icke ratificerade personer, ofrivilligt eller med avsikt hör sådant som de inte är ämnade att bli åhörare till. I ett slutet sammanhang som avstämningsmötet är förstås alla medverkande ratificerade deltagare genom en officiell kallelse. Det kan dock hända att det under mötet framkommer information om saker som kanske inte alla i rummet

behöver veta eller ens vill ha vetskap om. I sådana situationer kan den som formellt är kallad till mötet bli eller åtminstone känna sig som en icke-ratificerad deltagare – *en overhearer* eller till och med som *en tjuvlyssnare* med Goffmans begrepp. De olika former för deltagarstatus Goffman nämner är alltså: talare, tilltalad och lyssnare där de senare kan delas upp i lyssnare och deltagare samt som kollektiv benämns *publik* (audience).

I en sociolingvistisk analys av hur talare anpassar sin språkliga stil till sin publik resonerar Alan Bell (1984) utifrån liknande termer som Goffman. Med talarens referenspunkt beskriver Bell övriga roller på basis av vars och ens distans till talaren. Således är den tilltalade den som står närmast talaren. Därefter kommer erkända och accepterade åhörare, det Bell benämner *auditor*, och som närmast kan jämföras med Goffmans begrepp lyssnare/deltagare. Som åhörare förväntas du då inte svara an på ett yttrande men har rätten att göra detta, vilket är en viktig aspekt i ett flerpartsmöte.

Dynel (2011) poängterar att eftersom Goffman inkluderar talarens olika roller i ramverket runt deltagandet innebär det att också icke närvarande personer (eller organisationer) kan komma att ingå genom funktionen som författare eller uppdragsgivare. Detta händer t.ex. när myndighetspersoner hänvisar till regelverk och lagstiftning, eller mer diffust refererar till ett professionellt 'vi', istället för att prata i jag-form.

Det är viktigt att betona att deltagarstatusen förändras under interaktionens gång. Det gäller inte minst publikens roll vilken inte är given och statisk utan föränderlig utifrån vad som händer i samtalet. Malouf (1995) beskriver hur detta sker genom två olika processer. Å ena sidan genom talarens val att tilltala en person och därmed låta resten av deltagarna bli åhörare. Å andra sidan gör varje deltagare ett val, om och på vilket sätt hon/han vill besvara det talaren säger (och därmed anta eller förkasta den roll man blivit tilldelad).

I forskning om rådgivningssamtal i flerpartssammanhang har Kykyri (2008) visat hur publiken kan spela en avgörande roll för klientens möjlighet till delaktighet. Under hennes observationer, visade sig publiken utgöra en slags resurs, genom att uppmuntra alla medverkande att delta aktivt, och genom att agera som vittne. Det senare innebar att bekräfta och stödja frågor som lyftes fram. Publiken spelade också en viktig roll genom att understödja ett gemensamt lärande. Kykyri, Puutio & Wahlström (2010) resonerar vidare utifrån begreppet *ownership talk* och hur sådant kan uppmuntras i flerpartssamtal. Uttrycket kan översättas till ungefär *egenägt prat*. Det egenägda pratet handlar om att framföra personliga åsikter och tankar på ett sätt som tydligt visar att det är just ett personligt ställningstagande (t.ex. *jag tänker* eller *ur mitt perspektiv* osv.) och att visa sitt engagemang för det pågående samtalet och de frågor som diskuteras. Författarna visar att rollen som samtalsledare (i det fallet en konsult) var avgörande för att upprätta ett samtalsklimat som främjade sådant egenägt prat.

Som vi har beskrivit tidigare är olika roller i samspelet inte knutna till i förväg bestämda samtalsdeltagare, utan något som gemensamt upprättas under samtalets gång. Vad mera är, eftersom det handlar om ett flerpartssamtal kan dessa roller inte bara tillskrivas enskilda deltagare. Även grupper eller team kan kollektivt ta eller få en

viss roll under en viss del av avstämningsmötet. Som Kangasharju (1996) redovisar, finns i varje flerpartssamtal möjlighet att bilda team dvs. när två eller fler personer går samman omkring en åsikt eller beskrivning. I forskning omkring flerpartsmöten kallas en sådan process för *alignment*. Uttrycket som snarast betyder 'uppställning i (rät) linje' brukar i forskningssammanhang sällan översättas men kan förklaras som att ansluta sig till något eller att alliera sig med någon. I Kangasharjus studie observerades alignment i situationer som innebar någon form av konflikt eller tvist mellan några i gruppen. I dessa fall sågs alignment i huvudsak som ett sätt att bilda ett team emot en annan part eller andra parter (se Kangasharju, 1996). Som Nguyen (2011) visar behöver alignment inte nödvändigtvis innebära att några går tillsammans mot någon annan. Det kan istället referera till icke närvarande personer eller handla om att betona en viss åsikt eller ståndpunkt. I ett resonemang om olika former för samgående (aligning), visar Gordon (2003) att det snarast handlar om att stödja varandra än att agera mot någon. Sammanhangen (kontexterna) som dessa forskningsresultat bygger på varierar från möten i institutionella team med uppseglade konflikter till vardagliga samtal mellan familjemedlemmar. Trots detta identifierar ovanstående forskare specifika språkmönster och sätt att samspeka/samtala som kan överföras till andra situationer.

Att gå ihop med andra för att så att säga bilda 'enad front' (alignment) är en flerdimensionell process med olika lager. Goodwin (2007) visar att processen inkluderar en rad aktiviteter och hur den bygger på de attityder som de samgående parterna uttrycker. De som ingår i en allians/ett team måste erkänna (dela) samma värderingar och markera sitt engagemang för frågan. Vidare behöver var och en av dessa försäkra sig om den andres/de andras vilja att samarbeta. Allianser understryks genom det ömsesidiga förtroendet och förstärks av känslomässiga responser. Med andra ord, de parter som allierar sig vet och känner betydelsen av varandra och de erkänner detta öppet inför andra med både ord och handlingar.

Delaktighet

Utifrån ovanstående resonemang om det professionella (institutionella) samtalets grundförutsättningar och om de särskilda villkor som gäller för flerpartssamtal framstår delaktighet som något som blir till i mötet snarare än något som kan förutsättas genom fysiskt deltagande i rummet. Delaktighet är således något som hela tiden aktivt görs, understöds, förhindras eller möjliggörs i mötet mellan människor (Bülow, 2012). Ett par år efter rapporten om kommunikativa processer i avstämningsmötet (Bülow & Ekberg, 2009), genomförde Bülow (2012) en sekundäranalys de avstämningsmöten som spelats in och observerats under 2007-2008. Denna gång användes en analysmetod som beaktar vem/vilka som tar initiativ respektive svarar an på andras propåer, en så kallad initiativ-responsanalys (Linell & Gustavsson, 1987). Den nya analysen (Bülow, 2012) synliggjorde hur de försäkrade blev eller gjorde sig delaktiga på tre olika sätt. För det första genom att av egen kraft och som en självständig aktör lyfta frågor och önskaner, eller att protestera mot andras

tolkningar och förslag. För det andra genom andras uppbackningar (eller genom att själv backa upp andra) och genom att ingå i allianser. För det tredje genom andras försorg dvs. när andra parter agerar för den försäkrades räkning.

Delaktighet inom den sociala välfärdssektorn är en fråga med stor och sannolikt fortsatt växande aktualitet. Hittilldags har delaktighet dock främst definierats i relation till grupper som uppfattas ligga i riskzonen för att marginaliseras, såsom barn (Mattsson, 2008) och människor med funktionsnedsättning (Molin, 2004). Dessa är grupper vilkas röster uppfattas som särskilt svaga visavi samhället i stort. Begreppets innebörd skiljer sig emellertid beroende av sammanhang och i förhållande till vilken målgrupp delaktighet diskuteras. Att hitta en enhetlig definition som kan gälla alla områden, sammanhang och discipliner är troligen inte möjligt (Gustavsson, 2004). Kanske är det inte heller eftersträvansvärt då en mer kontextbunden definition skulle kunna underlätta praktiskt arbete för ökad delaktighet i ett specifikt sammanhang som t.ex. avstämningsmöten.

Inom myndigheter och andra verksamheter med uppgift att möta människors behov av social service, omsorg och hälso- och sjukvård är kravet idag stort på de professionella att öka medborgarnas möjlighet till ökad delaktighet. Bristen på en enhetlig definition innebär att varje myndighet, verksamhet och olika delar av dessa självständigt behöver diskutera vad som avses med medborgares delaktighet och därmed hur en sådan kan främjas.

När det gäller barns och ungas delaktighet i myndighetsbeslut som rör dem själva beskriver Titti Mattsson (2008), fyra kriterier. Dessa innebär att barnet i den specifika situationen för det första har *möjlighet att uttrycka sin mening* och för det andra *får information om processen och sin egen roll i den*. Som tredje punkt nämner Mattsson att barnet *har en meningsfull roll i processen* samt för det fjärde att detta *deltagande är frivilligt*. Att Mattsson undersöker en situation som handlar om myndighetsbeslut, gör den särskilt intressant för en diskussion om delaktighet i avstämningsmötet. Detta trots att det senare handlar om vuxna människor i arbetsför ålder. På den fjärde punkten skiljer sig dock avstämningsmötet, eftersom detta förutsätter den försäkrades närvaro. Genom att den försäkrade som vägrar att medverka vid ett avstämningsmöte kan påverkas negativt ekonomiskt betonas ytterligare det obligatoriska deltagandet för den försäkrade.

Utifrån Världshälsoorganisationens (WHO) koppling mellan delaktighet och individens engagemang i sin livssituation, ställer sig Martin Molin (2004) frågan om vad som behövs för att människor ska bli (eller kanske göras) engagerade. I sin begreppsanalys identifierar Molin sju aspekter som karakteriserar olika former av delaktighet. Dessa är: *aktivitet, engagemang, formell* respektive *informell tillhörighet, autonomi, makt* och *interaktion*. Den sista aspekten utgör en hörnsten för att kunna uppnå hög grad av delaktighet. För att nå maximal delaktighet krävs enligt Molin såväl samspel som ömsesidighet.

Fördelningen av de interaktionella roller som tidigare beskrivits som deltagarstatus under ett flerpartsamtal hör ihop med frågan om *delaktighet*. Goffmans (1974; 1981) begrepp *ratificerad deltagare* kan översättas med ord som t.ex. fullvärdig samtalsdel-

tagare vilket kan förstås som att ha rätten att ta ordet men också rätten att inta en lyssnande och reflekterande roll vilket liknar den lyssnarroll som Bell (1984) benämner *auditor*. Som vi nyss beskrev, finns det i ett flerpartssamtal olika roller som samtalsdeltagarna både kan tilldelas av andra eller själv ta på sig. Det är viktigt att betona att denna rollfördelningsprocess är beroende av vilka resurser medverkande deltagare har tillgång till liksom vilken makt de förfogar över (Goodwin & Heritage, 1990). Resurser av särskild betydelse kan handla om språkfärdighet och kunskap (generell och specifik). Makt i ett samtal grundar sig också i rättighet och skyldighet att fatta beslut, genomföra åtgärder etc. Graden av delaktighet i samtalet påverkas därmed av hur övriga samtalsparter agerar. Till exempel kan den som önskar ta en aktiv del av samtalet hindras från att göra så genom att andra tar ordet och behåller det. Klienters delaktighet i institutionella samtal har varit och är en viktig fråga inom välfärdssektorn – nationellt likaväl som internationellt (se t.ex. Bülow, Persson Thunqvist & Sandén, 2012; Gustavsson, 2004), där forskning visar hur klienter/patienter ofta upplever det svårt att få utrymme att uttrycka egna tankar, känslor och önskningar.

Projektet att utveckla modellen för avstämningsmöten, som Försäkringskassan i samarbete med Landstinget i Jönköpings län initierade, och som föregår den studie vår rapport handlar om, är ett exempel på satsningar som svarar upp mot kritiken att det råder bristande delaktighet (Bülow & Ekberg, 2009; Bülow, 2012). Den centrala frågan för myndigheten (Försäkringskassan) handlar om att hitta strategier omkring och under avstämningsmötet som ökar den försäkrades möjlighet att vara delaktig. Vad som karakteriserar delaktighet i den här specifika situationen är däremot inte uttalat. En viktig aspekt för vår studie är därför att utforska hur olika samtalsdeltagare kommunicerar och samspelar under avstämningsmötet samt att analysera detta i relation till hur de försäkrade själva uppfattar sin möjlighet att vara delaktiga.

Metod och material

Datainsamling

Studien har en kommunikativ och delvis etnografisk ansats. Den tar sin utgångspunkt i åtta avstämningsmöten genomförda under perioden januari till april 2013. Dessa möten spelades in med ljud- och bildupptagning samtidigt som en forskare närvarade som observatör. I materialet ingår även fältanteckningar som observatören förde under och efter respektive möte, intervjuer med de totalt 40 mötesdeltagarna samt dokumentation från sju möten. Alla intervjuer spelades in med digital ljudupptagning. Totalt omfattar materialet cirka 5 timmar (312 minuter) inspelade avstämningsmöten och cirka 4 timmar intervjuer med mötesdeltagare. Digitalt material från avstämningsmötena transkriberades ordagrant för vidare analys av mötets kommunikativa processer: vad som diskuterats samt hur detta sker, mellan vem och vilka etc. Metoden för datainsamling liksom delar av analysen har i många avseenden samma upplägg som vid en tidigare studie av avstämningsmöten (Bülow & Ekberg, 2009).

Bild- och ljudupptagningar utfördes av den forskare som deltog vid mötet som tyst observatör (MW i 6 möten och PB i 2 möten). Före varje möte placerades digitalkamera och ljudinspelare (smartphone) på lämplig plats i rummet. Som icke-deltagande observatör var syftet att följa mötet med strävan att i så liten grad som möjligt störa deltagarna och utan att interferera i processen. Därför valdes en plats utanför gruppen av mötesdeltagare, helst i ett hörn av rummet, där observatören satt tyst, gjorde fältanteckningar och övervakade inspelningen. Endast i de fåtaliga fall då någon av deltagarna riktade sig specifikt till observatören med en fråga eller liknande gjordes avsteg. Vanligen tycktes deltagarna anstränga sig för att ignorera observatörens närvaro. För att minimera störningsmomentet en kamera alltid innebär flyttades inte kameravinkeln under pågående inspelning. Detta utgjorde förstås en begränsning av det fält som spelades in. Fältanteckningar fungerade som ett komplement till det inspelade materialet, genom att vi i dessa noterade sådant som lätt missas i inspelningar men som märktes i rummet under pågående möte och som gjorde oss nyfikna. Till exempel valde vissa deltagare, till synes medvetet, en plats där de inte alls eller i mindre utsträckning skulle synas i bild. Tack vare fältanteckningarna kunde vi i analysen inkludera såväl sådant som hände utanför bild under inspelning, som det som hände strax före och efter inspelningen.

Individuella intervjuer genomfördes i nära anslutning till avslutat möte (företrädesvis samma dag eller dagen efter och då vanligen via telefon). Dessa genomfördes med ett undantag av den forskare som närvarat vid mötet. Vid efterintervjuerna ställdes ett antal frågor till samtliga mötesdeltagare (med undantag av eventuella anhöriga) om upplevelsen av det nyss genomförda mötet, om vad som hade hänt på mötet och om vilka bedömningar som gjorts och beslut som eventuellt hade fattats. Den försäkrade besvarade även frågor om hans eller hennes tankar omkring sjukskrivningen, rehabiliteringsprocessen hittills, tankar om arbetsförmågan och den egna

bedömningen av möjligheter att återgå till arbete/som arbetssökande. I allmänhet blev intervjuerna med de försäkrade något längre än övriga intervjuer.

Urval

Datainsamlingen utgick från avstämningsmöten där ansvarig FK-handläggare och/eller medverkande rehabiliteringssamordnare från Landstinget hade medverkat i arbetsgruppen omkring utveckling av avstämningsmötet (tre vårdcentraler inom Landstinget i Jönköpings län samt en psykiatrisk mottagning). Ett annat kriterium för att ingå i studien var att mötet rörde en person där psykisk ohälsa var huvudsakligt skäl för sjukskrivningen eller en bidragande sjukskrivningsorsak. Det betyder att undersökningen inkluderar avstämningsmöten för försäkrade där psykisk ohälsa på ett eller annat sätt förelåg och där sjukskrivningen sköttes från en av de fyra vårdenheter som fanns representerade i arbetsgruppen.

Datainsamlingen gick till på följande sätt. Projektledaren⁴ från Försäkringskassan kontaktade ansvarig FK-handläggare för respektive vårdenhet för att få uppgift om inplanerade avstämningsmöten under datainsamlingsperioden där den försäkrade valt att ingå i studien. Muntlig och skriftlig information om studien hade dessförinnan getts till den försäkrade av rehabiliteringssamordnaren som också tillfrågat den försäkrade om medverkan (se bilaga 1). Efter att ha identifierat ett möte såsom möjligt att ingå i studien, kontaktade projektledaren forskarduon för att undersöka deras möjlighet att närvara vid det inplanerade mötet. Även övriga tilltänkta deltagare i det planerade mötet fick muntlig och skriftlig information om studien samt tillfrågades om medverkan (Bilaga 2-3). För övriga medverkande, utom den försäkrade, skedde detta vanligen genom FK-handläggarens försorg. Projektledaren från Försäkringskassan fungerade hela tiden som en länk mellan forskarna och FK-handläggare och rehabiliteringssamordnare. Proceduren innebar att vi som forskare träffade de försäkrade som ingår i studien först i samband med avstämningsmötets genomförande. Information om det aktuella avstämningsmötets syfte och funktion gavs till samtliga medverkande i enlighet med den nya rutin som arbetsgruppen tagit fram tidigare.

En grundförutsättning för att studera ett möte var att såväl den försäkrade som samtliga kallade aktörer, efter muntlig och skriftlig information, samtyckte till att ingå i studien genom att skriva under ett speciellt samtyckesformulär. I samband med mötets genomförande och vid efterintervjuerna gav forskaren på nytt information om studien och dess syfte samt inbjöd till frågor.

Tillvägagångssättet innebar att urvalet, förutom ovan angivna kriterier, styrdes av ett antal faktorer vars grund är okänd för forskarna som t.ex. hur många avstämningsmöten som valdes bort och av vilka skäl. Modellen för datainsamling innebär därmed att det inte går att mäta eller kontrollera bortfallet då det till största delen utgörs av de

⁴ Projektledaren arbetade under perioden deltid som FK-handläggare vid en av vårdcentralerna som ingick i studien.

möten som av olika skäl aldrig kom till forskarnas kännedom. Det kan t.ex. ha handlat om möten där FK-handläggare och/eller rehabiliteringssamordnare av olika skäl bedömde det som olämpligt att tillfråga den försäkrade om deltagande i studien. Eller att mötesdeltagare tillfrågats men valt att inte medverka. Endast vid tre tillfällen avstyrdes ett inbokat möte med hänvisning till att den försäkrade upphävde tidigare beslut att ingå i studien (ett tillfälle) eller att någon annan rehabiliteringsaktör valde att inte medverka i studien (två tillfällen).

Försäkrade och möten i studien

De åtta avstämningsmötena som ingår i studien skiljer sig något sinsemellan vad gäller antalet samtalsdeltagare och vilka som medverkade samt den försäkrades situation. Även platsen för mötet varierar. Fem möten hölls på vårdcentraler och tre möten på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Vid sju möten användes ett konferensrum på vårdcentralen/kliniken som möteslokal. Ett möte genomfördes på läkarens expedition.

Av de åtta försäkrade som ingår i studien var fem män och tre kvinnor. Åldern varierade mellan 33 år och 59 år. Medelåldern var 45 år. Männerna var i genomsnitt yngre (m=41 år) än kvinnorna vars medelålder var 52 år. Alla försäkrade utom en hade en pågående anställning. De yrken/anställningar som framkom (under mötet, vid efterföljande intervjuer eller i dokumentation) var i sju fall sådana som i sig inte kräver någon längre utbildning. I ett fall framkom vare sig utbildning eller som vad den försäkrade var anställd som. De arbetsuppgifter som framskyntade i diskussionerna pekade emellertid inte på att en högre utbildning var ett krav. De försäkrades utbildningsnivå efterfrågades dock inte och kan vara betydligt högre än den för anställningen nödvändiga. De försäkrade arbetade (eller hade före sjukskrivningen arbetat som): administratör, chaufför, distributör, marknadsförare, monterare, städare och säljare. Som primär sjukskrivningsorsak angavs/framkom på samma sätt psykisk ohälsa i sex fall – i två fall i kombination med smärta alternativt uttryckt i termer av stress. För två försäkrade var den primära sjukskrivningsorsaken medicinsk ohälsa där en komplex situation av olika anledningar gjorde att mötet bedömdes som relevant för studien och i enlighet med kriterierna.

Utöver de två parter som föreskrivs närvara vid ett avstämningsmöte – den försäkrade och Försäkringskassan – medverkade i studiens samtliga avstämningsmöten också en läkare (primärvårdsläkare eller psykiater). Minst en arbetsgivarrepresentant deltog vid fem möten. Rehabiliteringssamordnaren från vårdcentralen medverkade i sex av åtta möten. I två möten deltog ytterligare en annan yrkesföreträdare (psykolog respektive arbetsterapeut) vilket innebar att sjukvården som part medverkade med tre personer. Arbetsförmedlingen medverkade inte vid något av de inspelade mötena. I två möten närvarade en anhörig till den försäkrade⁵.

⁵ De anhöriga ingick inte i intervjustudien och ingår inte i övrigt i studien förutom vid beskrivningar av antalet deltagare vid mötet.

De försäkrade befann sig i olika lägen av sin rehabiliteringsprocess, från ett stadium där man diskuterade möjlighet till arbetsträning till planering av snar arbetsåtergång alternativt diskussion om ansökan om tidsbegränsad sjukersättning. Genomgående handlade det om långa fall av sjukskrivning. Det innebar att man under avstämningsmötena i studien hanterade frågor om såväl minskning som ökning av sjukskrivningen, samt i vissa fall förändrad form av ersättning som t.ex. tidsbegränsad sjukersättning.

Möte	Antalet deltagare	Antalet parter	Arbetsgivare deltar
A	4	3	nej
B	4	4	ja
C	4	4	ja
D	4	3	nej
E	5	4	nej
F	7	5	ja
G	7	4	ja
H	7	4	ja

Tabell 1. Översiktlig beskrivning av deltagare i avstämningsmöten som ingår i studien.

I tabell 1 räknas deltagare från samma verksamhet som tillhörig en och samma part. Detta är en förenkling som bygger på Lindqvists (2000) beskrivning av arbetsrehabilitering ur ett organisationsperspektiv. Enligt Lindqvist utgörs det organisatoriska fältet för arbetslivsrehabilitering av tre arenor – den medicinska, myndighetsarenan och produktionsarenan, vilka kan uppfattas som olika parter. I ett diskursivt perspektiv konstitueras partnerskap kommunikativt i den givna situationen. Vi har i ovanstående tabell bortsett från detta och istället valt att redovisa antalet parter ur ett mer organisatoriskt perspektiv, där den försäkrade (tillsammans med eventuell anhörig), sjukvården, Försäkringskassan och arbetsgivaren representerar var sin part.

Metoder för transkription och analys

Avstämningsmötena transkriberades ordagrant och på ett sätt som gör det möjligt att utläsa mer av interaktionen än det som ryms i ord, meningar och hela yttranden. Transkriptionen återger således sådant som upprepningar, stakningar, icke verbala uttryck som ”ehum” och samtalsstöd som ”mm” liksom överlappande tal så långt det varit möjligt att urskilja (Linell, 1994). En första transkription genomfördes utifrån ljudupptagningarna via en skrivbyrå av professionella transkriptörer med tystnadsplikt och utan kännedom om materialets ursprung och sammanhang. Därefter vidtog, med stöd i filmmaterialet, förfinad transkription för att synliggöra t.ex. överlappande tal samt beskrivningar av icke hörbar kommunikation av betydelse för analysen såsom blickriktning, rörelser etc. Den förnyade och mer detaljerade transkriptionen genomfördes av forskarna och enligt en förenklad form av en modell som ofta används inom samtalsanalys (se t.ex. Hutchby & Wooffitt, 1998). En transkriptions-

nyckel presenteras på sidan 72. I rapportens exempel redovisas utdrag från möten på en så läsvänlig nivå som möjligt. För att öka läsbarheten har normalspråk⁶ använts utom i fall av uttrycket 'å', då detta inte alltid säkert kan sägas stå för 'att' eller 'och'.

Analyserna av avstämningsmötena bygger på teorier om samtal som social interaktion och som dialogiska (t.ex. Linell, 1998; Sarangi & Roberts, 1999). Vidare utgår vi specifikt från teorier om institutionella samtal (t.ex. Bergmann, 1992; Drew & Heritage, 1992; Linell, 1990a; Mihler, 1984). Det innebär att sådant som händer i och under ett möte betraktas som kommunikativa handlingar och processer som skapas genom hur mötesdeltagarna uppfattar och hanterar situationen i det studerade sammanhanget. Analyser som görs utifrån detta sätt att betrakta samtal inriktas särskilt på hur deltagare *positionerar sig*. Det vill säga hur de placerar sig själva i förhållande till det pågående samtalet och det man pratar om, hur mycket de ingår i konversationen och hur de förhåller sig till andra samtalsdeltagare (Heller, 2006).

Analysprocessen bestod av tre steg. Det första steget började i och med inspelningen av det allra första mötet och fortsatte under hela datainsamlingen. Fältanteckningarna utgjorde redan under pågående möte en möjlighet att börja ställa frågor till "materialet" och fungerade sedan ett stöd under hela analysen. Analysarbetets andra steg utgjordes av att observatören, utifrån sin detaljerade transkription, återgav mötet, såväl översiktligt som i detalj och med valda delar som exempel. Digitalt inspelat bildmaterial utgjorde en viktig resurs och underlättade tolkningen av t.ex. vem som är talaren, vilka som pratar i munnen på varandra samt gav visst stöd vid osäkra tolkningar genom tillgången på icke verbal kommunikation. I det tredje analyssteget användes video- och ljudfilerna tillsammans med transkriptionerna och vid behov också fältanteckningarna. I detta steg följde vi de grundläggande principerna för konversationsanalys genom studiet av samtalsmönster och dess betydelse för mötet samtidigt som vi identifierade roller och positioner som deltagarna tog eller tilldelades (Silverman, 2006). Det tredje steget innebar analys av några specifika områden i eller aspekter av mötena:

- Inledningsvis identifierades och särskildes olika faser i mötena. Vi intog här ömsom ett perspektiv där vi betraktade avstämningsmötet i sin helhet på ett övergripande plan för att se hur faserna avlöste varandra och i vilken ordning för att ömsom utgå från ett närgånget mikroperspektiv där vi såg till vem som med vilket yttrande inledde en ny fas och där vi kvantifierade interaktionen genom att räkna orden varje deltagare yttrade i varje fas.
- Ett annat fokus vi valde var att studera hur samtalsdeltagarna pratade om arbetsförmåga – vem eller vilka deltagare och utifrån vilket perspektiv.
- Vidare studerade vi mönster för hur frågeställningar aktualiserade, formuleringandet av frågor och svar utifrån hur deltagarna gjorde i olika situationer.

Till att börja med studerade vi enskilt varje möte för sig. Därefter diskuterade vi vad var och en av oss hade uppmärksammat och betraktade därefter på nytt mötena

⁶ Normalspråk innebär att ord som i tal inte uttalas på samma sätt som de stavas har korrigerats enligt vedertagna stavningsregler.

individuellt, men med utgångspunkt från vad den andra hade noterat. Vi skapade ett antal datafiler (i wordformat) för varje inspelat avstämningsmöte (råtranskription, detaljerad transkription, analys med utdragsexempel) som vi hela tiden återkom till var och en, och gemensamt vid våra diskussioner. Vi skapade också exelfiler där analyser från olika möten kunde jämföras t.ex. avseende antal ord som yttrats av olika parter i respektive avstämningsmöte. Parallellt med analyserna av mötena arbetade vi med intervjudata. Här valde vi att fokusera på innehållet och konstruerade för varje intervju en slags tabell med utgångspunkt i intervjuguidens frågor (se bilaga 4 och 5).

Etiska ställningstaganden

Inför och under studiens genomförande har vi beaktat grundläggande etiska principer där vi särskilt har betonat samtycke och konfidentialitet. Studien har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden (EPN) i Linköping (Dnr: 2012/82-31). Deltagarna informerades muntligt och skriftligt om studien av rehabiliteringssamordnaren samt vanligen också av aktuell FK-handläggare. I informationsbrev formulerade till respektive funktion/roll i mötet (se bilaga 1-3) presenterades studien och forskarnas kontaktuppgifter. I samband med mötet och efterföljande intervjuer försäkrade vi oss om att samtliga deltagare kände till studien och möjligheten att när som helst kunna avbryta sitt deltagande. Vid intervjutillfället undertecknade deltagarna också ett skriftligt samtycke.

Forskningsetik sträcker sig dock mycket längre än till en uppsättning etiska koder och regler uppställda av olika akademiska och politiska organ. Det handlar snarare om själva forskningssituationen och den process det innebär att ständigt mötas av frågor vilka pochar på personliga svar. Etik i praktiken (Guillemin & Gillam, 2004) och dialogisk etik (Cannella & Lincoln, 2007) är exempel på en sådan ansats. Reflexivitet och en kritisk hållning är två av dess grundläggande uppfattningar. Forskningsprocessen utgörs av många steg och i den här traditionen betonas hur etiska aspekter ska vara en självklar del i vart och ett av dessa (Shaw, 2003, 2008). Forskningsetik innebär ”taking two steps back” (Guillemin & Gillam, 2004:274) för att reflektera över sitt agerande som forskare likaväl som över processen att vinna ny kunskap och sprida den vidare. Det är ett förhållningssätt som gör anspråk på ett visst mått av kritisk hållning, inte bara gentemot data och forskningsresultat, utan framför allt i relation till sig själv. Att hantera forskning etiskt innebär att ha förmåga att rannsaka sin egen position och roll utifrån moraliska principer och moraliskt handlande (Cannella & Lincoln, 2007).

När det gällde avstämningsmötena beaktade vi särskilt de försäkrades risk för utsatt-het. Avstämningsmötet är en typ av institutionellt samtal, där den försäkrade är den enda deltagaren⁷ som inte medverkar utifrån sin yrkesroll och/eller som en formell rehabiliteringsaktör (som t.ex. arbetsgivaren). Dessa möten präglas därför av ojämlika

⁷ Detsamma gäller förstås för eventuella anhöriga eller annan privatperson som den försäkrade väljer att ta med vid mötet.

maktrelationer, där professionella och myndighetspersoner skulle kunna tänkas ingå i allianser med och/eller mot de icke-professionella deltagarna. Vår erfarenhet av liknande studier (t.ex. Bülow, 2003; Bülow & Ekberg, 2009), visar att en forskare kan ses som en annan icke-professionell/icke-institutionell deltagare. Detta kan förändra de ojämlika maktrelationer som ofta föreligger i den här sortens möten. Närvaron av en forskare kan då öppna upp och öka känslan av säkerhet och trygghet hos den försäkrade likaväl som verka hotfull och integritetskränkande. Att ingå i ett forskningsprojekt kan både vara förknippat med känslor av utsatthet och känslan att vara utvald. En upplevelse av att vara betraktad som ett objekt kan uppfattas som något negativt. Samtidigt kan den kanske svåra situationen som *forskningsobjekt* också innebära en positiv känsla av att vara viktig och att man genom sin medverkan bidrar till framtida förändringar, av i det här fallet strukturen för avstämningsmöten. I slutet av föreliggande rapport kommer vi att diskutera användningen av videokamera vid observation av avstämningsmöten och vilket inflytande kameran tycktes ha på mötet, utifrån vad professionella aktörer och försäkrade beskrev.

Den försäkrades rätt att avstå avstämningsmötet var begränsad genom att det handlar om ett lagstadgat möte till vilket man som försäkrad inte utan godtagbara skäl kan tacka nej. Däremot var deltagandet i forskningsprojektet helt frivilligt. Att tillfråga försäkrade om deltagande i studien i anslutning till kallelsen ansåg vi innebära en alltför stor risk för att försäkrade skulle känna sig tvungna att ingå i studien. För att undvika det dilemma en försäkrad skulle kunna hamna i om en myndighetsperson, med rätt att fatta beslut om sådant som förlängning av sjukersättning, valde vi att låta frågan om deltagande inledningsvis komma från sjukvården. Således tillfrågades de försäkrade om deltagande via rehabiliteringssamordnaren som också gav information om studien. FK-handläggaren kunde därutöver lämna förnyad information om studien.

En annan potentiell svårighet handlade om att våra kontakter mot fältet gick via andra personer. Ur vårt perspektiv handlade det främst om vår kontaktperson från Försäkringskassan som i sin tur hade kontakt med sina kollegor inom Försäkringskassan vilka gav information om inplanerade avstämningsmöten. Tillvägagångssättet innebar att det fanns flera möjliga så kallade grindvakter (gatekeepers) (Erickson, 1976; Hammersley & Atkinson, 2007). Det finns olika problem kopplade till grindvaktfunktionen. Å ena sidan kan det handla om att en gatekeeper själv väljer bort de personer eller möten som denne inte finner lämpliga av det ena eller andra skälet. Å andra sidan kan valet av gatekeeper innebära större eller mindre risk för att de som tillfrågas om deltagande kan uppleva begränsningar i sin möjlighet att fritt välja att delta eller att låta bli. På grund av det sistnämnda valde vi alltså att låta rehabiliteringssamordnaren på respektive vårdenhet vara den som först informerade om studien och som tillfrågade patienten/den försäkrade om deltagande. Även med denna modell kunde den försäkrade uppleva att det fanns en förväntan från de professionella att man som patient skulle delta i forskningen. Att helt undvika risken för den sortens känslor är sannolikt omöjligt då människor mycket sällan är helt neutrala inför varandra. För att minimera den risken försäkrade sig forskaren i samband med avstämningsmötet om att alla hade fått information och valt att delta.

Vid två tillfällen visade det sig att arbetsgivaren inte nåtts av informationen om studien före avstämningsmötet. Information om studien gavs då innan mötet inleddes samtidigt som forskaren betonade möjligheten att inte spela in just dessa möten. I båda fallen uttryckte dock arbetsgivarna sin vilja att delta i forskningsprojektet både genom inspelningen av förestående avstämningsmöte och genom medverkan i efterföljande intervju.

Datainsamling genom ljud- och bild garanterar tillgång av kvalitativ god och detaljerad data samtidigt som den typen av datamaterial kan skapa etiska utmaningar när det gäller den stora mängd av information som samlas på detta sätt (Heath, Hirdmarsh & Luff, 2010). För att undvika risker med anledning av mängden insamlad data och för att skydda forskningsdeltagare, har endast forskarna i projektet haft tillgång till filminspelningarna. Allt digitalt inspelat material har under tiden för databearbetning förvarats på säker plats på forskningsinstitutionen. Efter avslutat projekt och projektdokumentation arkiveras materialet enligt Arkivlagens föreskrifter. Vid all presentation av materialet används oidentifierade utdrag.

För att minimera risken för att enskilda personer och möten identifieras har vi låtit bli att redovisa sådant som ålder, kön och etnicitet i tabellform och i anslutning till samtalsutdrag. Vidare har vi valt att göra en uppdelning i olika tabeller för att inte adderandet av uppgifter ska kunna leda till identifikation. Av samma skäl redovisas endast ett fåtal särskiljande detaljer och vi har avstått från användningen av namn i samtalsutdragen vid redovisningen av analyserna från avstämningsmötena. I redovisningen av intervjuerna används pseudonymer för de försäkrade. Vidare har varje avstämningsmöte genom en slumpmässigt arrangerad ordningsföljd fått en kod A-H. För att ytterligare ”maskera” enskilda möten och därmed samtliga deltagare, benämns genomgående alla försäkrade som ”han”, medan vi för alla som medverkar utifrån sin profession eller i rollen som arbetsgivare använder pronomenet ”hon” som alternativ till yrkes-/funktionsbenämningar⁸. I exemplen förekommer följande förkortningar:

dF=den försäkrade

FK=FK-handläggare

Ag=arbetsgivare

L=läkare

RS=rehabiliteringssamordnare

Sj=övrig sjukvårdsexpert (arbetsterapeut eller psykolog)

I två av åtta möten medverkade arbetsgivaren med två representanter. I samtalsutdrag åtskiljs inte dessa personer, utan anges enbart som ”Ag”. Det huvudsakliga skälet för detta är att inte peka ut dessa båda möten. Och trots att arbetsgivarrepresentanterna sannolikt har olika roller på arbetsplatserna agerade de vid mötena som en enig part. Detta syns tydligt i nedanstående exempel.

⁸ Trots detta val menar vi att genusaspekter i avstämningsmöten är viktiga att beakta. Dock är datamaterialet i föreliggande undersökning alltför begränsat för att en sådan analys ska låta sig göras – särskilt med beaktande av konfidentialitetsaspekter och principen att presentera materialet på ett sådant vis att inte enskilda personer ska kunna identifieras.

EXEMPEL 1

792 Ag1 Och du får väl tänka nu när du, om du vill, så om du
793 vill komma in innan å kolla alltså den dan när du
794 börjar här så får du säga till i växeln så du blir
795 insläppt så du får alla=
796 dF ja
797 Ag1 =passerkort och sånt där när du kommer.
798 Ag2 du kan ju komma dit innan om du vill om du bara vill
799 sticka in huvudet och=
800 Ag1 =fika eller något.
801 Ag2 ja, det är inga problem.

Som exemplet visar ansluter sig de båda arbetsgivarrepresentanterna till en gemensam linje enligt vilken de kompletterar och delvis tar över varandras inlägg. Genom att bygga vidare på varandras inlägg, ibland utan att invänta att kollegan avslutat sin mening, skapas en slags interaktiv tur där två deltagare utgör en gemensam röst (rad 798-801). Ett tydligt exempel i utdraget ovan är när Ag1 tar över turen från Ag2 just när hon kommit till ”sticka in huvudet och” (rad 799). Ag1:s fortsättning ”fika eller något” (rad 800) tycks passa in i den av Ag2 påbörjade meningen. Ett förslag som Ag2 sedan själv värderar efter kollegans avslutning ”ja, det är inga problem” (rad 801).

Analys

Studiens huvudsakliga syfte är att studera kommunikativa processer vid avstämningsmöten med särskilt fokus på de försäkrades delaktighet. Med samtals- och diskursanalytiska metoder har vi undersökt på vilka sätt den försäkrade gavs eller själv tog plats i samtalet, när och hur hon/han ingick i den pågående diskussionen och hur den försäkrade själv bedömde mötet utifrån sin möjlighet att ingå i och att påverka samtalet och de beslut som fattades.

Presentationen inleds med en analys av avstämningsmötets olika *faser* och av hur *talutrymmet* fördelades. Den delvis kvantitativa översikten avser att skapa en bild av mötet i sin helhet och av hur olika deltagare och parter aktivt deltog i mötets olika delar. Därefter följer ett längre avsnitt omkring *avstämningsmötets kommunikativa praktik* med fokus på delaktighet. Här tar vi vår utgångspunkt i mötets olika faser och följer på det sättet avstämningsmötet från början till slut. Efter detta redovisas några kommunikativa mönster av särskild betydelse för delaktighet i ett institutionellt flerparsamtal nämligen *processer av teambildning* (alignment). Särskilt fokuseras vem som gick samman med vem eller vilka och vilken funktion detta fyllde i mötet. Slutligen presenteras de försäkrades beskrivningar av sin upplevelse av avstämningsmötet. Varje avsnitt avslutas med en sammanfattande analys.

Talutrymme och faser i mötet

Den plats varje mötesdeltagare tar eller får i ett samtal kan beskrivas i termer av hur stort eller litet deras respektive talutrymme är (se t.ex. Bülow & Ekberg, 2009). I nedanstående tabell redovisas talutrymmet för varje person eller part utifrån vars och ens procentuella andel av de ord som sagts vid mötet. Det utrymme den försäkrade använde varierade kraftigt – från 9 % av det totala antalet ord i ett möte till 62 % i ett annat. Störst talutrymme hade den försäkrade i möten där arbetsgivaren inte deltog och där ingen annan sjukvårdsrepresentant medverkade förutom läkare och rehabiliteringssamordnare dvs. i möten med fyra deltagare totalt⁹. I möten med fler än fyra deltagare minskade den försäkrades talutrymme från 50-60 % till 9-35 %. I genomsnitt var den försäkrades talutrymme 34 %. Som kan noteras i tabell 2 innehar den försäkrade det jämförelsevis största talutrymmet i fem av de åtta studerade mötena. Den försäkrade innehade också mötets enskilt största talutrymme i fem möten.

FK-handläggarens talutrymme varierade i mindre grad och låg vanligen mellan 18 och 29 %. Som minst var FK-handläggarens talutrymme 14 % och som mest 47 % (se tabell 2). Läkarens talutrymme varierade på ett liknande sätt men var generellt något mindre, 10-21 % av antalet ord totalt i mötet. Som lägst hade läkaren ett

⁹ I detta avseende har eventuell närvaro av en anhörig räknats in.

talutrymme på 6 % och som mest utgjorde läkarens talutrymme till cirka 32 %. FK-handläggarens talutrymme var i genomsnitt 24 % och läkarens 16 % (se tabell 2).

Möte	den Försäkrade	Försäkringskassan	Läkaren	Arbetsgivaren	Rehabiliterings-samordnare	Övrig sjukvårdsexp.
	%	%	%	%	%	%
H	9	19	16	45	9	3
C	20	47	14	19		
G	27	22	10	26	7	9
B	28	22	32	18		
F	35	26	19	18	3	
E	51	14	21		11	
A	58	29	6		7	
D	62	18	12		9	
	34	24	16	26	10	

Tabell 2. Talutrymmet i procent fördelat på mötesdeltagare i respektive möte. Varje rad representerar ett specifikt möte. Gul markering innebär minst talutrymmet i mötet. Rosa markering anger störst talutrymme i aktuellt möte. Röda siffror anger talutrymme i genomsnitt för respektive part. Avrundningseffekten gör att samtliga möten utom möte E uppnår 101 % totalt. Då en medföljande anföring hade ett talutrymme om cirka 3 %, vilket inte tagits med i tabellen blir det totala talutrymmet som redovisats enbart 97 % i detta möte.

Arbetsgivaren deltog i något möte med två personer. Dessa bidrog med i princip lika stort talutrymme och har i ovanstående tabell slagits ihop då de antog liknande perspektiv visavi övriga vid mötet (se exempel 1). I genomsnitt var arbetsgivarens talutrymme cirka 25 % med en variation på mellan 18 och 43 %. Rehabiliteringssamordnaren som deltog i sex av åtta studerade möten tog/gavs ett relativt begränsat talutrymme, från 3 % till 11 %. I två möten medverkade tre olika representanter för hälso- och sjukvården. Det visade sig dock att oavsett om en, två eller tre personer deltog, så uppgick sjukvårdens sammanlagda talutrymme som mest till 32 % (se tabell 2).

För att kunna studera hur talutrymmet fördelades under mötets gång behöver detta delas upp i sina olika beståndsdelar eller faser såsom institutionella möten ofta beskrivs uppdelade enligt (Linell, 1991). Genom att identifiera hur ett visst slags möte är organiserat går det att göra jämförelser mellan olika typer av möten och mellan möten inom samma typ t.ex. avseende olika personers talutrymme. I likhet med fynd från en tidigare studie (se Bülow & Ekberg, 2009), fann vi att avstämningsmötets struktur utgjordes av följande faser:

1. Inledning
2. Aktuellt hälsotillstånd/medicinsk historik
3. Bedömning arbetsförmåga, evaluering, planering
4. Beslut
5. Avrundning/avslutning

Den tredje fasen *Bedömning arbetsförmåga, evaluering, planering* var vanligen den längsta utifrån antalet ord som yttrades (se tabell 3). Det var också den fas i mötet där alla deltagare var aktiva. Den kan beskrivas som kärnan i avstämningsmötet då den utgör

ett direkt svar på det huvudsyfte som lag och regelverk anger för dessa möten. Mätt i antalet ord varierade längden på övriga faser. I vissa fall råde mycket stora skillnader. Det var också vanligt att en eller flera deltagare inte tog en aktiv del i samtliga övriga faser. På det sättet kom någon eller några faser i nästan varje möte, i sin helhet eller till vissa delar, att utgöras av dialoger mellan två deltagare som t.ex. den försäkrade och läkaren eller den försäkrade och FK-handläggaren.

FAS	totalt	medel	min	max	initiativ	mest utrym
Inledning & syfte	1724	216	56	830	FK (7/8)	FK (58%)
Aktuellt hälsotillstånd	9037	1130	108	2486	FK (7/8)	dF (45%)
Bedömning arbetsförmåga	22806	2851	911	5373	FK /4/8)	dF (31%)
Beslut	4685	586	0	1354	FK (4/7)	FK (42%)
Avslutning	4043	505	182	910	FK (5/8)	dF (32%)

Tabell 3 Talutrymme, mätt i antal ord, i olika faser totalt för samtliga möten, i medeltal, som minst och mest samt vem som vanligast tog initiativ att inleda fasen och vem som hade störst talutrymme i denna.

Att mötena skiljer sig sinsemellan kan förklaras av att de anpassas efter den situation den försäkrade befinner sig i och de frågor mötet därmed har att ta ställning till. I fall där det tycktes råda oklarheter omkring den försäkrades aktuella hälsotillstånd eller där detta var särskilt komplext blev fas 2 lång. Om mötet å andra sidan främst handlade om planeringen av en konkret arbetsträning eller återgång i arbete tenderade beslutsfasen att bli mer utdragen (se tabell 3). Den försäkrades andel av talutrymmet i varje fas visas i tabell 4.

Mötets faser	Fas	Studerade avstämningsmöten								Totalt
Inledning & syfte	1	63	0	3	4	0	8	6	15	33
Aktuellt hälsotillstånd	2	28	43	43	62	36	69	8	61	45
Bedömning arbetsförmåga	3	65	12	12	81	23	8	36	51	31
Beslut	4	54	31	19	0	30	3	10	6	29
Avslutning	5	48	57	12	32	35	7	36	40	32
Totalt		58	35	20	62	27	9	28	51	34

Tabell 4. De försäkrades del av talutrymmet, utifrån antalet yttrad ord i respektive fas och möte samt totalt, uttryckt i procent.

Som framgår av tabell 4, är de försäkrades talutrymme generellt störst i den andra och tredje mötesfasen samt i den avslutande fasen. Det råder stora individuella skillnader men samtliga försäkrade tog åtminstone i någon av dessa tre faser en relativt stor del av det totala talutrymmet.

Sammanfattande analys

I den inledande analysen har vi presenterat en kvantitativ överblick av de studerade mötena genom att redovisa hur talutrymmet fördelades i samtliga möten och mellan olika parter i respektive avstämningsmöte. Även om analysen uppvisar påtagliga skillnader förekom inte i något möte att en enskild rehabiliteringsaktör upptog hälften av den totala mötestiden. Anmärkningsvärt är dock att den försäkrade i tre avstämningsmöten använde mellan 50 och 60 % av talutrymmet och i totalt fem möten var den person som innehade det enskilt största talutrymmet. Fyndet är särskilt intressant och relevant att betona i ljuset av den uttalade önskan från såväl

Försäkringskassan som sjukvården att förstärka delaktigheten för de försäkrade. Också utan att beakta kommunikationens innehåll är det faktum att den part som uppfattas som den svagaste och mest sårbara i ett institutionellt samtal – och då särskilt i ett som inbegriper aktörer från olika håll - i flera fall ”tar över” mötet är ett tänkvärt resultat. Detta kan ses som ett tecken på att den försäkrade har goda förutsättningar till att vara delaktig. Skälet för att använda denna möjlighet kan dock variera. En tänkbar tolkning är att den försäkrade upplever ett behov av att få förklara och beskriva situationen. Ett stort eller litet talutrymme behöver således inte vara kopplat till upplevelsen av att känna sig delaktig, men höra samman med känslan av rättighet att ta till orda.

Vid en översiktlig analys av samtalsmönster i de faser där den försäkrade innehade ett stort talutrymme kunde vi konstatera att dessa ofta stod för längre sammanhängande beskrivningar och berättelser under vilka de vanligen inte blev avbrutna. Det antyder att mötesklimatet ingav en känsla av trygghet och avspändhet som uppmuntrade de försäkrade att utveckla sitt perspektiv på rehabiliteringsprocessen. Sammanfattningsvis är det rimligt att anta att de försäkrade inte kände någon rädsla inför att framföra sin bild av situationen och att de antog att övriga var beredda att lyssna på dem. Vår tolkning grundar sig delvis på den upplevelse av att känna sig hörd, som de försäkrade beskrev i de efterföljande intervjuerna som vi återkommer till senare.

Utifrån variationen av antalet deltagare i olika möten utkristalliserades ett mönster: i takt med att antalet deltagare ökar sjönk det totala talutrymmet för den försäkrade. Detta är ett viktigt fynd i relation till den rättsliga kontext som ett avstämningsmöte utgör. Enligt lagstiftningen förutsätts minst tre parter närvara vid mötet. Någon övre gräns är dock inte angiven. Baserat på våra observationer och analyser, är fyra deltagare det optimala antalet för ett avstämningsmöte – förutsatt att talutrymmet ses som en viktig faktor för att den försäkrade ska kunna vara delaktig. Att möjligheten att ta plats minskar för varje enskild person i möten med flera deltagare är emellertid rimligt och något man måste räkna när fler ska dela på den tid som finns till förfogande. I en efterintervju reflekterade FK-handläggaren över ett sådant mönster när hon konstaterade att:

”Jag har varit med på möten när man sitter 7, 8, 9, 10 stycken. 12 stycken (xx) å en klient. Det är inte (etiskt) försvarbart. /.../ nej, det kan bli för mycket för att gäller ju att- är alla där för att hjälpa patienten, klienten? Ja då ska vi vara där. Men vi ska inte vara där för att vi ska vara där.”

Från sitt professionella perspektiv såg FK-handläggaren det problematiska och ojämlika i möten där onödigt många professionella deltar.

Avstämningsmötets kommunikativa praktik

Med beaktande av hur antalet ord och det sammanlagda talutrymmet fördelades mellan olika deltagare blir det uppenbart att det också uppstod en mängd varianter i termer av delaktighetsmönster mellan och inom olika möten. Ett skäl till skillnader,

kan som tidigare konstaterats bero på antalet mötesdeltagare. Detta förklarar dock inte allt. För att ge en bild av den komplexa och intrikata dynamik som karakteriserar vart och ett av de observerade mötena krävs istället en analys av interaktionen vid mötet. I avsnittet som följer ska vi levandegöra dessa möten genom att presentera och analysera avstämningsmötet fas för fas samt diskutera hur den kommunikativa processen utvecklas under samtalets gång och mellan olika parter. Med andra ord kommer vi att sträva efter att visa hur och när olika parter är delaktiga i mötet och vilka konsekvenser det får för den försäkrades möjligheter att vara delaktig i mötet omkring sin egen arbetsförmåga.

1. Inledning

De studerade avstämningsmötenas inledande fas varierade något. Samtliga inkluderade några välkomnande ord, en beskrivning av vad mötet syftade till och en kort presentation av den försäkrades aktuella situation. Sju av åtta möten inleddes av FK-handläggaren. Som framgår av tabell 3 var Försäkringskassan den part som oftast initierade samtliga faser. Handläggaren innehade därmed en nyckelroll i organiserandet av mötet. I alla ingående avstämningsmöten var det tydligt att handläggaren både uppfattades och såg sig själv som den givna samtalsledaren. I nedanstående samtalsutdrag syns detta genom hur syftet för mötet introduceras.

MÖTESUTDRAG 1

Avstämningsmöte B. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Arbetsgivare

13 FK e::hm (.) så det är därför jag har kallat till
14 (.) både behandlande läkare och arbetsgivare för å
15 se hur vi ska ju (.) ehum gå tillväga med (.) hur vi
16 ska hjälpa på bästa sätt.
17 dF °mm°
18 FK eh (.) så vi får hjälpa dig tillbaka i arbetslivet
19 med din rehabilitering.

Utifrån Goffmans (1974; 1981) begrepp för deltagare och ramverk för deltagande, representerar ovanstående exempel väl hur studiens avstämningsmöten vanligen inleddes. FK-handläggaren, som här agerar som Talare, introducerar syftet för mötet genom att hänvisa till sin publik/lyssnarna/övriga deltagare på två olika sätt. Ett par av dessa tycks inkludera i pronomenet ”vi” medan en person refereras till som enskild individ genom användningen av ”dig/din”. Genom sitt sätt att tilltala gruppen markerar FK-handläggaren den skillnad som existerar mellan olika deltagare och vilka roller de därmed förväntas ha i mötet. I det här specifika sammanhanget refererar ”vi” till de institutionella parterna samt arbetsgivaren vilka alla i sin egenkap av formella aktörer i rehabiliteringsprocessen har kallats till mötet för att bistå den försäkrade. Den försäkrade presenteras på ett tydligt sätt som mötets huvudperson. Sett till hur tal- och därmed handlingsutrymme fördelas interaktivt, anvisas den försäkrade trots sin roll som centralfigur, snarast ett utrymme av icke-handling genom att positioneras som en mottagare av de andras aktiva handlande. Fastän den försäkrade pekats ut som individ är det inte som Tilltalad FK-handläggaren vänder sig

till honom. Snarare definieras han genom detta som en Auditor. På det här sättet kan den försäkrade redan från mötets allra första stund uppfatta att beslut kommer att fattas av andra men att dessa beslut kommer att tas med hänsyn till såväl hans nuvarande situation som en tänkt framtida. Om rollfördelning upplevs på det sättet innebär detta sannolikt en begränsning i den försäkrades möjlighet att vara delaktig i den processen.

Å andra sidan ger rollen som Auditor den försäkrade en möjlighet att bifalla eller ogilla det som blir sagt. Även om han, på rad 17, svarar med en påfallande lägre röst än övriga runt bordet, så tycks han känna sig fri att yttra sig och med ett ”mm” markera att han också finns med. Detta visar att mötesatmosfären tillåter den försäkrade att ta plats och att hans åsikter räknas.

Trots att alla avstämningsmöten inleddes på ett snarlikt sätt märks variationer av hur FK-handläggaren involverade övriga mötesdeltagare. I ovanstående exempel innefattas läkaren och arbetsgivaren mycket snabbt i FK-handläggarens gemensamt beskrivna ”vi”. Hon tonar därmed också ner sin roll som ledare för mötet, i vilken hon först placerat sig (”det är därför jag har kallat”, rad 13). I nästa exempel märks ett annat sätt att positionera sig som mötesledare.

MÖTESUTDRAG 2

Avstämningsmöte G. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare, Arbetsgivare, Övrig sjukvårdsexpert

1 FK får jag köra mötet som vanligt eller vill du säga
2 action eller vill du?
3 F¹⁰ nej nej.*hehe*
4 [((skratt hörs i gruppen))
5 FK [nej (.) jag kör som vanligt, ja (.) vad bra. *hehe*
6 vad bra. att vi kunde samlas allihopa här.
7 jag känner igen (1s) huvudpersonen,
8 jag känner igen (.) läkaren känner jag igen, [dig
9 RS [mm
10 FK känner jag igen.
11 Sj mm
12 FK och så har vi två (.) nya
13 (.)
14 Ag aktörer.
15 FK ja precis.

Vid mötets öppnande pratar FK-handläggaren om sig själv och mötet utifrån sitt perspektiv. Det är hon som ”kör” mötet och hon utgör själv den referenspunkt utifrån vilken hon pratar om och till övriga mötesdeltagare. Hennes ställning som mötets ledare markeras inte enbart genom vad som sägs. Också sättet att icke-verbalt agera bekräftar hennes position. Som till exempel genom att komma in i mötesrummet som sista person och att välja platsen vid bordets huvudände. Med detta tillkännager hon sin starka ställning som hon också behåller genom hela mötet.

¹⁰ F = forskare

Försäkringskassans nyckelroll i avstämningsmötet är legitimerad och uttalad i lagtext och regelverk¹¹. Den ledande rollen påverkar därigenom såväl organiseringen av mötet som vilka roller andra aktörer tillskrivs. Likväl märktes skillnader mellan hur olika FK-handläggare antog denna ledande roll. De båda ovanstående exemplen visar med tydlighet att ett avstämningsmöte kan ledas på olika sätt. När handläggarna, i intervjuerna efter mötet, reflekterade över sin roll betonade de olika kvaliteter som de mest betydelsefulla. Alla vidhöll att de utgick från någon slags institutionell agenda men hur den uppfattades varierade mellan olika FK-handläggare. För vissa handlade det främst om att ”avdramatisera” mötet för att försäkra sig om att inga konflikter eller motsättningar skulle störa rehabiliteringsprocessen. Andra betonade vikten av att agera som Försäkringskassans representant och att lyfta fram myndighetens hållning som institutionell aktör. Rollen som ledare tycktes utifrån handläggarnas perspektiv ändå tämligen okomplicerad och som en av dem uttryckte saken: ”jag är ju sammankallande och sen så beskriver (jag) förutsättningarna och sen ger (jag) resten av mötet utrymme att prata”. Handläggarna betonade betydelsen av övriga parter men presenterade sig likafullt som den som styrde samtalet och bestämde vem som skulle yttra sig i olika frågor. Detta bekräftar och förstärker den asymmetriska relationen – också mellan institutionella parter – som ibland kan vara svår att bryta.

Som vi tidigare har nämnt inleddes alla utom ett möte av FK-handläggaren. I mötet som avvek från detta mönster var det istället den försäkrade som först tog till orda och som välkomnade övriga till mötet.

MÖTESUTDRAG 3

Avstämningsmöte H. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare, Arbetsgivare, Övrig sjukvårdsexpert

18 dF .h yes [välkomna hit
 19 Ag [(ja me-) °tack°
 20 dF ska jag eller du ta täten?
 21 (.)
 22 RS nja:: (.)jag tycker att du kan få ta täten.
 23 FK ska jag ta täten?
 24 RS jao:
 25 FK mm.
 26 dF *mhm*
 27 FK jo varför vi träffas idag det är ju för
 28 att kolla av Xs ((dF:s förnamn)) situation.
 29 ? mm
 30 FK å vad som ska hända i framtiden, (.) hur situationen
 31 ser ut idag, (2s) å så framöver, (.) e:h å jag
 32 tycker att X ska börja å berätta lite hur hans

¹¹ I Försäkringskassans Vägledning 2004:2, som kontinuerligt uppdateras, återfinns beskrivningar om hur ett avstämningsmöte kan och bör genomföras. Där anges att ”Avstämningsmötet är den grundläggande metod som du som handläggare ska använda när du tillsammans med den försäkrade och ytterligare någon eller några aktörer behöver utreda och bedöma den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga samt behov av och möjligheter till rehabilitering.” (Försäkringskassan, 2014, s. 132). Vidare anges, på samma sida, att även om initiativet till avstämningsmötet kommer från en annan aktör än Försäkringskassan ”är det viktigt att komma ihåg att det är Försäkringskassan som bedömer om ett avstämningsmöte ska genomföras och vilket syfte mötet i så fall ska ha.”

33 situation ser ut idag å vad han har för tankar å
34 idéer.
35 (2s)
36 dF e::h (.) jaa, jag kan ju börja med å /.../

Sammantaget var detta ett möte där den försäkrades talutrymme blev ovanligt litet jämfört med flertalet andra försäkrade. Ändå var det han som öppnade mötet. I intervjun efteråt beskrev den försäkrade sin upplevelse av att ha haft nyckelrollen i mötet trots det ganska ringa talutrymmet. Hans initiativ att välkomna övriga till mötet kan ses som ett uttryck för en känsla av att vilja äga situationen och samtidigt ett slags bevis på upplevelsen av andras erkännande av hans roll som mötets huvudperson.

Initiativet och rollfördelningen vid mötets öppnande är uppenbarligen inte något han diskuterat med FK-handläggaren eller rehabiliteringssamordnaren i förväg, vilket märks på den förvirring som uppstår omkring vem som ska leda mötet. Arbetsgivaren finner sig i att den försäkrade tar på sig uppdraget att inleda och markerar detta med ett tack. Den försäkrade tycks dock bli tveksam om det rätta i sitt handlande. Vänd mot rehabiliteringssamordnaren undrar han vem av dem som ska "ta täten" (rad 20). Efter en kort stund av tvekan utses FK-handläggaren (av rehabiliteringssamordnaren) till mötesledare vilket accepteras av alla inblandade (rad 22-26). Efter detta förklarar FK-handläggaren syftet för mötet och ger sedan ordet till den försäkrade "å jag tycker att X ska börja berätta lite om hur hans situation ser ut idag" (rad 31-33). Därmed har de institutionella aktörerna återupprättat den rutin som vanligen gäller för ett avstämningsmöte och den försäkrade har anpassat sig till densamma.

Situationen visar hur den försäkrade handlade mot en, för honom okänd och outtalad institutionell kod eller norm. Även om han inte straffades för sitt oväntade beteende framkallade det ett kortvarigt stopp innan de andra hittade tillbaka till sedvanliga institutionaliserade roller. Det är av intresse att notera att detta sker genom ett samarbete mellan de två institutionella representanter som troligen medverkat i flest avstämningsmöten. Den ovanliga inledningen ger emellertid en indikation på att mötet redan från början uppfattades som mindre strikt och med en mer avslappnad atmosfär vilket i allmänhet uppmuntrar till deltagande i konversationen. Även om nya rutiner ännu inte är helt inarbetade så tycks det finnas utrymme för avvikelser från väletablerade arbetssätt. Att det är möjligt för den försäkrade att inleda mötet kan på ses som ett positivt tecken på en pågående demokratiseringsprocess som kan öppna upp avstämningsmötet till att bli mer tillgängligt för personer som inte rutinemässigt ingår i sådana dvs. främst den försäkrade men också arbetsgivarparten.

2. Aktuell hälsotillstånd/medicinsk historik

Efter att deltagarna introducerats för varandra, om behövt, och efter att mötets syfte presenterats inträdde en fas där den försäkrades aktuella hälsoläge beskrevs. Denna fas tycktes ha funktionen av att säkerställa att alla i rummet hade en gemensam utgångspunkt. Den var totalt sett den näst längsta fasen under mötet även om det rädde skillnader i antalet yttrade ord mellan olika möten (se tabell 3 sida 24).

Förutom att ge en inblick i den försäkrades hälsotillstånd uppdaterades också deltagarna omkring var i den medicinska rehabiliteringsprocessen man befann sig för tillfället. Under den här fasen diskuterades också oklarheter såsom tänkbara förklaringar till problemen i form av möjliga diagnoser.

Med utgångspunkt i såväl innehåll som syfte under den här delen av mötet intog den försäkrade och läkaren speciellt intressanta roller. Medan den förstnämnda var den vars hälsotillstånd utgjorde ämnet för samtalet, innehade den senare en institutionell roll som förutsatte och erkände hennes expertis i frågor rörande ohälsa och sjukdom samt olika medicinska behandlingar. Hur samtalet utvecklades varierade dock mellan olika möten och så gjorde även rollfördelningen mellan inblandade parter. Som syns i tabell 4 (sidan 24) var den försäkrades talutrymme vanligen stort i den här fasen. Ett undantag var ett möte där detta var endast 8 % medan läkarens bidrag utgjorde 70 % (ej synligt i tabellen). På motsvarande sätt var den försäkrades talutrymme i ett annat möte 69 % medan läkaren inte yttrade sig alls i denna fas.

Skillnaderna mellan olika möten kan tyckas förvånande. Särskilt som den försäkrade i inledningen av just den här fasen, i majoriteten av möten, på ett markerat sätt inbjöds att berätta om sitt hälsoläge först. FK-handläggaren var den som stod för denna inbjudan genom att rikta sig till den försäkrade med frågor som: ”hur mår du?”, ”hur upplever du osv.?”, ”hur känner du dig?”. Men den sortens formuleringar hamnade den försäkrades perspektiv i förgrunden. Det var vidare ett perspektiv som inte bara erkändes, utan som framställdes som viktigt genom. FK-handläggaren i sin roll som Talare clearly encouraged the ownership talk by turning to den försäkrade som Tilltalad och explicit utsåg honom till nästa Talare. På det sättet skapades ett unikt talutrymme avsett för den försäkrade och hans perspektiv.

Utifrån den institutionella kontexten som interaktionen ingår i är detta en mycket viktig kommunikativ handling. Den inte bara uppmuntrar den försäkrade att berätta hur han ser på sin situation. Tilldelandet av talutrymmet försäkrar honom också om att bli hörd. Särskilt det senare beskrevs av de försäkrade i intervjuerna, som nyckeln till ett för dem lyckat möte. Som svar på inbjudan, tog de försäkrade en mycket aktiv del i beskrivningen av sitt hälsotillstånd och förklarade olika aspekter av detta samt berättade om såväl pågående som avslutade behandlingar. Vissa presenterade detta som längre berättelser där de på ett detaljrikt sätt beskrev sin rehabiliteringsprocess medan andras presentation mer fick formen av frågor och svar.

En möjlig förklaring till att den försäkrades talutrymme i vissa fall blev litet, kan bero på att den ovan beskrivna kommunikativa handlingen som skapar ett fredat utrymme för den försäkrade, ibland uteblev eller motverkades genom att inte tydligt utse honom som nästa Talare. Ett exempel på detta fann vi i möte B. Vi kommer in i mötet just som den andra fasen inleds och precis som i flertalet andra möten är det FK-handläggaren som tar steget att byta fas.

MÖTESUTDRAG 4

Avstämningsmöte B. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Arbetsgivare

36 FK ja mm (.) så (jag) vill ha lite (det) medicinska
37 tillståndet från läkaren, från dig hur du upplever,
38 å sen hör hur du upplever att (.) det går på
39 arbetsträningen, (.) å sen från arbetsgivaren.
40 Ag mm
41 (3.0)
42 L .h jag kan berätta så här att /.../

I FK-handläggarens uttalade förväntan att få information om den försäkrades hälsotillstånd anger att hon vill ha den från respektive deltagare. Sättet att formulera uppgiften innebär att hon beskriver såväl ordningsföljden som vilken slags information hon efterfrågar. Begäran är uttalad med lugn och vänlig röst. Arbetsgivarens ”mm” kan tolkas som att hon har förstått vad hon ska prestera och nu inväntar sin tur. Därefter uppstår en tre sekunder lång tystnad varvid läkaren hörbart drar efter andan och sedan tar till orda. Pausen som uppstår liksom läkarens ordval ”jag kan berätta” kan förstås som en konsekvens av att FK-handläggarens utpekande av talarordning uppfattas avvika från det vanliga. Trots detta levererar var och en den efterfrågade informationen enligt precis den ordningsföljd som inledningen angav. Det faktum att läkaren får ordet först, och då ger en mycket fyllig beskrivning, kan dock ha påverkat den försäkrades möjlighet och vilja att ta plats i den här delen av samtalet – som också blev ringa.

I några fall fick den försäkrade stöd från andra parter i sitt berättande. Nedanstående utdrag är ett exempel på detta och visar hur den försäkrade och hans läkare tillsammans formulerar en berättelse omkring vad om har hänt. I det här mötet är det den försäkrade som har inlett fas två genom att utan markerad inbjudan börja berätta om hur han mår just nu. Intressant är med vilken följsamhet försäkrad och läkare följer varandra.

MÖTESUTDRAG 5

Avstämningsmöte E. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare

36 dF dom kan inte säga,
37 (.)
38 L exakt [när
39 dF [när ska ja- exakt när ska jag få tid å så.(.)
40 men under tiden som jag har fått (.) vänstersidan
41 igen här som-
42 L hur har du mått efter (din) mobiliser-
43 mobiliseringen [(du har fått)?
44 dF [in- inte bra.
45 L inte bra. [nej.
46 dF [inte bra nej. det som jag går hos eh i D-
[by, sjukgymnastik eh hos /.../

När den försäkrade börjar prata om ”vänstersidan” och tar sig mot sin vänstra axel avbryter läkaren honom med frågan om hur mobiliseringen (av axeln) har fungerat, ”hur har du mått efter (din) mobiliser- (mobiliseringen du har fått)?” (rad 42-43). Det är intressant att notera hur frågan uppkommer ur det den försäkrade just berättat och hans ackompanjerande gest. Genom det sätt båda parter följer med i den andres tal och hur de överlappar varandras liknar interaktionen mer ett vardagligt samtalande än ett professionellt möte med en given agenda.

Från rad 46 och framåt följer en relativt lång episod där den försäkrade berättar om sina problem efter ingreppet (svullnad och värk) och om sjukgymnastiken han får. Episoden, som fortsätter i Mötesutdrag 6 nedan.

MÖTESUTDRAG 6

Avstämningsmöte E. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare

52 dF /.../ hon har provat en gång med st- eh
53 med nån ström eller nåt sånt [som,
54 L [ja ja °okej°
55 dF som,
56 L nåt som kan ge viss: [(smärtlindrande effekt)
57 dF [ja viss- det är fortfarande
58 det som- jag kan inte (.) eh
59 L [nej.
60 dF [(ta på hängslen eller nåt.) ((visar med gest mot FK
61 och Läk)) [kommer du ihåg?
62 L [men det är-
63 [ja absolut (du kan inte röra)
64 dF [som du sa att det spelar ingen roll du sa att

Episoden från vilken utdraget kommer utgörs nästan helt av en dialog mellan den sjukskrivne och läkaren där den senare bekräftar den förra med små ord som ”ja”, ”okej” och liknande samt med förtydligande tillägg (”nåt som kan ge viss (smärtlindrande effekt)”, rad 56) eller uttolkningar av patientens beskrivning som stundtals är lite oklar på grund av en ganska kraftig brytning (”ja absolut, du kan inte röra”, rad 63).

Som ett resultat blir det en i hög grad samberättad historia där läkaren genom sina förslag fyller i samtidigt som hon visar ett stort intresse för vad patienten säger. Den försäkrade å sin sida hänvisar till deras tidigare kontakter, ”kommer du ihåg” (rad 61) och ”som du sa” (rad 64) vilket ytterligare förstärker samarbetet och relationen dem emellan. Hela fasen i detta samtal innehåller mycket överlappande tal som i sig både förstärker bilden av parternas engagemang för den försäkrade (särskilt läkarens) och hur berättandet är samproducerat.

Som vi kan se är det i den pågående interaktionen inte nödvändigt att anta de roller som man kan förutsättas ta utifrån den i förväg erkända institutionella funktionen eller professionen institutionella. Emellertid förekom vid flera tillfällen försök att göra en strikt uppdelning mellan olika parter och aktörer i enlighet med deras institutionella roll.

MÖTESUTDRAG 7

Avstämningsmöte F. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare, Arbetsgivare

140 FK nu har du träffat ju (.) patienten. (1s) vad tycker
141 du? (.) [hur har det gått sen?
142 L [mm .h han-
143 (1s)
144 dF (det) som har varit största problemet egentligen
145 det är ju min huvudvärk för tillfället.
146 FK det är det
147 dF m- kraftig till mycket kraftig huvudvärk.

I ovanstående exempel vänder sig FK-handläggaren till läkaren med en fråga om den försäkrades hälsotillstånd och eventuella förbättring efter den medicinska behandling han fått (rad 140-141). FK-handläggaren betonar särskilt den andras roll som läkare genom att prata om den försäkrade som *patienten*. Genom detta skapas ett interaktivt avstånd mellan FK-handläggaren och läkaren visavi den försäkrade. Läkaren gör ett försök att svara på frågan men avbryts genast av den försäkrade som mer eller mindre samtidigt tar ordet. Det är ett intressant fenomen, särskilt som det uppkommer i ett institutionellt samtal, när den som av föregående talare pekas ut som Tilltalad och som förväntas besvara en specifik fråga avbryts av en självutnämnd besvarare av frågan. I termer av institutionella roller skapar detta en intressant situation genom att visa att den institutionella ordningen kan upplösas utan att någon relevant information tycks gå förlorad. En sådan utveckling av samtalet ger också en fingervisning om att en hög grad av demokrati eftersträvas i mötet. Den försäkrade agerar inte som någon som känner sig stå lägst eller vara den som inväntar sin tur. Tvärtom betonar han sin aktiva roll och vägrar att acceptera sådant som underminerar hans ställning. Anmärkningsvärt är den flexibilitet FK-handläggaren uppvisar i situationen genom att anpassa sig till den försäkrade och vända sin uppmärksamhet mot honom för att aktivt lyssna på den beskrivning han vill ge som svar på frågan. I de turer som följer härnäst fortsätter den försäkrade berätta för FK-handläggaren om olika problem och pågående medicinska undersökningar. Först en liten stund senare bestämmer sig FK-handläggaren på nytt för att försöka få också läkarens bild av det aktuella hälsoläget för den försäkrade.

MÖTESUTDRAG 8

Avstämningsmöte F. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare, Arbetsgivare

163 FK ja för om man sammanfattar det det pågår tre
164 olika insatser. en är vårdcentralen, (.)
165 sen är (det) utredningen från (.) medicin, å sen
166 (nu) behandlingen härifrån, (.) sjukskrivningen går
167 ju härifrån också men
168 dF ja vårdcentralen vet jag inte om det- om det är så
169 värst mycket.
170 FK nej

- 171 (2s)
 172 FK nej
 173 (6s)
 174 FK gör ni någonting härifrån?
 175 L så jag vill berätta lite grann.

Utifrån FK-handläggarens sammanfattning uppfattar sig först den försäkrade som den Tilltalade (rad 168-169). Efter en uttalad paus vänder sig FK-handläggaren till läkaren och riktar en direkt fråga till henne. Den här gången betonar FK-handläggaren till vem frågan är ställd. Det sker både genom betoning och ordval att hon lägger en extra tyngd i pronomenet ”ni”. Att tilltala den försäkrade i ”ni-form” skulle sannolikt uppfattats som en distansering medan det är vanligt förekommande att använda såväl ”vi” som ”ni” i relation till någon som representerar en institution. Det är således inte bara läkaren som avses, utan vårdcentralen som ett kollektiv av vårdexperter. Det blir också läkaren som svarar an på frågan (rad 175). På ett subtilt sätt betonar hon sin beredskap för att berätta från sitt perspektiv samtidigt som hon också ser till att få bekräftelse från andra att göra så. Detta sker genom att hon samtidigt som hon yttrar sin vilja att berätta, söker ögonkontakt med den försäkrade. Under det att läkaren går vidare genom att beskriva situationen fortsätter dock den försäkrade att vara aktiv. Situationen utvecklas på ett likande sätt som diskuterades i anslutning till mötesutdrag 5 och 6. På det sättet beskriver både läkaren och den försäkrade situationen.

Närvaron av läkare och deras aktiva roll i mötet, särskilt i fasen som handlar om att beskriva den försäkrades hälsa och medicinska behandlingar, har sitt ursprung i den institutionella ordning som föreskriver vars och ens strikta roll. Som vi kan se i exemplen ovan pågår en demokratiseringsprocess av samspelsutrymmet i avstämningsmöten. Den försäkrade tycks i relativt stor utsträckning uppleva sig ha legitimitet att ta ordet och delge övriga medicinsk information trots närvaron av en eller flera sjukvårdsexperter. Emellertid kan vi på annan nivå av mer subtila interaktionella mönster notera att den medicinska rösten ges en fortsatt tyngd. Ett exempel på detta är synbart i följande förfrågan av en av handläggarna från Försäkringskassan:

”X, du som är Ys doktor då ska vi försöka bena ut vad som är vad i det hela, kan man göra det eller är det” (möte C)

Den till läkaren riktade frågan kommer efter en längre episod under vilken den försäkrade fått besvara en rad frågor om sitt hälsotillstånd, hur behandlingen har fungerat och så vidare. Värt att notera är hur frågorna till den försäkrade utgick från ord som ”känner”, ”upplever” och så vidare. Detta var symptomatiskt i majoriteten av observerade möten. Genom sitt val av ord gör FK-handläggaren en uppdelning mellan å ena sidan ett vardagligt perspektiv på hälsa, som tillskrivs den försäkrade, och å andra sidan ett medicinskt, formellt perspektiv, som läkaren förväntas representera. Det senare kan uppfattas i uppmaningen till läkaren i citatet ovan att ”bena ut vad som är vad” i situationen och därmed ge en mer professionell, medicinsk bild av möjligheter och hinder.

I allmänhet var den här fasen i avstämningsmöten fylld av frågor från FK-handläggaren som därigenom hade en tydligt ledande roll. Dessa frågor besvarades av antingen läkaren eller den försäkrade, eller i några fall, av båda dessa tillsammans. Även om det vanligast förekommande mönstret innebar att FK-handläggaren ställde de flesta frågorna förekom det i några möten att den försäkrade lyfte upp nya problem som han ville diskutera. Som framkommer i mötesutdrag 5 och 6 hände det att den försäkrade och läkaren tillsammans berättade om problem och försök att lösa dessa. Den typen av samberättade episoder förekom i fall där läkare och patient var överens om en gemensam bild. I möten där dessa båda parter uppfattningar och tankar om den aktuella situationen skiljde sig åt, tenderade interaktionen att bli mindre symmetrisk och det uppstod tidvis en tydlig uppdelning mellan ett livsvärldsperspektiv och ett professionellt, medicinskt dito (t.ex. Mishler, 1984). Nedanstående utdrag är ett exempel på detta.

MÖTESUTDRAG 9

Avstämningsmöte D. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare

59 L /.../ men [eh det såg oförändrat och eh [fint ut.
60 dF [mm [mm
61 L så alltså att .h rent medicinsk så ser det här
62 väldigt gynnsamt ut.
63 dF mm
64 (4s) ((raspande skrivljud hörs - FK noterar??))
65 FK sen vet jag att du beskriver lite komplikationer (.)
66 omkring det här.
67 dF ja det är det är ju nånting som stör, jag vet inte
68 om det med nerverna därför (.) jag blir av (.) med
69 styrka å allting i benen .h (.) å det har kommit upp
70 nu. (.) så att det, det jag skulle vilja det är att-
71 dom verkligen kollar om det finns något sätt att
72 kolla just nervsystemet eftersom jag hade skadade
73 nerver. (.) när jag opererades.
/.../
((dF beskriver vidare sina besvär och en fundering på hur
dessa kan förklaras samt avslutar med att markera att detta
inte kommer att ändra hans mål att snabbt börja arbete))
82 L å man kan säga att eh det ju liksom ett annat
83 problem. eh rent ortopediskt och operativt.
84 [får man väl säga att att du är liksom (.)
85 dF [mm
86 L slutbehandlad.
87 dF mhm
88 L att det sen kan finnas irritationer. e::h med sin
89 utgångspunkt i ryggmärgskanalen å i nervrötter.
90 dF mhm
91 L är ju- är ju en sak
92 dF ja
93 L å å (.) det kanske man kan (.) eventuellt behandla
94 rent eh medicinskt. men men lite grann är vi nog
95 kanske tvungna att så säga klara rehabilitering med
96 de förutsättningar som gäller just nu.
97 dF [mm mm
98 (2s)
99 dF nej, för övrigt så känner jag mig bra å sånt /.../

I exemplet ovan uppmuntras den försäkrade av FK-handläggaren att ta upp frågan om ”komplikationer” (vilket visar sig handla om smärta även om detta inte tydligt framgår av exemplet) han har upplevt (rad 65-66). Intressant är att detta sker precis efter att läkaren har gjort en längre utläggning där hon förklarat vilken typ av behandling den försäkrade har fått och hur väl han har svarat på den. Som för att stärka upp den försäkrades perspektiv betonar FK-handläggaren det faktum att hon redan vet om att det finns ett kvarstående problem. Hennes inpass innebär att den därpå följande beskrivningen från den försäkrade ges större tyngd. FK-handläggarens bidrag blir så att säga en bekräftelse på att historien har passerat genom en institutionell aktör och att denna har funnit saken värd att nämnas vid mötet.

Utifrån det erhållna samtalsutrymmet presenterar den försäkrade en detaljerad beskrivning av sina besvär. Han gör detta med den uttalade förhoppningen att bättre kunna förstå, vilket tidigare kanske inte varit möjligt så som hans önskan framställs på rad 70-71 i ovanstående exempel. Uttrycket ”jag skulle vilja att någon verkligen kollade” kan förstås som både ett uttryck för besvikelse över vad som hittills har blivit gjort – den starka tonvikten på orden ”verkligen” tyder på detta – och en begäran om att de som är ansvariga tar sitt ansvar. Även om den försäkrade inte pekar ut någon speciell person, funktion eller ens verksamhet är det läkaren som väljer att svara. Hon gör det genom att på nytt betona att behandlingen är avslutad ”får man väl säga att du är slutbehandlad” (rad 84 och 86). Beskrivningen av de nu påtalade besvären som ”något annat problem” (rad 82-83) kan tolkas som att läkaren uppfattar att hennes ansvar nu är avslutat eller som ett försvar för den anklagelse den försäkrade riktar mot den som genomförde ett specifikt kirurgiskt ingrepp. Genom att strax efteråt uttrycka möjligheten att de besvär den försäkrade just påtalat finns ”att det sen kan finnas irritationer” skulle kunna uppfattas som ett försök att förminska problemet samtidigt som läkaren menar att det kan finnas hjälp för detta. Det uppstår en kort tystnad varefter den försäkrade försäkrar mötet om att han framför allt är en frisk person (rad 99). På det sättet reparerar han bilden av sig själv här och nu men återkommer senare till smärtorna som uppenbarligen utgör ett problem för honom. Den här gången hänvisar läkaren till röntgenbilder som bevis på att hennes tolkning är den rätta och att den försäkrade därmed – ur ett medicinskt perspektiv inte har något att oroa sig för.

3. Bedömning arbetsförmåga, evaluering, planering

Avstämningsmötets tredje fas var den som låg närmast förhandlingens form. Det var också i de allra flesta möten (fem) den i särklass längsta fasen sett till antalet ord. I två möten vad den här fasen lika stor som den omkring aktuellt hälsotillstånd och tillsammans utgjorde dessa två merparten av mötet. Som tidigare nämnts kan detta förklaras utifrån att mötena anpassades till den försäkrades aktuella situation.

Beroende på hälsoproblemens art och orsaken till sjukskrivningen tog antingen arbetsgivarparten eller representanter från hälso- och sjukvården en väsentlig del av talutrymmet i samtalet. Arbetsförmåga, kom som en konsekvens, att beaktas utifrån flera olika perspektiv såsom ett medicinskt, arbetslivets, regelverkets och livsvärldens olika synsätt och utgångspunkter. Detta resulterade i att diskussionerna antingen

fokuserade på den försäkrade och hans situation eller kretsade kring omgivande faktorer, utanför den försäkrades kontroll men möjliga att påverka för andra parter. Exempel på det sistnämnda är förlängning av arbetsträning och anpassning av arbetsuppgifter.

Generellt tog eller fick den försäkrade en väsentlig del av talutrymmet under den här fasen. I likhet med föregående fas inbjöds den försäkrade att beskriva sin situation och att förklara vad som fungerade respektive inte fungerade i aktuella arrangemang (arbetsträning, deltidfriskskrivning etc.). Om inga sådana arrangemang fanns, gavs istället möjligheten att framföra sin åsikt avseende olika förutsättningar för att minska omfattningen av sjukskrivningen. Mycket av sådana förutsättningar kontrollerades av andra parter/ aktörer vilket innebar att den försäkrade främst kunde bidra med svar på andras frågor och i ganska liten utsträckning kunde ge förslag på nya initiativ. Detta blev särskilt påtagligt när den försäkrade ombads samtycka till vad andra har diskuterat.

MÖTESUTDRAG 10

Avstämningmöte H. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare, Arbetsgivare, övrig Sjukvårdsexpert

351 FK /.../ för det sa [ju Xx ((dF)) till mig när vi
352 Ag [ja
353 FK träffades.på försäkringskassan då. (.) eh men det
354 jag kan tänka mig i såna fall är att e:h två dagar
355 kanske fem timmar per
356 Ag jaa, det (är ju-)
357 FK ifall det- ifall vården [också tycker att det låter
358 Sj [det tror jag- det tror jag
359 också är mycket bättre [för att-
360 FK [bättre
361 Ag [ja
362 Sj i: nästan alla jobb å i synnerhet i [eran bransch
363 Ag [ja
364 Sj [så är två timmar per dag blir (.) sällan två=
365 Ag [ja
366 Sj =timmar per [dag.
367 Ag [ja
368 FK nej precis
/.../ (1 minut och 15 sekunder)
403 Ag är det några du känner som du tycker- (.) passar
404 bättre eller som du vill eller?
405 (3s)
406 dF °så man kör eh°?
407 Ag två dar liksom (.) som hänger ihop ja tisdag, onsdag
408 eller, eller vill du ha någon dag emellan eller?
409 dF °måndag onsdag eller nåt sånt där°
410 Ag ja
411 RS jag tror att det kan vara bra i alla fall i början
412 och ha en dag i mellan för nu har du varit (.) helt
413 sjukskriven [å så gå å jobba (.) fem timmar (.) två=
414 Ag [ja
415 RS =dagar på st- [på raken.
416 Ag [mm ja
417 Ag det blir helt slut.

418 RS det blir nog nästan kontraproduktivt.
 /.../ (cirka 6,5 minuter)
 564 FK men jag tänker lite på- (.) som du sa X måndag
 565 onsdag (.) pratade du om ehum å jobba fem
 566 timmar per dag. (.) eh tycker du att det känns bra
 567 eller skulle du vilja jobba typ måndag torsdag så du
 568 får (.) två dagar emellan för återhämtning?
 569 (3,5)
 570 dF °ja: det kanske är bättre°
 571 FK nu får du säga som [du tycker.=
 572 dF [ja
 573 FK =så säg inte ba[ra ja nu utan (xx)
 574 dF [nej nej men det kan vara en bra
 575 spridning måndag torsdag.
 576 FK mm.
 577 (2s)
 578 FK å det skulle funka även [för er?
 579 Ag [ja det tycker jag inte är
 580 några (.) spelar nån roll.

Ovanstående konversation uppstod i ett avstämningsmöte där den försäkrade själv presenterade sig som redo att gå tillbaka till sitt arbete på deltid. Den oftast eftersträfvade lösningen att fördela arbetstiden jämt över veckan tycks utifrån det aktuella arbetets art vara en omöjlighet vilket föranleder en diskussion och såsmåningom en överenskommelse om arbetstidens förläggning.

Mötesutdraget inleds med att FK-handläggaren hänvisar till ett samtal hon har haft med den försäkrade angående detta. På det sättet legitimerar hon att förslaget utgår från den försäkrades perspektiv. Vad som härefter följer är ett samtalsutbyte mellan två olika institutionella parter och arbetsgivaren som tillsammans resonerar om förslaget och slutligen kommer fram till att fem timmars arbete två dagar i veckan är det bästa. I nästa del av utdraget gör arbetsgivaren ett försök att inkludera den försäkrade i diskussionen genom att ställa en fråga direkt till honom (rad 403-404). Gensvaret, som närmas kan betraktas som en motfråga för att klargöra vad som står på spel, blir kortfattat och uttalas med betydligt lägre röst än övriga samtalsdeltagares (rad 406 och 409). Mellan den försäkrades frågor omförhandlar arbetsgivaren det presenterade förslaget liksom med sig själv och föreslår istället två arbetsdagar som inte följer på varandra. De övriga aktörerna tar snabbt över samtalet och går in i en diskussion om det nya förslaget samt fördelarna med få en dags vila arbetsdagarna (rad 412-419). En stund senare, på rad 564-566, är det FK-handläggaren som försöker få fatt i den försäkrades åsikt. Hon gör det genom att fånga upp något den försäkrade sagt tidigare ”men jag tänker lite på- (.) som du sa X måndag onsdag (.) pratade du om ehum å jobba fem timmar per dag.” (rad 564-566). FK-handläggaren påminner om hans egna ord och använder pronomenet ”du” vid tre tillfällen i inledningen av frågan som i sig utgörs av två möjliga alternativ. Den som nyss diskuterades i aktörgruppen och ett ytterligare förslag som hon själv lanserar som möjligen ännu bättre. Även denna gång kommer den försäkrades svar med en tydlig fördröjning och med en vaghet ”ja: det kanske är bättre” (rad 570). FK-handläggaren ger honom en reprimand för detta vilket resulterar i ett tydligt svar. Därefter vänder hon sig åter till arbetsgivaren för att få hennes samtycke.

Exemplet visar hur den försäkrade styrs mot en lösning som de professionella tillsammans med arbetsgivaren ser som rimlig och bra. Alla rehabiliteringsaktörerna tycks agera för den försäkrades bästa. Trots detta tar de som kollektiv över såväl talutrymme som makten över samtalet. De tycks alla väl medvetna om vikten av den försäkrades delaktighet men i situationen är det långt ifrån detta som sker. Rutiner, behovet att komma fram till ett beslut och de övrigas gemensamma styrka i förhållande till den försäkrade innebär att det som sker i situationen inte stärker dennes delaktighet, utan tvärtom motverkar en sådan. På sätt och vis tycks de professionella ”glömma sig” under den engagerande diskussionen. De faller in i en stil och ton som är mer beskyddande än jämställd vilket innebär att den försäkrade snarare förminskas än förstärks i sin samtalsroll. Med en sådan tolkning blir den försäkrades agerande rimligt när han inte verkar bry sig om, är ovillig att uttrycka någon bestämd mening, eller tydligt markera vad han själv vill. Hans begränsade delaktighet kan alltså ses som en direkt konsekvens av de andras agerande och entusiasm. Några av de professionella aktörerna beskrev i efterföljande intervju den försäkrade som ganska tyst och reserverad. Deras sätt att agera vid mötet kan därmed också ses i ljuset av deras erfarenhet av den försäkrades sätt att vara. Tydligt är att samspelsprocessen går i två olika riktningar och att rehabiliteringsaktörerna, som ett resultat av olika situationella aspekter tar över samtalet – även om detta sker i akt och mening att göra det bästa för den försäkrade.

I nedanstående exempel, från ett annat avstämningsmöte, befinner sig den försäkrade i en liknande situation. Till skillnad från utdraget nyss använder den försäkrade i följande utdrag sitt talutrymme för att påtala den bristande makt han upplever sig ha till skillnad från övriga mötesdeltagare.

MÖTESUTDRAG 11

Avstämningsmöte A. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare

319 FK det känns nästan att vi (borde) d- (1s) vi borde
 320 träffas (1s) med fack och arbetsgivare så vi får det
 321 förankrat att så är det.
 322 dF mm
 323 (1s)
 323 FK å det- vad tycker du?
 324 (1s)
 325 dF ja nej jag gör ju som ni alltså det- *jo men [det*-
 326 L [*du
 327 vill inte bestämma [eller hur?* ((vänd mot dF och
 328 knuffar honom vänskapligt samtidigt som båda
 329 skrattar))
 330 dF [*jo, nej men alltså [det*
 331 L [*absolut
 332 inte*
 333 dF det är ju ni- det är ju ni som ka- ni jobbar ju med
 334 det här menar jag ni vet ju hur man hur ni går
 335 tillväga jag har ju inte en aning *alltså*
 336 FK nej, för egentligen så vill jag ha det medicinska
 337 prognosen vad är prognosen medi[cinskt?
 338 dF [mm
 339 FK är du tillräckligt stabil att vi ska jobb- att vi

340 ska prata jobb?
 341 dF mm
 342 FK eller arbetslivsinriktad rehabilitering vi
 343 ska inte prata jobb då åtta timmar från å med i
 344 morgon. det är inte det det handlar om men just eh
 345 dF [ha ett mål i varje fall
 346 Fk [framåt ja, precis framåt, uppåt
 347 dF mm
 348 FK eh (.) ur medicinskt perspektiv /.../

De inledande raderna 319-321, visar hur FK-handläggaren försöker skapa ett "vi" tillsammans med den försäkrade genom sitt förslag om ett gemensamt möte med fack och arbetsgivare. Den försäkrade tycks dock ovillig att ingå i en sådan allians. Istället markerar han deras skilda roller där han menar att det är de institutionella parterna som har såväl utbildning, vana och mandat att bestämma. Samtidigt framhåller han sin egen villighet att följa de beslut som fattas och motverkar därmed risken att betraktas som samarbetsovillig. På raderna 333-335 lägger han sedan hela ansvaret på de professionella varefter han i nästa andetag betonar sin egen okunskap "jag har ju inte en aning" (rad 335). I något som kan tolkas som ett försök att rädda ansiktet förklarar FK-handläggaren sin situation där hon är beroende av det medicinska perspektivet.

Särskilt spännande i utdraget ovan är interaktionen mellan läkaren och den försäkrade där båda med skratt i rösten hanterar den situation som uppkommer i och med att den försäkrade "avslöjar" den rådande maktobalansen i mötet. Läkaren svarar an på avslöjandet genom att med viss skämtsamhet "anklaga" den försäkrade för att inte vilja ta del av beslutet "du vill inte bestämma eller hur*" (rad 326-327). Också den försäkrade antar en liknande skämtsam ton i sitt lite mer svävande svar "jo nej men alltså*" (rad 330) innan han går vidare med sina argument. Genom sitt val att lägga ansvaret på andra institutionella aktörer och på systemet som sätter reglerna och därmed påverkar situationen för den försäkrade vidmakthåller FK-handläggaren den mer vänskapliga tonen i mötet alternativt neutraliserar den spricka som uppkommit (rad 336-337).

Även om den institutionella agendan alltid påtvingas den försäkrade genom avstämningsmötets formella karaktär var det inte alla försäkrade som accepterade den utan vidare. I följande mötesutdrag engagerar sig den försäkrade i en diskussion med FK-handläggaren och arbetsgivaren där han tydligt markerar sin ståndpunkt.

MÖTESUTDRAG 12

Avstämningsmöte F. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare, Arbetsgivare

426 FK å när vi pratar återgång. det är inte återgång på
 427 heltid så ((knäpper med fingrarna))
 428 dF mm
 429 FK det är återgång i successivt kanske till och med med
 430 en arbetsträning, sakta (å) säkert(.) i nuläget så
 431 tror jag inte du är ens(.), ja redo (.) att ta emot
 432 den informationen. men som sagt (.) det är framtida

433 (.)förslag. å det är bättre att man planterar redan
 434 nu. hos mig (.) också. å inte bara vården eller
 435 arbetsgivare.
 436 Ag den delen löser vi ofta om tanken är att man ska
 437 tillbaka till xxxx ((arbetsplatsen)) [då vilket
 438 FK [mm
 439 Ag vi hoppas naturligtvis.
 440 FK mm
 441 Ag att man kan börja lite lugnt. det har vi [löst
 442 FK [ja
 443 Ag [innan alltså 25% [å så får man köra ett visst å=
 444 dF [mm
 445 FK [ja precis mm
 446 =sen lägger man på lite till. å lite till. det löser
 447 vi (ju) alltid [under en viss period [alltså.
 448 FK [mm [mm
 449 dF ja men då hoppas jag att det blir eh (.) löses på
 450 annat vis än förra gången jag provade. (.) vi gick
 451 ju igenom, å då kom vi ju fram till att jag skulle
 452 köra det som var allra lättast. sen tog det två dar
 453 så kom en arbetsledare ut å sa nu ska du köra nåt
 454 helt annat. (.) ald- å kör det senare.
 455 FK nej det ska [undvikas [sånt. absolut.
 456 Ag [mm [mm
 457 dF mm. så det kändes ju inte bra. det var ju som om
 458 benen blev undanslagna.
 459 Ag mm
 460 dF å jag försökte kämpa på å sen
 461 FK ja du föll ju helt.

FK-handläggaren och arbetsgivaren visar upp en tämligen enad linje om hur en arbetsåtergång ska kunna ske. De hittar ett gemensamt språkbruk som underlättar samtalet om olika lösningar som kan komma att användas. Den försäkrade som först intar en lyssnande roll går efter en liten stund in i diskussionen där han framför kritik mot hur en liknande situation har hanterats tidigare. Kritiken presenteras inledningsvis som en farhåga för vad som ska hända ”ja men då hoppas jag...” (rad 449) men utvecklas snabbt till en detaljerad beskrivning av vad som hände vid föregående försök att komma tillbaka till arbetet (rad 450-454). Trots att kritiken riktas mot arbetsgivaren och konkret handlar om något som hänt på arbetsplatsen är det FK-handläggaren som genast tar till orda. Det är intressant på vilket sätt hon på rad 455 använder passiv form för att övertyga den försäkrade att misstaget inte ska upprepas. Hennes val kan tolkas som en balansakt i syfte att upprätthålla ett samtalsklimat som gör det möjligt att fortsätta rehabiliteringsprocessen. Det snabba agerandet kan också ses som ett sätt att rädda ansiktet på arbetsgivaren. Med formuleringen ”nej det ska undvikas, absolut.” låter hon det vara osagt om det är från sin eller arbetsgivarens sida hon uttalar sig.

Den försäkrade fortsätter beskrivningen av vad som gick fel och hur det påverkade honom. FK-handläggaren lyssnar följsamt in den försäkrades perspektiv och bekräftar att han är hörd och att hon förstår hans upplevelse och indignation. Trots att den försäkrade inte lägger fram några alternativ visar han sig både villig och kapabel till att reflektera över de förslag som olika rehabiliteringsaktörer presenterar. Under mötet är han hela tiden observant på vad som händer och använder varje tillfälle som

bjuds till att bidra med sin åsikt. Om några misstag har blivit begångna vill han att alla ska veta om dessa oavsett vilken sida som stått för felet. På det sättet skapar han ett eget utrymme vilket han aktivt fyller. Han är mycket tydlig med att han inte vill bli införest i något som förvärrar hans situation. Med andra ord uttrycker han sin beredskap för att motsätta sig alla ogynnsamma lösningar.

Ovanstående exempel kan ses som ett bevis för att en ny samtalsordning håller på att utvecklas inom ramen för avstämningsmötet. Det är en mer demokratisk diskurs som i högre grad bygger på symmetriska relationer. Det är dock en process som är långt ifrån färdig. Det vanliga tycks fortfarande vara att den försäkrade ses utifrån en föreställning om passivitet och följsamhet. Sällan ställs frågor om det institutionella agerandet eller omkring beslutsfattandet så som i utdraget nyss.

Rehabiliteringsprocessens villkor och förutsättningar gör den försäkrade beroende av olika aktörers insatser och engagemang vilket som ett resultat riskerar att skapa en negativ bild av honom. Det politiska klimatet under senare år är också en bidragande faktor. Debatter om sjukskrivning och utnyttjandet av systemet har inneburit en misstänksamhet och placerat den försäkrade i en än mer utsatt situation. Med en ökad medvetenhet om sin situation behöver försäkrade inte bara ha goda kontakter med olika aktörer. De måste också slåss mot stereotypiska uppfattningar. Nedanstående exempel kommer från ett möte i slutet av en rehabiliteringsprocess och illustrerar det behov den försäkrade kan uppleva av att förklara och försvara sig mot den stereotypa bilden av långtidssjukskrivna.

MÖTESUTDRAG 13

Avstämningsmöte D. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare

259 dF /.../och jag är ju en sån människa att jag vill inte
260 sitta hemma. jag vill tjäna mina pengar. de ska inte
261 komma på en anvisning att nu har du så mycket pengar
262 för denna månaden. det är inte så mitt levnadsätt
263 är.
264 RS det är ju jätte roligt för (det)
265 dF ja. ja å jag menar sitta hemma å bara ta emot pengar
266 utan att ha någonting att göra, vad är det för liv?

Det ovan återgivna är bara en kort passage i en längre berättelse där den försäkrade förklarar sin situation, sin inställning och sina planer inför framtiden. Alltigenom skapar han en bild av sig själv som en hårt arbetande, målorienterad person som trots smärtor inte vill sluta jobba. Han lägger stor möda i att formulera den bilden. Han tar över samtalen och styr det på det sätt han önskar. Genom sitt agerande förvandlar han de andra i rummet till sin publik som ska övertygas om hans positiva och exemplariska attityd. I ovanstående avsnitt tar han avstamp från den stereotypa bilden av sjukskrivna som personer ovilliga att arbeta och som bara vill leva på bidrag. Vid ett flertal tillfällen under mötet upprepar den försäkrade att han inte är en sådan person. Intressant är att de professionella som medverkade vid mötet också betonade det faktum att den här mannen inte var någon vanlig försäkrad/patient:

”X är ju inget, ingen snittpatient, snittklient utan det är en väldigt drivande kille som har drivit sin egen rehabilitering sen väldigt länge” (intervju med FK-handläggaren)

Den försäkrades unika sätt förklarades med hans drivkraft, starka arbetsmotivation och förmåga att ta egna initiativ. Kvaliteter som rehabiliteringsaktörerna uppfattade som ovanliga och exceptionella. Den sortens företräden ses alltså inte som kännetecknande för gruppen försäkrade i allmänhet. En sådan tolkning förklarar varför de institutionella aktörerna uppfattade mötet med den här försäkrade som extraordinärt och något som stack ut bland alla andra möten.

Fasen där rehabiliteringsprocessen evalueras och där den fortsatta planeringen sker rör sig huvudsakligen omkring begreppet arbetsförmåga – även om det i princip aldrig nämns. I tidigare forskning har detta visat sig vara ett begrepp som kan förstås på många olika sätt och där olika perspektiv har lyfts fram (Bülow, 2009; Bülow & Ekberg, 2009). I vårt material kan vi se en liknande variation när det handlar om att operationalisera begreppet dvs. att sätta det i arbete. Såväl individens generella arbetsförmåga utifrån fysiska eller psykiska tillkortakommande som hur dessa påverkade arbetsförmågan att utföra specifika arbetsuppgifter i en bestämd miljö inkluderades i samtalen. I analyserna framstod det dock tydligt att olika rehabiliteringsaktörer tenderade att främst hålla sig till ett perspektiv även om andra aspekter också lyftes fram eller bejakades när andra tog upp dem.

En aspekt som tenderade att hamna utanför den allmänna diskussionen var den oro och de farhågor som försäkrade ibland uttryckte. En möjlig förklaring till detta är att rehabiliteringsaktörerna uppfattade oron som ett tecken på den försäkrades alltför återhållna tilltro till sin egen förmåga och till möjligheten att återgå i arbete varför övriga valde att uppmuntra snarare än att förstärka den försäkrades farhågor. En annan möjlig förklaring är att när en lösning verkar finnas inom räckhåll blir rehabiliteringsaktörernas engagemang intensivt, vilket sannolikt kan upplevas både hotfullt och dämpande för den försäkrade. Trots att den försäkrade i sådana situationer försöker signalera att det kan finnas saker utanför hans kontroll försvinner hans röst i en atmosfär av entusiasm som engagerade rehabiliteringsaktörer väckt.

Nedanstående mötesutdrag är ett exempel på hur oron som den försäkrade ger uttryck för leds bort i en diskussion som ger större utrymme för handling.

MÖTESUTDRAG 14

Avstämningsmöte G, Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare, Arbetsgivare, övrig Sjukvårdsexpert

249 dF usch ja jag tycker det är jätte[svårt å säga alltså=
250 L [ja
251 dF =[ja jag (.) vill ju börja jobba *he[h* så men så=
252 L [ja [ja
253 dF =jag måste ju ha nånting att göra på dagarna liksom.
254 RS för man kan aldrig tvinga någon (.) [(som så va.
255 dF [nej nej
256 precis. nej men sen är det ju att jag har såna
257 oerhörda prestations [krav på mig.

258 FK [mm mm
 259 dF å det är ju det jag får brottas mest med. å det
 260 beror på massa (.) eh liggande faktorer bakåt då.
 261 xx mm
 262 L mm
 263 dF att jag har en sån demon som talar om för mig att
 264 jag inte duger då.
 265 FK men men där f- är det är det din arbetsplats liksom
 266 rent fysiskt huset? eller för jag tänker .hh jag
 267 menar som arbetsgivare så så finns det ju många
 268 olika sätt som man kan (.) liksom stötta (.) i
 269 [vägen tillbaka i arbete. om det skulle vara så att=
 270 dF [mm
 271 FK =det [känns som att .h javisst du- det jobbet finns=
 272 dF [mm
 273 FK =(där) å det är dit du [vill tillbaka till [sen men=
 274 L? [mm
 275 dF [mm
 276 FK =det det eh det [ligger långt fram.
 277 dF nej men det är att man känner sig så ehum (.)
 278 misslyckad eller så.
 279 Fk ja (ls) jag fö- förstår känslan men samtidigt så är
 280 det ju så å arbetsgivaren har ett rehabiliterings
 281 ansvar så när man är sjukskriven så kan man ju (.)
 282 [liksom (.) tänka bort det här med å jobba. alltså=
 283 dF [mm
 284 FK =det finns ju andra sätt som man kan (.) återgå. nu
 285 [(får du) mm
 286 Ag [ja ja (xx) *heh*

Som ett svar på frågan om sin önskan att komma tillbaka till sin arbetsplats betonar den försäkrade sin vilja att börja göra någonting även om han därefter lyfter fram sin dåliga hälsa och de negativa, hindrande känslor han upplever. På raderna 265-269 försöker FK-handläggaren att styra diskussionen mot mer framkomliga områden såsom den fysiska arbetsplatsen. Den försäkrade fortsätter dock att beskriva sina känslor vilka FK-handläggaren till sist avfärdar (rad 279) för att istället fokusera på arbetsgivarens roll och möjlighet rent generellt att bistå anställda i deras rehabiliteringsprocess.

Mötesutdraget ovan visar de professionella aktörernas svårighet att möta och bemöta de försäkrades erfarenheter av lidande och deras ängslan inför framtiden. Fastän den försäkrade tar plats i samtalet genom att berätta om sina känslor, sin oro och sina bekymmer händer det att de tystas av andra deltagare. Ett livsvärldsperspektiv som uttrycker lidande tycks bli problematiskt ur rehabiliteringsaktörernas skilda synvinklar. Till skillnad från andra aspekter av arbetsförmåga, såsom pratet om det medicinska tillståndet eller antalet arbetstimmar, blir det så mycket svårare att bemöta individens oro och lidande och att kunna ge förslag på en konkret handlingsplan såsom förväntas ske vid ett framgångsrikt avstämningmöte. Att följa stipulerade arbetssätt och formella strukturer kan på det sättet innebära att de institutionella aktörerna missar den försäkrades röst liksom hans perspektiv.

4. Beslut

En stor del av diskussionerna som pågick under avstämningsmötena i vår studie tycktes inriktade på att uppfylla målsättningen att skapa en rehabiliteringsplan och att fatta beslut som skulle kunna följas. Sådana planer var inte alltid möjliga att göra på grund av den specifika situation i vilken den försäkrade befann sig. Trots detta märktes bland rehabiliteringsaktörerna en strävan efter att skapa en känsla som kunde bevara bilden av ett institutionellt "vi". Detta vi etablerades vanligen i början av varje möte men var också av betydelse under beslutsfasen. För att uppnå och vidmakthålla detta *vi* frågade sig de institutionella aktörerna upprepade gånger under varje möte om vilken uppfattning var och en hade om olika förslag som lades på bordet. Exempelvis ställde FK-handläggaren frekvent frågor till läkare och arbetsgivare huruvida en föreslagen idé stämde överens med deras respektive tankesätt. I beslutsfasen var dock den försäkrades roll tämligen obefintlig.

MÖTESUTDRAG 15

Avstämningsmöte H. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringsamordnare, Arbetsgivare, övrig Sjukvårdsexpert

698 Ag å sen 25 + 25 då.
699 dF [(25 procent-)
700 FK [det blir mitt i veckan där som det är, vecka 18 ju:
701 månadskiftet då 29 (.) 30 då. så frågan är om (han)
701 skulle gå på (.) femtio den veckan? vecka 18.
702 (1,5s)
703 RS hur många veckor är det då hela veckor?
704 Ag en (.) det är bara två då [va?
705 FK [två helveckor.
706 Ag ja.h
707 RS om vi ändå så tänker att den veckan då så (få) tre
708 helveckor på sig.
709 FK ja mm då tar vi med den också. mm. (.) så påbörjar
710 50, 25, 26, vecka 19,. (.) är du med, X?
711 dF ja, jag har inte läkarintyget med mig. men det är ju
712 i början på maj.
713 FK mm. den här veckan så kör vi fortfarande måndag
714 torsdag vecka 18 där.
715 dF mm. [precis
716 FK [å jag kommer skicka hem ett beslut på detta
717 [med just med arbetsträning till dig=
718 dF [ja
719 FK =å där står det ju hur du kommer att jobba å
720 all[ting sånt här.
721 dF [mm
722 FK eh å sen från vecka 19 så kanske man då kör måndag,
723 tisdag (.) /.../

I ovanstående utdrag kan vi se hur de institutionella aktörerna tillsammans med arbetsgivaren samarbetar kring fastställandet av rehabiliteringsplanen. Under detta gemensamma arbete bekräftas samtidigt de beslut som tagits under mötets gång och som på det här sättet erkänns och operationaliseras genom preciserade datum, veckor och omfattning. Som en konsekvens påminner beslutsfasen därför mer om en sum-

mering av en pågående diskussion än om ett tillfälle för en verklig beslutsprocess. Det viktiga här handlar om att besluten formaliseras genom att upprepas och gemensamt bekräftas. Utifrån ett delaktighetsperspektiv är det anmärkningsvärt hur rehabiliteringsaktörerna genom att konstant referera till sig själva som ”vi”, exkluderar den försäkrade. Detta dras till sin yttersta gräns när FK-handläggaren säger: ”så vi påbörjar 50” (rad 709). Det är uppenbart att vare sig arbetsgivaren eller någon av de institutionella aktörerna konkret ingår i detta ”vi”. Det är hela tiden den försäkrade som enskild person som avses när övriga med ett institutionellt ”vi” pratar om vilka dagar och veckor han enligt planen förväntas arbeta.

I planeringen som sker i ovanstående utdrag vände man sig till den försäkrade enbart för att konfirmera vad gruppen i övrigt i princip redan fattat beslut om. Detta var ett mönster som återkom även i andra möten i studien. Oproblematiske frågor och ledande frågor med ett förväntat svar ställdes ofta. Som till exempel när FK-handläggaren i mötesutdraget ovan, i samband med att hela planen ska slås fast, plötsligt vänder sig till den försäkrade med frågan ”är du med, X?” (rad 710). Hon förväntar sig uppenbarligen inget annat svar än ett ”ja”. När han sedan, efter sitt jakande svar, använder det utrymme han har getts och börjar prata om sitt sjukintyg bekräftar hon bara detta kort med ett ”mm” för att sedan fortsätta planeringen tillsammans med övriga rehabiliteringsaktörer ”den här veckan så kör vi...” (rad 713).

5. Avrundning och avslutning

Mötets sista fas var vanligen kort och handlade oftast om sådant som att boka nya tider, påminna varandra om olika administrativa ting som behövde åtgärdas och att ta farväl med ord som ”hejdå” och ”tack för idag” etc. Flera gånger inleddes den här fasen med en fråga, som dock begränsade vilka svar som förväntades komma. I ett typiskt exempel är när FK-handläggaren mot slutet av mötet säger:

”bra. (.) ska vi avrunda eller har någon något mer som vi behöver diskutera?”

Till att börja med ger hon först sin egen positiva värdering ”bra.” dvs. hon är själv nöjd med mötet och anser det färdigt att avslutas. Hon fortsätter sedan efter en mikropaus med en fråga som tycks riktad till samtliga. Frågan består av två delar där den första antar formen av ett förslag ”ska vi avrunda” och den senare som innebär ett annat alternativ ”eller har någon något annat...”. Det är tydligt att ingen förväntas svara något som innebär att mötet fortsätter. Förslaget/frågan är dock ställd på ett sätt att ett nekande svar på den första delen innebär det motsatta än ett ”nej” i den andra delen av förslaget/frågan.

Två av de åtta mötena i studien inkluderade en utvärderande fråga riktad till den försäkrade. Även om frågorna rörde samma sak gestaltade sig samtalet på två helt olika sätt.

MÖTESUTDRAG 16

Avstämningmöte H. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare, Arbetsgivare, övrig Sjukvårdsexpert

777 RS tycker du att det låter?
778 (.)
779 dF ja
780 RS som en bra plan?
781 dF mm
782 FK känner du att du har läget under kontroll å du
783 vet vad vi har pratat om för [tider fram å=
784 dF [ja
785 =och tillbaka?
786 dF ja
787 L blir du stressad av samtalet?
788 (1.5s)
789 dF ne:j. det (°gör jag inte°)
790 L det gör du inte?
791 dF nej
792 L men vad bra.

Utdraget börjar när rehabiliteringssamordnaren frågar den försäkrade om hans åsikt angående den plan som gjorts upp under mötet. Det är dock inte en öppen fråga och den ger därmed inte den försäkrade någon större möjlighet att uttrycka sin mening. Istället ger han snabbt det förväntade svaret. Samma sak händer när FK-handläggaren direkt därefter ställer en lite mer specificerad om ungefär samma sak. De ledande frågorna ger indirekt en hänvisning om vilket slags svar som förväntas – och följaktligen är det också de svar som den försäkrade också ger. När läkaren sedan undrar över den försäkrades reaktion på mötet uppstår en kort paus innan han med viss tvekan och med lägre röst svarar ”ne:j. °det gör jag inte°” (rad 789). Det är uppenbart att ingen av de institutionella aktörerna förväntar sig några komplikationer vid det här stadiet av mötet. Ändå kan den försäkrades reaktion på läkarens mer öppett ställda fråga signalera att det hade funnits en möjlighet att uttrycka något annat. Detta förblir dock obeaktat av de professionella under mötet.

I nedanstående utdrag från ett annat möte visas en liknande situation som dock väcker en annan reaktion hos den försäkrade.

MÖTESUTDRAG 17

Avstämningmöte F. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare, Arbetsgivare

604 L hur hur kändes det för dig inför det här mötet (.)
605 vad tror du?
606 dF .hh hhh ((djup suck))
607 L från början (.) [till slut om man [kan säga så=
608 dF [ja det- [är svårt att
609 svara så här direkt men (.) det känns som att jag är
610 med på hela mötet.
611 L °mm°
612 Sj mm

613 dF jag känner att jag är med jag är inte utanför. ni
 614 går inte över huvudet på mig utan
 615 L °mm°
 616 dF på det viset känns det bra.
 617 (2.5s)
 618 Sj å det är viktigt.
 619 dF ja.
 620 FK mm
 621 L kände du dig lite orolig (.) inför [mötet?
 622 dF [inte orolig för
 623 det .h (.) det har jag inte ork å lägga kraft på å
 624 bli orolig på det för det får ju bli eh sen i så
 625 fall.
 626 FK mm
 627 dF å (.) jag tycker inte jag har den kraften till å
 628 lägga på det.
 629 Sj mm
 630 L mm
 631 dF jag får ta det som det kommer.
 632 L mm
 633 FK °mm°
 634 (3s)
 635 L så (.) tack så mycket för idag.

På rad 604 ställer läkaren en öppen och ganska vid fråga till den försäkrade om hans känslor inför mötet. Den försäkrades hummande svar kan förstås som en tvekan och leder till att läkaren omformulerar frågan till att gälla också hans känsla under hela mötet ”från början till slut” (rad 607). Den försäkrade börjar med att förklara sin tvekan och fortsätter därefter med att beskriva hur han har upplevt mötet. Med uppmuntrande, konfirmerande ”mm” (rad 611 och 615) markerar läkaren sitt aktiva lyssnande. Den paus som uppstår efter den försäkrades evaluering av mötet innebär att det finns ett ytterligare utrymme till hans eller någon annans förfogande. FK-handläggarens värderande bekräftelse av den försäkrades beskrivning visar att också hon har hört. När sedan läkaren ställer en slutna ja-eller-nej fråga fortsätter den försäkrade att ge ett utvecklat och mer berättande svar. Även efter detta lämnas ett ”oanvänt” utrymme för en möjlig fortsättning. När inte den försäkrade väljer att säga något mer avslutar läkaren med att tacka.

De två exemplen lyfter fram olika kommunikativa handlingsmönster som de professionella aktörerna använde visavi den försäkrade. Vad som kan tyckas vara triviala skillnader i olika sätt att ställa en fråga visar sig här ha en kolossal inverkan för hur den försäkrade svarar. Även om de båda situationerna avlöpte olika och att exemplen synliggör viktiga skillnader i handlingsmönster i institutionella kontexter kvarstår frågan om vilket syfte dessa frågor till den försäkrade hade i mötet. Är de en självklar del av ett avstämningsmöte, uppvisar de mer en personlig stil bland de professionella eller är detta en sidoeffekt av studien?

Sammanfattande analys

I den här delen av analysen har vi ur ett kvalitativt perspektiv kunnat se att interaktionen utvecklades olika för olika möten och på vilket sätt talutrymmet användes av

mötesdeltagarna. Som analysen visar uppmuntrades de försäkrade till egenägt prat (ownership talk) (Kykyri et al. 2010) av de institutionella parterna. FK-handläggaren, rehabiliteringssamordnaren och läkaren var oftast öppna för vad den försäkrade hade att säga och strävade också efter att få fram dennes åsikt. Detta var särskilt tydligt under den fas av mötet när det handlade om att samla information om det aktuella läget för den medicinska såväl som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. När det gällde detta är det uppenbart att den försäkrade uppfattades som en värdefull informationskälla.

I beslutsprocessen var den försäkrades roll avsevärt mindre och i vissa fall minimal. I allmänhet tycktes besluten fattas *om* den försäkrade snarare än tillsammans *med* honom. Många gånger fick den försäkrade frågor om sin upplevelse och tankar om något som andra mötesdeltagare i princip redan hade kommit överens om. Vid dessa tillfällen blev utrymmet för den försäkrade att aktivt ingå i beslutsprocessen starkt begränsat. Den försäkrade antogs hålla med och anpassa sig till de lösningar som rehabiliteringsaktörerna gemensamt enats omkring. Utifrån ett sådant perspektiv kan avstämningsmötet uppfattas som ett tillfälle som främst syftar till att övertyga den försäkrade om att de institutionella parternas förslag till rehabiliteringsåtgärder kan och bör genomföras.

Avstämningsmötet är ett institutionellt samtal och som sådant har det en tydlig agenda där deltagande rehabiliteringsaktörer tycks följa sina olika väletablerade roller. I ljuset av vår analys blir det dock svårare att urskilja vilken slags roll den försäkrade förväntas ta. Dessa förutsätts medverka i mötet – i vilket de både ges och tar plats – men den försäkrades roll och funktionen av deras deltagande är ur ett formellt perspektiv oklart. I termer av en interaktionellt ordnad rollfördelning positionerades (eller positionerade sig) de försäkrade olika beroende av vilken fas i mötet som beaktas. I avstämningsmötets öppningsfas, där det främst handlade om att se till att samtliga mötesdeltagare hade tillgång till nödvändig information, var de försäkrade ofta utsedda som Tilltalade och inte sällan även som Talare. Vid moment av beslutsfattande inträdde däremot många gånger en rollförskjutning som innebar att den försäkrade blev Åhörare med rätt att observera utan att i nämnvärd grad förväntas medverka. I den utsträckning de försäkrade ändå ingick i beslutsprocessen antogs deras bidrag gå i linje med de institutionellas röster. På det sättet deltog de försäkrade sällan i beslutsprocessen som självständiga, aktiva deltagare.

Den oklara mötesroll som de försäkrade hade kan också höra ihop med de många olika perspektiv som var i bruk under avstämningsmötet. De försäkrade antogs ofta företräda ett vardagsperspektiv vilket märktes genom inledande frågor som ”hur mår du?”, ”hur känner du dig?”. Vilket värde ett sådant livsvärldsperspektiv hade i mötet som helhet förblev oklart. De uttryck för känslor och upplevelser som de försäkrade presenterade omdirigerades många gånger av de professionella aktörerna. Vid några få tillfällen blev det tydligt att den sortens ”avbrott” inte hörde hemma i avstämningsmötet och att ingen institutionell part var beredd att svara an på dessa.

Alignment och andra samspelskonstellationer

Som nämndes i rapportens inledning innebär ett flerpartsamtal en rad utmaningar och många svårigheter just för att det inkluderar ibland ganska många personer. På samma gång erbjuder flerpartssamtalet också potentialer utöver de som finns i ett tvåpartssamtal. Ett exempel är möjligheten att bilda team och att gå samman med någon eller några omkring vissa frågor. I det analyserade materialet identifierade vi ett antal tillfällen där några av deltagarna slöt sig samman för att stärka sitt eget perspektiv, stödja varandra eller skapa en allians mot en tredje part. I presentationen av några olika situationer har vi inriktat oss på sådana som involverar och/eller direkt refererar till den försäkrade.

MÖTESUTDRAG 18

Avstämningmöte G. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare, Arbetsgivare, övrig Sjukvårdsexpert

112 FK för ni hade väl haft önskemål (.) om att (.)
113 fortsätta (.) alltså få nån slags uppföljning eller?
114 (.) tolkade jag dig fel [sist?
115 dF [ja vi vill ju gärna
116 FK mm
117 Sj [mm
117 dF [eh så.
118 FK mm
119 dF för det har ju varit så givande [så.
120 FK [mm
121 Sj så vi tänker ju boka
122 dF så dom här veckorna tio veckorna har ju gått
123 jätte[fort.
124 FK [ja
125 dF så det känns ju (.) [lite sorgligt.
126 L [mm
127 FK mm
128 dF för det har gjort så mycket nytta tycker jag.
129 FK ja.
/.../
151 (2s)
152 RS om jag får berätta lite hur det var här Xx ((dF)) å
153 hur vi träffades.
154 FK mm
155 RS då var du inte aktiv alls. kommer du ihåg? att du
156 inte orkade å var jätteledsen å (.) å då började
157 vi du började kanske med psykologkontakt. [först å=
158 dF [mm
159 RS =å sen började vi stresshanteringsgrupp å mitt i
160 nån gång hände det att du blev (.) glad.
161 dF mm
162 RS jag tror det beror också efter medicinering vi
163 pratade också [om
164 L [vi by-
165 dF [vi bytte [ju medicin
166 L [vi bytte lite medicin å så
167 ja också ja.
168 RS ja.
169 L mm

170 RS eh och (.) ja hel eller helheten så det blev så att
 171 du gjorde för mycket. kommer du ihåg att vi
 172 bromsade? vi pratade om det
 173 dF mm mm
 174 RS att du insåg att du gör jag är för [energisk.
 175 dF [ja jag vet. mm
 176 vill för mycket [å (vill bli frisk fort)]
 177 RS [ja. så det jobba med] att hitta
 178 balans mellan [aktiviteter (och vilan)
 179 dF [mm å det är ju det vi har jobbat
 180 mycket med nu också då att jag har fått (.) förstått
 181 det att det (.) det funkar inte så å vi har ju
 182 också hittat en anledning till varför.
 183 Sj ja. du har jobbat jättemycket med din självbild
 184 dF ja
 185 Sj fantastiskt.

Ovanstående interaktion är ett exempel på etablerandet av ett stödjande team i vilket en sjukvårdsexpert och en rehabiliteringssamordnare kompletterar den försäkrades berättelse. Bildandet av teamet har sin upprinnelse i FK-handläggarens fråga på rad 114. Denna gäller en eventuell fortsättning av pågående rehabiliteringsinsatser och redan i frågans inledning tilltalar FK-handläggaren en grupp personer ”för **ni** hade väl haft önskemål...”. Formuleringen visar att det är uppenbart att FK-handläggaren redan vet vad den försäkrade (och hans allierade) vill. På det sättet tycks frågan vara ställd för att i mötet få FK-handläggarens förkunskap bekräftad snarare än med förhoppning om att få ny information. Den här typen av frågor resulterar vanligen i ett oförbehållsamt svar i form av ett ja eller ett nej. I det här sammanhanget verkar dock den försäkrade och representanterna från sjukvården uppfatta frågan som ett potentiellt hot varför man genast börjar försvara idén. Som Tilltalad (”eller tolkade jag dig fel sist?”, rad 113-114) och utpekad som nästa Talare börjar den försäkrade att berätta om sin rehabiliteringsprocess, vilket är en mycket större fråga än den FK-handläggaren ställde. FK-handläggaren bekräftar dock sitt intresse för svaret. Den försäkrade använder i sitt anförande ett ”vi”. Så snart han når en hörbar ”punkt” i sin beskrivning (rad 119 ”så.”) faller sjukvårdsexperten in i samtalet och bekräftar att hon är en del av detta kollektiv och därmed en av den försäkrades allierade.

När den försäkrade slutat berätta uppstår en kort stunds tystnad under vilken FK-handläggaren gör några noteringar i sitt anteckningsblock. Efter cirka 2 sekunder inleder rehabiliteringssamordnaren en berättelse utifrån sitt perspektiv där hon ytterligare bekräftar den vinst det kan innebära för den försäkrade att få fortsätta den terapi han har deltagit i. Rehabiliteringssamordnaren beskriver inte bara i vilken dålig kondition den försäkrade var före behandlingsinsatsen, hon får också läkaren att förena sig med ”teamet” för att ge ytterligare stöd. När hon på rad 162-163 pratar utifrån ett ”vi” med hänvisning till medicineringen resulterar det i att läkaren faller in och konfirmerar hennes utsaga – också hon med användningen av ett teambyggande ”vi” (rad 166). Även den försäkrade bekräftar tolkningen och sitt medlemskap i teamet ”vi bytte ju medicin” (rad 165).

Förutom detta bekräftande och ett antal uppbackande ”mm” förhåller sig den försäkrade tyst under tiden övriga i teamet engagerar sig. När rehabiliteringssamordnaren

börjar beskriva den försäkrade som person och från hans eget perspektiv ”du insåg att du gör jag är för energisk” (rad 174) bekräftar och utvecklar den försäkrade detta. I samarbete med rehabiliteringssamordnaren tar han tillfället i akt genom att återföra samtalet till det goda resultat insatsen gett. Hela episoden avslutas med att sjukvårdsexperten berömmar den försäkrade för hans goda arbetsinsats och den personliga utveckling han har uppnått när det gäller synen på sig själv och sin arbetskapacitet.

Det exemplet vill visa är hur berättande kan bli en gemensam aktivitet men det pekar också på de institutionella strukturer som aktiverar ett sådant gensvar från de institutionella aktörerna. I den slags kontext som avstämningsmötet utgör, är alla rehabiliteringsaktörer väl införstådda med FK-handläggarens ledande position i den byråkratiska delen av en rehabiliteringsprocess genom att hon representerar Försäkringskassan. Av det skälet blir en fråga som den på rad 112-114, när den ställs av FK-handläggaren, en utlösande faktor för att försvara den försäkrade och för att övertyga Försäkringskassans representant om att, för det första, behandlingen för vilken både rehabiliteringssamordnaren och sjukvårdsexperten är ansvariga verkligen fungerar. För det andra, att ytterligare terapisesioner är av stor betydelse för att den försäkrade ska kunna förbättra sin hälsa. I förhållande till det första, har de båda sjukvårdsanställda ett eget intresse av att ”rädda ansiktet” dvs. att ge bra argument för det jobb de utför. I relation till den andra punkten är argumenten dels att resursen utgör en god investering och dels att insatsen är viktig i den försäkrades rehabiliteringsprocess. Resultatet blir att den försäkrades berättelse förstärks och att hans begäran om fortsatt tid i den aktuella insatsen får större tyngd. Som professionella talar hans medsvurna utifrån positionen av att ha god kännedom om den försäkrade och hans situation och de använder sin del av konversationen för att göra uttalanden som den försäkrade enkelt kan bekräfta. Även när de ställer en fråga, som när läkaren förhör sig om insatsens betydelse i ett större sammanhang ”å du har nytta av det liksom i vardagen dom andra dagarna emellan då?” (ej med i utdraget), formuleras den som ett påstående och leder till ett enkelt ”ja/nej” svar. På det sättet delar de sina inlägg med den försäkrade och bistår med ytterligare belägg för sin goda relation till honom.

Medan ovanstående exempel har visat hur några institutionella aktörer allierar sig med den försäkrade mot en annan institutionell part, avser nedanstående utdrag att presentera en annorlunda situation. Centralt i det här mötet var att säkerställa att alla rehabiliteringsaktörerna lämnar rummet med samma inställning och med en gemensam idé om den försäkrades framtid.

MÖTESUTDRAG 19

Avstämningsmöte C. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Arbetsgivare

327 Ag hur ser vi på det här att Xx ((dF)) har(.) nu när
328 jag tittade tillbaks på hans korttidsfrånvaro så
329 jag att det var tio korttidsfrånvaro från oktober.
330 tror trots att han bara (.) jobbar 25 % å för mig
331 är det (.) att han orkar inte jobba 25%.
332 L nej nej
333 FK nej

334 Ag så att jag tycker nästan att du ska helt sjukskriva
 335 Xx.
 336 L ja
 337 FK mm
 338 Ag från nu. (.) å framåt.
 339 (2s)
 340 Ag för att det det är för mycket. (1s) är man hemma så
 341 pass ofta för att man är för trött eller man har för
 342 ont då (1s) *får jag säga så som arbetsgivare? hehe*
 343 FK ja det får du. det får du å å Xx söker ju en hel.
 344 Ag ja
 345 FK å det är vi väl kanske (.) ganska (.) överens om
 346 när vi har sett hur du fungerar i arbete att (.) det
 347 är en hel sjukskrivning du ska ha.
 348 Ag för jag känner att jag måste ju också se till
 349 alltså helheten å å för Xx del å å allting med
 350 dF jo, men jag känner så själv liksom jag känner ju det
 351 att jag orkar inte. dom två timmarna ens.
 352 Ag nej å det
 353 dF (xx)
 354 Ag det ser jag också.
 355 dF *det är bra att jag har dig med mig heh*
 356 Ag ja men jag måste ju vara ärlig.=
 357 FK [ja ja (jo men det är xx)
 358 Ag =[alltså jag vill ju inte att nån ska sluta jobba om
 359 dom inte [behöver men när jag ser att nån inte=
 360 FK [nej, det är inte]
 361 Ag =klarar av det så.

I utdraget ovan är arbetsgivarens position mycket stark. Genom hela mötet agerar hon som sin anställdes taleskvinna. Något som den försäkrade tydligt både känns vid och uppskattar. Före möte har arbetsgivaren skickat ett brev till Försäkringskassan i vilket hon har informerat myndigheten om sin anställdes situation på arbetsplatsen och de svårigheter han har att utföra sina arbetsuppgifter. Det är uppenbart att hon och den försäkrade kommer till mötet i akt och mening att övertyga övriga mötesdeltagare om att den försäkrade inte kan fortsätta sitt arbete, utan att han är i behov av att vara sjukskriven på heltid.

Det som återges i utdraget följer efter en episod där man har diskuterat den försäkrades aktuella hälsotillstånd och även beskrivit hur han klarar att utföra sitt arbete. Med utgångspunkt i ett arbetslivsperspektiv uttrycker arbetsgivaren sin uppfattning om att den försäkrade saknar arbetsförmåga (rad 327-331) samt framkastar förslaget att läkaren ska höja sjukskrivningen till 100 % ("jag tycker nästan att du ska...", rad 333-334). Hennes röst blir stark genom att hon uttalar sig med stöd av sin kunskap om den försäkrades livssituation. Arbetsgivaren kombinerar i sina argument både arbetslivets perspektiv och ett vardagligt, livsvärldsperspektiv. Detta inbjuder den försäkrade att bekräfta sin bristande arbetsförmåga. Vidare uttrycker den försäkrade på rad 355, öppet sin tacksamhet för den roll hans arbetsgivare intar vid mötet. Uttalandet är inte enbart ett tecken på ett gott förhållande mellan chef och anställd. Det säger också något om maktrelationerna mellan parterna vid avstämningsmötet. Det är uppenbart att den försäkrade upplever sig vara i ett underläge och att han är i behov av stöd. Fastän han inte tar speciellt stort kommunikativt utrymme, ger han uttryck för att hans perspektiv och önskingar har lyfts fram tack vare den

aktiva roll som hans arbetsgivare tar. Han betraktar också henne som sin tydligaste allierade. Arbetsgivaren tonar emellertid ner betydelsen av den personliga sidan av deras relation genom att markera att hon skulle ha gjort samma sak för varje anställd och att hennes position i det här fallet helt och hållet bygger på vad hon ser hos sina anställda. En attityd som ökar snarare än minskar hennes trovärdighet när det gäller bedömningen av sin anställdes arbetsförmåga i nuläget.

Att som arbetsgivare argumentera för att en anställd har en bristande arbetsförmåga, eller som här en arbetsoförmåga, innebär en kommunikativ utmaning. Det finns en uppenbar risk att uppfattas som en chef som försöker ”bli av med” en medarbetare som inte ”håller måttet”. Det är inför detta arbetsgivaren i exemplet nyss står.

I termer av att skapa en ömsesidig förståelse av situationen, inleder arbetsgivaren episoden med ett gemensamhetskapande ”vi” när hon säger: ”hur ser vi på det här att...” (rad 327) vilket tycks referera till alla övriga rehabiliteringsaktörer vid mötet. Huruvida den försäkrade inkluderas är oklart. Fastän arbetsgivaren kommer att spela nyckelrollen i episoden och även kommer vara den som omsider formulerar det beslut som diskuteras, inleder hon med att betona att hon inte talar emot någon, utan att hon är en i gruppen runt den försäkrade. Strävan att vara en rehabiliteringsaktör bland övriga – om än utifrån sin specifika position som arbetsgivare – betonas ytterligare genom att markera sin önskan att inte inta en roll hon är obehörig till. Det sätt som hon med skratt i rösten öppet ställer frågan ”*får jag säga så som arbetsgivare?*” (rad 340) visar ödmjukhet inför andras roller och befogenheter samt kunskap om vad en chef bör eller inte bör yttra sig om. Allt detta hjälper emellertid FK-handläggaren att bekräfta arbetsgivarens förslag och att acceptera att det råder samsyn omkring detta ”och det är vi väl kanske (.) ganska (.) överens om” (rad 343). Sålunda skapas en allians omkring ett gemensamt mål snarare än som motsats till något eller någon.

Ett genomgående mönster i samtliga studerade avstämningsmöten utgör den strävan som märks bland de institutionella aktörerna efter att etablera en gemensam grund för ett delat beslutsfattande. Även arbetsgivaren ingår oftast i detta gemensamhetsgörande. Vi observerade många exempel på förhandlingar som genomfördes i samarbetsanda och med en lösningsinriktad karaktär. Inte i något fall präglades mötet av konflikter och motsättningar mellan mötesdeltagarna. Medverkande rehabiliteringsaktörer uttryckte istället en allmän önskan att samverka och att arbeta tillsammans för ett gemensamt uppställt mål.

Under ett möte drogs denna strävan efter samverkan till sin ytterlighet. Fastän mötesdeltagarna samtyckte och följde en gemensam linje upprättades denna samsyn genom att skapa en allians mot en icke närvarande rehabiliteringsaktör. I det här fallet en arbetsgivare. Väl medveten om det spända förhållande som råder mellan den anställda och hans chef hade FK-handläggaren fattat beslutet att inte bjuda in arbetsgivaren till detta första möte. Men eftersom problemen på arbetsplatsen utgjorde ett väsentligt hinder för en framgångsrik rehabilitering kom en stor del av samtalen att handla om just problemen på arbetsplatsen och den försäkrades upplevelse av att inte få förståelse av sin chef. Samtidigt fanns ingen arbetsgivarpart närvarande. Som en

konsekvens kom mötet bitvis att anta formen av ett hemligt möte när de närvarande institutionella parterna tillsammans med den försäkrade bildade de en allians mot arbetsgivaren och sedan diskuterade hur den senare skulle kunna mötas vid ett kommande avstämningsmöte. Nedanstående utdrag är ett typexempel på detta.

MÖTESUTDRAG 20

Avstämningsmöte A. Deltagare: Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabiliteringssamordnare

397 FK va- vad ska vi tänka på (.) det här planeringsmötet
398 hos arbets:givaren?, vad ska vi lägga upp (.) vilka
399 hinder (1s) finns? (.) medicinska hinder, varför
400 man inte kan utföra (1s) arbets:uppgifterna? (.) vad
401 ska man inte er:bjuda? (.) vad ska vi inte köpa?
402 L samma arbetsuppgifter som han har haft (.) där han
403 har blivit så uppstress:ad att han kan inte klarar
404 det.
405 dF en fråga jag har bara, dom hävdade ju att jag inte
406 kunde (.) att jag inte kunde arbetsträna bland, att
407 jag inte ens kunde det, det berodde ju på (.) bland
408 annat då, att dom inte tyckte att (.)medicineringen
409 gjorde att jag inte kunde xx ((utföra vissa arbets-
410 moment)), men det är ju ingen (.) alltså jag tar
411 ju ingen Y ((viss medicin)) eller nånting.
412 L men det förstår jag inte-
413 dF [nej, inte jag heller.
414 L varför menar dom det? därför att du har kunnat
415 ((utföra dessa uppgifter))med samma medicinering-
416 dF ja, jag har ju xx ((utfört dessa uppgifter))
417 L du har /.../ fortsätter att backa upp den försäkrade))

Stora delar av diskussionen under mötet tycktes utgå från tanken på en stundande och befarad konfrontation med arbetsgivaren som inte medverkade vid det aktuella mötet. I utdraget ovan använder FK-handläggaren ett "vi" för att prata om sig själv och den försäkrade som ett team. Episoden inleds med FK-handläggarens förslag om ett gemensamt möte med den arbetsgivaren. Flera av frågorna tycks riktade till läkaren som också gav svar som skulle kunna användas som medicinska fakta vid mötet med arbetsgivaren.

FK-handläggarens val av ord är intressanta att titta närmare på. I en räkka av frågor innehåller samtliga ordet "inte", vilket ger en indikation på känslan hon hyser inför den framtida diskussionen med arbetsgivaren. Istället för att fråga sig vilka förslag som skulle kunna accepteras handlar hennes frågor framför allt om vilka som inte kan godtas som om hon förväntar sig att den här arbetsgivaren kommer att erbjuda lösningar som på något sätt är ogynnsamma eller dåliga. FK-handläggarens avslutande fråga "vad ska vi inte köpa?" (rad 401) sammanfattar på ett tydligt sätt hennes inställning. Hon förbereder sig för ett tufft möte och förväntar sig att arbetsgivaren kommer att vara laddad och att denne blir besvärlig att komma överens med. Även om hennes frågor delvis riktas till läkaren inkluderas den försäkrade i det "vi" som uttrycks och det är uppenbart att FK-handläggaren vill ha med sig honom i planläggningen av mötet med arbetsgivaren. Den försäkrade accepterar denna sam-

manlänkning (alignment) och följer samma mönster när han berättar om de problem han upplevt i relation till sin arbetsgivare som han refererar till som ”dom” (rad 405-411). Hans avslöjande bygger på den redan negativt färgade bilden av hans arbetsgivare och berättelsen understöds av läkarens uttryckliga oförståelse inför det agerande som tillskrivs arbetsgivarparten. Resultatet blir att arbetsgivaren konstrueras som oresonabel och inkompetent. Detta sker i en allians, där den försäkrade spelar en aktiv roll.

Sammanfattande analys

Centralt för att lyckosamt skapa en allians är att alla ingående parter intar samma position och uttrycker en gemensam hållning i den specifika frågan. I exemplen kan vi se hur olika rehabiliteringsaktörer visar sin förståelse för och empati med den försäkrade och hur de erbjuder sitt stöd som allierade. Genom att gå in i en pågående diskussion och där bidra med ytterligare information och samtidigt uppmuntra den försäkrade att berätta mer om sin situation, demonstrerade de allierade parterna sin vilja att stötta och sitt engagemang i det som för tillfället stod på dagordningen. Den sortens handlingar uppskattades av den försäkrade som kände större säkerhet och tillförsikt i uppgiften att diskutera olika frågor och potentiellt svåra situationer.

Som vi har noterat, fungerade de allianser som byggdes under avstämningsmötena nästan alltid som stöd till den försäkrade. De allierade tycktes under mötets gång reflektera över och agera i enlighet med hur de uppfattade att samtalet utvecklades och i vilka situationer den försäkrade tycktes i behov av hjälp för att kunna göra sin röst hörd och få sitt perspektiv beaktat. Utifrån de försäkrades reaktioner uppskattades sådana episoder av uttalat samförstånd och stöd.

Uppbyggnaden av allianser under avstämningsmötet innebar också en slags förstärkning av den försäkrades institutionella roll. Trots att de försäkrade inte är att betrakta som en institutionell part, i den mening att de representerar en viss institution, tilldelades de olika institutionaliserade roller utifrån vilka de betraktas och behandlas. Således handlar ett avstämningsmöte inte om herr Frans Johanssons situation, utan om medarbetare Johansson, patient Johansson osv. Allianser som byggs under dessa möten är uteslutande utifrån dessa institutionella roller. Läkarna, rehabiliteringssamordnarna och andra från sjukvården allierar sig med patienten, arbetsgivaren med den anställde och FK-handläggaren med den sjukskrivne (försäkrade). Inga allianser byggdes utanför dessa identiteter. Inte heller noterades uppkomsten av motparter bland mötesdeltagarna.

Som tidigare noterats tycktes allianserna syfta till att bistå den försäkrade med någon form av stöd. Även om nödvändiga villkor för att en allians ska uppstå ofta har diskuterats (Gordon, 2003; Kangasharju, 1996; van de Sande & Greeno, 2012), så har processen omkring hur en allians inleds sällan tilldragit sig speciellt mycket intresse. Vad vi kunnat observera i den här kontexten är att det är rehabiliteringsaktörerna som startar samtliga observerade allianser. Det finns i materialet inga exempel som visar att det är den försäkrade som påbörjar ett sökande efter en allianspartner. Detta

kan ses som ett utslag av samtalets institutionella kontext. Vana som de är att träffa de olika aktörerna i respektive sammanhang kan de försäkrade känna att de i den här nya kontexten måste klara sig på egen hand. En annan näraliggande förklaring är att den försäkrade känner sig osäker och obekvämd med att i den nya situationen (avstämningsmötet) knyta an till relationer som hör hemma i en annan kontext såsom i patient-läkarsamtalet, i arbetsrelaterade kontakter med arbetsgivaren etc. Det är fullt möjligt att den försäkrade uppfattar att de olika institutionella parterna i avstämningsmötet utgör en samlad grupp ur vilken det kan vara svårt att söka allierade. Genom sin numerära dominans innehar rehabiliteringsaktörerna – ur den försäkrades perspektiv – den institutionella makten i samtalet. En makt som under mötet kan bekräftas och förstärkas genom att olika parter samverkar.

De försäkrades upplevelse av mötet

Utöver forskningsstudiens huvudsakliga syfte att undersöka den kommunikativa processen i avstämningsmöten har ett speciellt fokus riktats mot de försäkrades roll och position och deras möjlighet att vara delaktiga i bedömningen av den egna arbetsförmågan. Som tidigare avsnitt har visat tog de försäkrade en stor del av det kommunikativa utrymmet, eller talutrymmet (mätt i antal ord, i en mer kvantifierbar form). Trots en relativt hög grad av aktivt deltagande var emellertid de försäkrade förhållandevis passiva när det gällde att ta initiativ och/eller att introducera nya frågor i mötet. Deras roll i allmänhet innebar att svara på frågor och ge sitt samtycke till olika förslag som andra framställde och diskuterade. En till synes viktig uppgift var att berätta sin sjukdoms- och rehabiliteringshistoria så att övriga kunde få en bild av hur rehabiliteringsprocessen skulle kunna fortgå. De förväntades även svara på frågor som de institutionella parterna och arbetsgivaren ställde. De försäkrade hade definitivt en hel del att säga under mötena. Däremot var deras roll begränsad när det kom till beslutfattande och planeringen av den fortsatta rehabiliteringsprocessen. En fråga av stor betydelse kvarstår dock, nämligen: hur upplevde de försäkrade dessa möten kring deras arbetsförmåga och planläggningen av deras rehabiliteringsprocess?

I intervjuerna, som genomfördes efter avstämningsmötet, var de försäkrade angelägna om att uttrycka sina tankar och upplevelser av mötet. Som ett genomgående fynd kunde vi konstatera att samtliga försäkrade beskrev sig vara nöjda med mötet och hur det hade utvecklats. Utan undantag berättade alla att de hade känt sig som mötets huvudperson. De beskrev också en att de uppfattat avstämningsmötet såsom organiserat inte bara *på grund av* dem, utan främst *för* dem som individer.

De försäkrade återkom ofta flera gånger under intervjun till beskrivningar som handlade om deras uppskattning av mötet. De uttryckte sitt gillande när det gällde idén att samla olika rehabiliteringsaktörer vid ett gemensamt möte för att diskutera sin personliga framtid med personer som hade kunskap om dem och som på något sätt hade betydelse för deras rehabiliteringsprocess. I samtliga fall beskrev de försäkrade att de sedan tidigare hade en relation till alla aktörer som deltagit i avstämningsmötet och att de därför hade känt sig trygga. Som en av dem uttryckte saken:

”(...) jag tycker det var bra faktiskt, att man sätt sig så här och pratar då både FK, terapeuten och läkaren. Och det ingår ändå en trygghet för det vet man att de är måna om mig.” (Adam¹²)

Från de försäkrades utgångspunkt var det viktigt att vara omgiven av människor de kände. På det viset tycktes avstämningsmötet utgöra ett bra tillfälle att diskutera frågor om rehabiliteringsprocessen med flera aktörer samtidigt och att vid ett gemensamt möte höra deras olika åsikter och tankar. Vidare, beskrev de försäkrade att de uppfattade att de institutionella deltagarna i allmänhet var där för deras skull. En sak som blev uppenbar utifrån deras svar var deras tanke om *vikten av kontinuitet*. Detta framhölls särskilt av de försäkrade som hade varit sjukskrivna under en mycket lång period (och ibland flera olika längre sjukskrivningsperioder). Dessa försäkrade uppskattade att samma institutionella aktörer hade arbetet med deras ”fall” eftersom de därmed inte behövde upprepa sin historia om och om igen. En annan fördel som kontinuiteten beskrevs innebära, var att varje möte upplevdes som en fortsättning och en uppföljning av föregående. I dess nuvarande form ger avstämningsmötet de försäkrade en möjlighet att interagera med professionella som de känner eller åtminstone har träffat i olika sammanhang före det aktuella mötet. Vid flera tillfällen refererade de försäkrade till olika mötesdeltagare med deras tilltalsnamn under det att de beskrev mötet och reflekterade kring hur olika personer hade agerat. Några använde också pronomenet ”vi” när de beskrev vad som hade hänt under mötet. Detta pekar på att de uppfattade sin relation till rehabiliteringsaktörerna tillräckligt trygg för att förhålla sig till dessa på ett mer informellt sätt, något som är av stor betydelse för hur interaktionen i ett avstämningsmöte ska kunna utvecklas. Med utgångspunkt i den gängse bilden av möten mellan lekmän och institutionella aktörer (t.ex. Linell, 1990a, 1990b; Mishler, 1984), är det sannolikt särskilt viktigt att kunna etablera en tillåtande atmosfär för att inte öka stressen eller skapa oro i en livssituation som redan kan upplevas såsom problematisk.

Hur länge rehabiliteringsprocessen hade pågått varierade beroende på vilket slags problem de försäkrade var sjukskrivna för. Trots skillnader handlade det i samtliga fall om en utdragen process. Rehabiliteringsprocessen innebar för de flesta dessutom en ny situation med många okända aspekter som inte enbart var relaterade till den byråkratiska sidan av saken, utan som också påverkade de försäkrades syn på sig själva och deras självkänsla.

”blir man frisk, går man tillbaka till mitt gamla jag (...) egentligen är jag inte sån”
(Alfred)

Som Alfred uttrycker i ovanstående citat innebär sjukdom för vissa en mycket stor förändring av deras liv, vad de kan göra och hur och på vilket sätt de upplever sig själva och andra. Trots att samtliga hade varit sjukskrivna under en lång period, föreställde sig flertalet i ett långtidsperspektiv som friska och arbetande och samtliga

¹² De försäkrades namn är påhittade och oavsett deras verkliga kön refererar vi till samtliga som om de vore män. Detta för att minska risken för identifikation.

beskrev att arbete var viktigt för dem. Flera var dock osäkra på om det fanns möjlighet att gå tillbaka till sitt tidigare arbete.

Nästan samtliga försäkrade som vi intervjuade led av någon form av psykisk ohälsa som antingen kunde vara det huvudsakliga medicinska problemet eller utgjorde en bidragande orsak till deras sjukskrivning. En problematik präglad av psykisk ohälsa gör människor extra sårbara. Det är därmed något som är extra viktigt att ta i beaktande när man planerar ett avstämningsmöte.

Ett sätt att minska stressnivån och rädslan inför det okända är att sörja för att de försäkrade får god och relevant information. De försäkrade som vi intervjuade reflekterade över den aspekten av mötet och gav delvis olika bilder av vad som hade hänt före avstämningsmötet. Deras svar uttryckte allt från:

”jag var riktigt informerad om vad det skulle handla om” (Anders)

till de som kände att de inte hade fått tillräcklig information i förväg:

”det enda jag känner att jag skulle vilja vara mer förberedd var hur det går till (...) jag visste inte alls vad det var för frågor som skulle komma och så” (Arvid)

Alla beskrev att de hade känt till syftet för avstämningsmötet. För de som deltog i ett sådant för allra första gången var det trots detta svårt att föreställa sig hur mötet i praktiken skulle gå till. De försäkrade som redan hade deltagit vid ett eller flera avstämningsmöten berättade istället att de egentligen inte hade behövt någon information alls. Inte heller hade de förberett sig på något särskilt sätt. För dessa handlade det framför allt om att vara beredd på att kunna berätta om sin situation och sitt hälsotillstånd. De skiftande svaren tyder på att det finns en möjlighet att utveckla sättet att informera de försäkrade och att modifiera informationsmaterialet (t.ex. kallelsen till avstämningsmötet) i förhållande till individens specifika situation och förutsättningar. Erfarenheter från tidigare möten påverkade också de försäkrades inställning till och hur de hade förberett sig inför mötet. I ett fall berättade den försäkrade att han hade varit väldigt nervös inför att träffa de andra mötesdeltagarna. Medveten om det maktspel som kan finnas under dessa möten, valde han med avsikt att komma tidigt till utsatt mötesplats för att försäkra sig om att kunna välja en plats i rummet där han kände att han kunde ha bäst kontroll över diskussionen. I övrigt förlitade han sig främst på stödet från en annan person som medverkade vid mötet.

Som ett generellt resultat hade de försäkrade inga kommentarer angående platsen för mötet och inte heller vad gällde vilka andra som deltog vid mötet. De som inte arbetade alls eller var igång i arbetsträning eller liknande beskrev att det var lätt att anpassa sig till den tid och den plats som föreslogs. Dessa personer var nöjda med vilka aktörer som deltagit i mötet vilka alla var involverade i deras rehabiliteringsprocess. Några få beskrev att de hade saknat någon professionell som av olika skäl inte hade haft möjlighet att delta i mötet. Samtliga dessa saknade personer hade dock varit inbjudna till mötet. Ingen uttryckte sig uppleva att någon av de närvarande personerna hade varit ovidkommande för mötet.

Från de försäkrades utgångspunkt var det inte det organisatoriska som utgjorde den viktigaste aspekten av mötet. Det som var av betydelse var istället det relationella. Så länge som de kände sig som en del av gruppen och att deras åsikter räknades var de nöjda med förutsättningarna för mötet. Som en av dem beskriver:

“att de skulle lyssna på mig, de var mina förhoppningar (...) ibland det händer att de inte vill lyssna så bra” (Axel)

De förväntningar på och tankar om sitt eget avstämningsmöte, som de försäkrade som ingår i den här studien ger uttryck för, har långtgående konsekvenser för processen att utveckla försäkrades delaktighet och deltagande i framtidens avstämningsmöten. Å ena sidan är det uppenbart att de försäkrade förstår sitt eget deltagande i termer av att bli hörd och att fritt få uttrycka sin åsikt. Å andra sidan tydliggör citatet ovan den institutionella distansen som fortfarande är starkt rotad i situationen. Som mötesdeltagare diskuterar de försäkrade inte sin egen roll som aktiva initiativtagare eller som delaktiga i beslut som fattas. En sådan attityd kan härröra sig från tidigare erfarenheter och upplevelser av att deras röst tystats ner och/eller avfärdats av professionella. Det kan därför krävas långt mycket mer för att stärka deras roll och position till den utsträckning att de känner att sig ha rätten att bidra till diskussionen och att bli behandlade på likvärdiga premisser som övriga mötesdeltagare.

Sammanfattande analys

När de försäkrade tillfrågades om sin upplevelse av mötet förklarade samtliga att de hade känt sig viktiga och uppfattat sig som mötets nyckelperson. På den punkten skiljer sig resultatet väsentligt jämfört med tidigare undersökning av avstämningsmötet där fyra av nio försäkrade beskrev sin position i mötet såsom perifer eller distanserad och endast ett par ansåg sig ha haft en viktig roll i mötet (Bülow & Ekberg, 2009). En starkt bidragande orsak till att de försäkrade i vår studie upplevde sig stå i centrum var upplevelsen att deras åsikter och tankar var viktiga för rehabiliteringsaktörerna och att de fick utrymme att berätta sådant de ville ha sagt. Trots detta mycket positiva resultat visar analysen av avstämningsmötena från 2013 att det fortfarande finns flera aspekter som bör beaktas för att uppnå en högre grad av delaktighet för de försäkrade.

Mycket låga förväntningar avseende egen delaktighet och möjlighet att aktivt bidra i avstämningsmötet kan förklaras med begreppet *damaged identities* (Nelson, 2001). Uttrycket beskriver självbilder som har naggats i kanten eller mer allvarligt skadats. Den amerikanska filosofen Hilde Lindemann Nelson utvecklar sin tanke genom att beskriva hur dessa skadade självbilder representeras av grupper av människor som själva uppfattar sig och andra i samma situation som svagare och mindre kapabla till aktiv medverkan jämfört med andra grupper. Det är uppenbart att den negativa bild av sjukskrivna som existerar i dagens samhälle också gjorde sig gällande i de observerade avstämningsmötena vid talrika tillfällen. I exempelvis mötesutdrag 13 förhåller sig den försäkrade på ett tydligt sätt till en sådan bild enligt vilken sjukskrivna personer är beroende, passiva och motvilliga att ta egna initiativ. Den positiva bild

han målar upp av sig själv till trots, innebär dock inga försök att reparera den skadade självbilden för andra som befinner sig i en liknande situation. Som Lindemann Nelson (2001) förklarar kan en berättelse ses som ett slags bumerang historia, vilken enbart har funktionen av att framställa sig själv som annorlunda än andra i samma kategori. Efterintervjuerna med andra mötesdeltagare från detta avstämningsmöte visade att rehabiliteringsaktörerna delade uppfattningen om att den försäkrade utgjorde ett undantag från det vanliga. Han var ”ingen snittpatient”.

Likafullt som de försäkrade uttryckte sig positiva till avstämningsmötet uppfattade de en tydlig skillnad mellan sig själva och andra mötesdeltagare genom att uppleva sin egen position i mötet som annorlunda än de övrigas. Bara vid ett fåtal tillfällen ställde den försäkrade frågor och då handlade det nästan alltid om administrativa spørsmål som t.ex. hur man gör när man vill åka på en semesterresa när man är långtidssjukskrivnen, hur man fyller i en speciell blankett och vart den ska skickas. I allmänhet introducerade de försäkrade inga nya samtalsämnen och de ställde inga frågor.

Avslutande diskussion

Den här rapporterade studien syftade till att undersöka kommunikativa mönster i ett speciellt slags institutionellt flerpartssamtal, nämligen avstämningsmötet och att i analysen rikta ett särskilt fokus på hur delaktighet i mötet upplevs av de försäkrade.

Som ett generellt mönster kunde vi konstatera att avstämningsmötet, i sin nuvarande form, uppmuntrar och stödjer ett aktivt deltagande av alla berörda parter inklusive de försäkrade. De möten vi observerade och analyserade blev en arena för en ömsesidig förhandling och innebar utvecklandet av en gemensam förståelse av den försäkrades situation och rehabiliteringsprocess. Förekomsten av flera rehabiliteringsaktörer tycktes inte förfära de försäkrade (även om deras talutrymme minskade i möten där fler än fyra personer medverkade). Tvärtom tycks deltagarna anse att detta utgör en garanti för att deras ärende behandlades med stor omtanke och uppmärksamhet. De försäkrade kände att mötena handlade om dem, att deras deltagande var viktigt och att de blev lyssnade på. Sammantaget var studiens avstämningsmöten att betrakta som lyckosamma även om det i några få fall visade sig svårt att formulera en konkret handlingsplan varför dessa avslutades utan en sådan och i väntan på ytterligare förbättring. Trots detta skapades i dessa möten ett utrymme för de försäkrade där de kunde uttrycka sina känslor, tankar och/eller funderingar om framtiden.

De möten vi observerade gav ett rikt och varierat material i termer av hur samspel utvecklades och vilka roller och identiteter som realiserades. Som en konsekvens av detta märks i studien hur mycket av det som händer i ett möte som är beroende av det sätt var och en av de medverkande agerar. Detta är ett viktigt resultat. Trots den institutionaliserade rolluppsättningen som på ett plan råder i mötet, finns det en annan sida som innebär att personlig stil spelar en viktig roll. Människor med olika åsikter, tankar och känslor tycks helt enkelt "fylla ut" en och samma institutionella "kostym" på olika sätt. Av det skälet varierar också sättet att agera och interagera. Detta gäller såväl för institutionella och icke-institutionella parter i samtalet. Likväl var det slående på vilket sätt mötets tvärinstitutionella kontext lyftes fram utifrån vilka olika roller deltagarna antog. Till exempel uttryckte sig de försäkrade omväxlande i sin roll som patient och i rollen som anställd medan inget eller mycket lite diskuterades i termer av andra roller och identiteter vilka skulle kunna vara viktiga för dem. Likaså kunde vi konstatera att frågor som ställdes och besvarades i första hand var inriktade på den försäkrades hälsotillstånd och hälsofrämjande agerande i relation till yrkesarbete (vilket lika ofta innebar att inte göra vissa saker som att göra något särskilt). Det sätt på vilket de försäkrade ingick i diskussioner och hur de samspelade med andra tycks hänga samman med hur de uppfattade sin roll och position i relation till dessa institutionella roller. Även om de skiftade mellan rollen som anställd och den att vara patient, drog de inte nytta av några andra egenskaper som skulle kunna åberopas i mer ett vardagligt samtal. Frågor utifrån andra roller, exempelvis som familjemedlem, yrkesperson, medlem av en hobby klubb etc. fanns inte på dagordningen. Olika icke-institutionella roller som de försäkrade skulle kunna ha antagit tycktes sakna betydelse i mötet och för dess övriga deltagare. Följaktligen antog de

försäkrade de institutionella identiteter som stod till buds och gjorde inga försök att använda sig av andra från kontexter utanför mötesramen. Även i de uppföljande intervjuerna, erfor vi att dessa var gjordes med försäkrade/patienter och inte med enskilda personer med olika livserfarenheter och berättelser. Den dominerande tankefiguren för avstämningsmötet tycktes således sträcka sig utanför mötesrummet och även omfatta samtalet om mötet – även om detta ofta genomfördes en eller ett par dagar senare. På det sättet verkade mötesramen hindrande för andra mer personliga sätt att reflektera över och utvärdera avstämningsmötet - något som bör beaktas vid framtida utvärderingar av institutionella möten.

De identiteter och roller som de försäkrade antog under avstämningsmötet hade en egenskap gemensam. Samtliga innebar ett mått av beroende. Den anställde står i ett beroendeförhållande till sin arbetsgivare. Patienten är beroende av läkaren för behandling och sjukskrivning samt av socialförsäkringssystemet (via Försäkringskassan) för sin försörjning under sjukskrivningsperioden. Dessa olika beroendeförhållanden hade en inverkan på den redan utsatta positionen för de försäkrade. För det första genom att faktorer av avgörande betydelse för deras livssituation stod på spel, såsom arbete och försörjning. För det andra för att majoriteten av de försäkrade kom till mötet på grund av någon form av psykisk ohälsa vilket gjorde dem sårbara i ännu högre grad genom att problem kopplade till psyket uppfattas ligga närmare den personliga identiteten (jfr. Helman, 1988). För det tredje för att de ur ett institutionellt perspektiv saknade aktoritet och legitimitet att fatta beslut. Dessa tre skäl gör att delaktighet för försäkrade behöver problematiseras för att förstås i den specifika, institutionella inramning som avstämningsmötet utgör. Det blev t.ex. tydligt att mötena leddes av en institutionell part (framför allt FK-handläggaren). Det var den personen som vanligen inledde nya faser och som, tillsammans med andra aktörer, ställde huvuddelen av alla frågor. Det var vidare de institutionella som kunde ifrågasätta de försäkrade och mer sällan den motsatta ordningen. Trots detta, visade uppföljningsintervjuerna med de försäkrade att dessa var nöjda med såväl den roll de fått/antagit vid mötet som med hur mötet hade utvecklats. De försäkrade var angelägna om att betona att de känt sig som centralpersoner under mötet.

Som nämnts tidigare är delaktighet ett ganska svårt begrepp eftersom det finns många sätt att betrakta detta. Den modell som Mattsson (2008) använder när det gäller barns delaktighet i myndighetsärenden kan vara svår att applicera fullt ut på avstämningsmötet. Den stämmer så tillvida att de försäkrade kunde uttrycka sin mening och att de hade tillbörlig information. Modellen blir dock problematiskt att resonera utifrån på punkterna som föreskriver en meningsfull roll i processen och frivillighet att delta. Och då frivilligheten att medverka vid mötet rent formellt dessutom är diskutabel och kallats för delaktighet under hot (Hetzler, 2009), blir modellen ännu lite svårare att utgå ifrån i fallet avstämningsmöten. Även om alla rehabiliteringsaktörerna betonade den försäkrades viktiga roll i mötet hamnade dessa ofta utanför det direkta beslutsfattandet varför meningsfullheten begränsas om än långt ifrån omöjliggörs. Detta blev särskilt tydligt i analysen av i vilken grad de försäkrade aktivt deltog i mötets olika faser. Som ett generellt mönster märktes att talutrymmet för de försäkrade var allra minst i beslutsfasen. Detta kan vara ett tecken

på att mötet uppfattades som en del av myndighetsutövande och att beslutsfattandet därmed överlämnades till den beslutsfattande myndigheten dvs. Försäkringskassan, alternativt att andra parter och då främst de försäkrade inte bjöds in i beslutsfasen. Mer detaljerade analyser av ett större antal avstämningsmöten skulle behövas för att kunna studera hur beslut fattas och av vem eller vilka.

Uppgiften att definiera delaktighet blir inte lättare med utgångspunkt i den modell som Molin (2004) presenterar. Exempelvis är frågor om makt och tillhörighet svåra att definiera. I de möten vi har observerat var de försäkrade ofta engagerade i institutionella och formella aspekter av sin situation. Däremot var deras informella tillhörighet vare sig något man reflekterade över eller erkände. Det är uppenbart att mötets struktur och organisering bidrar till detta. Redan från mötets inledning framstår rollfördelningen som tämligen fastslagen och det tycks finnas ganska lite utrymme för flexibilitet och nytänkande. Som vi tidigare har diskuterat är FK-handläggarens position som mötesledare ett sådant exempel. Med automatik definierades dessa som ordföranden och de tog också den rollen. Åläggandet gällde även de som genom sin personliga stil valde en mer nedtonad ledarroll. Som en konsekvens backade andra deltagare för att lämna utrymme. Regelverket likaväl som kännedom om hur det brukar vara bidrar sannolikt till detta mönster. Sammantaget förklarar detta ett antal kommentarer från både andra rehabiliteringsaktörer och de försäkrade, om att avstämningsmötet främst är av betydelse för Försäkringskassan vilket gör att uppgiften för övriga medverkande mest handlar om att besvara Försäkringskassans frågor.

Trots detta noterar vi en skillnad mot tidigare studie (Bülow & Ekberg, 2009) genom den frånvaron av tydliga bundsförvanter och motparter som märks i vår studie. Att inga tydliga motsättningar märks i mötena betyder inte att de försäkrade kan ha känt större förtroende gentemot vissa rehabiliteringsaktörer jämfört med andra i mötet. Tvärtom har analysen visat på allianser mellan olika aktörer och den försäkrade. Det är dock med betoning på just variationen av vilka som fungerar som allierade som fynden från den här studien skiljer från tidigare resultat. Det motsatsförhållande mellan den försäkrade och FK-handläggaren som ofta betonades i 2009-års studie, och där sjukvården sågs som den tydliga bundsförvanten, går inte att uppfatta i vare sig interaktionen eller efterintervjuerna med de försäkrade i 2013-års studie. Detta skulle kunna tolkas som ett tecken på ökad delaktighet. Resultatet kan dock lika väl förklaras med att avstämningsmötet som sådant i högre grad har institutionaliserats dvs. blivit en mer självklar del av en rehabiliteringsprocess och inte enbart uppfattas som ett möte vilket Försäkringskassan ensam äger.

Det finns flera skäl att anta att en sådan förändring går att utläsa i vår analys. Efter tio år med avstämningsmöten är det sannolikt att flertalet rehabiliteringsaktörer har såväl större kunskap som erfarenhet av att medverka vid sådana. Den organisation som finns i Jönköpings län och som innebär att många vårdcentraler har en specifik kontaktperson att vända sig till på Försäkringskassan – en så kallad FK-koordinator – parallellt med att det på varje vårdcentral finns en rehabiliteringssamordnare kan också bidra till ökad säkerhet om mötets roll och till större samsyn mellan dessa parter (se t.ex. Bülow, 2013). Även bland arbetsgivare finns det troligen en större

allmän kännedom om avstämningsmötet som institution, även om det för den enskilde chefen kanske är det första mötet i sitt slag. Allt detta kan förklara att vi i vår analys såg väldigt få tecken på förekomsten av divergerande agendor bland de medverkande rehabiliteringsaktörerna.

Frågan om hur mötet och/eller av vem avstämningsmötet leds kan vara en av flera möjliga aspekter som skulle kunna diskuteras och vidareutvecklas. En annan sådan aspekt är mötets syfte. I de observerade mötena upprepades avsikten att utarbeta en plan för rehabiliteringen. Denna uppgiftsorientering innebar ibland en förskjutning av fokus bort från personen och hans aktuella situation och förutsättningar. Istället för att försöka förstå den enskilde försäkrade kom mötet ofta att handla mer om på vilket sätt individen kunde passas in i planen. Detta kan få långtgående konsekvenser för genomslagskraften och precisionen av de bedömningar och beslut som fattas. I en annan kontext har forskning visat att sådana processer, som gör att människor passar in i ett visst sammanhang, skapar och vidmakthåller uppfattningar om klienter med ringa eller ingen likhet med människors faktiska livssituation (Wilińska & Henning, 2012).

I samtliga intervjuer med de försäkrade beskrevs arbete såsom viktigt för individen. I ett framtidsperspektiv föreställde de sig själva som friska och arbetande. Dock inte alltid i det arbete de var sjukskrivna från. Med tanke på att intervjuerna genomfördes i nära anslutning till ett lagstadgat möte med Försäkringskassa och om den försäkrades arbetsförmåga och rehabilitering, är detta inte något särskilt förvånande resultat. Det skulle snarare förvånat oss att finna en motsatt attityd till arbete i en kultur och tid när arbetsförmåga, sjukskrivning och arbetslinjen ofta debatteras i media och på annat sätt har en framträdande plats i det offentliga samtalet (t.ex. Johansson, 2010). Endast i ett fall var läget sådant att arbete inte sågs som ett möjligt alternativ inom en överblickbar framtid. Sjukskrivning tycktes emellertid varken utgöra ett val eller ett syfte för någon. Med hänsyn till den betydelse som arbetet tillmättes är det inte bara principen om delaktighet som står på spel här. Det handlar om behovet att beakta individens hela livssituation och möjlighet till välbefinnande. Som ett möte mellan olika inblandande rehabiliteringsaktörer – var och en med befogenheter och möjligheter inom sitt ansvars-/kompetensområde och med kännedom om individen utifrån sin specifika relation till honom eller henne – utgör avstämningsmötet en perfekt arena för detta. Kombinationen arbetsgivare, sjukvård och Försäkringskassan öppnar vägen för en ingående och förutsättningslös dialog med den som är sjukskriven omkring den aktuella livssituationen. En utvecklad samverkan mellan dessa parter skulle sannolikt kunna leda till fler innovativa och framgångsrika förslag om än inte alltid till upprättandet av en plan vid sittande bord.

I en fallstudie om allmänhetens delaktighet i hälso- och sjukvårdsfrågor av mer allmän karaktär betonar Contandriopoulos (2004) att det är viktigt att ställa sig frågan om målet är ökad delaktighet eller större kundtillfredsställelse. Sett ur den vinkeln menar vi att avstämningsmötet framför allt bör vara de försäkrade till gagn. Det bör besjåla och uppmuntra rehabiliteringsprocessen och utgöra ett reellt stöd för de försäkrade i deras återgång till arbete. På det sättet kan det både bidra till ökad större kundtillfredsställelse och ökad delaktighet.

Samtidigt utgör avstämningsmötet en grund för myndighetsutövning från Försäkringskassans sida. Det är således av vikt att från myndighetshåll bestämma vad delaktighet i detta sammanhang ska innebära. Avstämningsmötet är en institutionell praxis som skapats som ett resultat av institutionella förändringar och vars syfte, i likhet med många andra institutionella samtal, är att samtidigt såväl kontrollera och bedöma som att stödja (i det här fallet återgång till arbete). Det är i många avseenden ett praktiskt arrangemang. Istället för många möten i olika konstellationer träffas ett flertal personer med olika utgångspunkter vid ett avstämningsmöte. Betyder då detta att diskussionen blir enklare att föra? Och i så fall, ur vems eller vilkas perspektiv? Närvaron av andra rehabiliteringsaktörer inverkar sannolikt på hur var och en av dessa kommunicerar med den försäkrade och vice versa. Till skillnad från många andra institutionella samtal, som så att säga sker bakom ”lyckta dörrar”, dvs. utan någon utomstående parts möjlighet till insyn, kan aktörerna i ett avstämningsmöte känna sig övervakade av varandra. Även om de ingår i ett gemensamt sammanhang, utgår varje aktör från en egen organisation och/eller profession samt har ett eget professionellt förhållande till den försäkrade. Detta kan ha betydelse för hur de bemöter och tilltalar den försäkrade. Det är ytterst rimligt att anta att tvåpartsmöten mellan den försäkrade och varje enskild rehabiliteringsaktör skulle te sig annorlunda men skulle de lättare nå målet – en framgångsrik rehabilitering? Detta är utforskat men lämnar många frågor.

Är då delaktighet alltid det eftersträvarsvärda? Och på vilket sätt önskar den försäkrade medverka vid ett avstämningsmöte? Baserat på intervjuer med patienter inom hälso- och sjukvården drar Kvarnström m.fl. (2012) slutsatsen att förväntningarna och förståelsen av vad som är delaktighet varierar mellan patienter och påverkas både av den aktuella situationen som omger mötet och av mer personliga drag bland patienterna. Vad vissa ser som självklart uppfattas av andra som utmanande och onödigt. På liknande sätt kunde vi i vår studie identifiera att det varierade mellan de försäkrade på vilket sätt de såg på sin egen delaktighet i samtalet och hur de beskrev att vara delaktig. Vissa var betydligt mer språksamma och ingick med lätthet i samtalandet medan andra var mer reserverade och mindre angelägna att aktivt delta. Gemensamt tycks dock vara att samtliga upplevde det som viktigt att ha möjligheten att få uttrycka sin mening och att alla kände sig hörda. Kanske är det så att delaktighet i det här sammanhanget helt enkelt handlar om att den försäkrade ska känna sig respekterad, och så komfortabel i situationen, att det är möjligt att vara aktivt delaktig så snart ett behov av att uttrycka något uppstår. Detta kan diskuteras i termer av att förbereda sig inför mötet. I intervjuerna med de försäkrade framkom att dessa i ganska liten utsträckning hade förberett sig på något särskilt sätt. Deras fokus tycktes främst vara inställt på att vara på plats.

Slutligen kan vi konstatera att uppkomsten av ett mer symmetriskt samtal i en institutionell kontext såsom ett avstämningsmöte snarast sker genom att personer agerar mot etablerade rutiner än genom dessa. Som en konsekvens av detta är möjligheten för ökad delaktighet för de försäkrade till mycket stor del en fråga om den individuella FK-handläggarens stil och sätt att agera i varje möte. Det innebär att stor vikt bör läggas vid att utbilda FK-handläggare i grundläggande samtalskonst.

Sådan utbildning bör utgöra såväl en grund inför senare utbildningar i specifika samtalsmetoder som fördjupning av samtalsfärdighet genom t.ex. extern handledning i samtalskonst i en myndighetskontext, och genom regelbunden kollegial återkoppling efter genomförda avstämningsmöten utifrån samtalsfärdighet.

Metod diskussion

Den här studien baseras på observationer samt digitala ljud och bildupptagningar av flerpartsmöten i en institutionell kontext. En forskare fanns alltid närvarande vid de möten som ingår i studien för att hantera inspelningsutrustningen samt för att delta som tyst observatör vid mötet. Som beskrivs i informationsbrevnen (bilaga 1-3) vilka delades ut såväl före som vid mötestillfället, eftersträvade vi att märkas så lite som möjligt samt att inte interferera med det som hände i mötet. Som ett led i detta kom vi i god tid före utsatt mötestid för att installera utrustningen och på annat sätt förbereda forskningsdelen av mötet.

Tveklöst noterade alla mötesdeltagarna vår närvaro. Deras reaktioner varierade dock. I de flesta fall tycktes de försöka ignorera det faktum att de spelades in dvs. de ansträngde sig för att genomföra mötet som om varken forskaren eller kameran vore där. Detta förhållningssätt visar, i likhet med Lomax & Casey (1998) resonemang, hur deltagarna förhåller sig till forskningsprocessen och hur de ser på sin roll i denna. Vår konklusion är att i majoriteten av möten, uppfattade deltagarna att det bästa sättet att medverka i studien var att försöka ignorera kameran. Samtidigt kunde vi observera hur särskilt kameran utgjorde något som drog blickarna till sig när olika personer kom in i rummet. Detta skedde med eller utan kommentarer.

I två möten blev forskarens närvaro explicit uppmärksammas och blev ett samtalsämne i sig. Ett exempel har vi tidigare diskuterat i samband med mötesutdrag 2 på sidan 28. I det fallet var det FK-handläggaren som inledde mötet efter en direkt fråga ställd till forskaren om formen för det inspelade mötet. Först när det fastställts att hon "kör som vanligt" fortsatte hon genom att introducera dagordningen. Dialogen med forskaren och den korta anmärkningen innebar att allas uppmärksamhet drogs till kameran och observatören. Exemplet visar hur inspelningen på ett aktivt sätt kan användas som en interaktionell resurs av deltagarna (Speer & Hutchby, 2003). Samtidigt kan detta ha medverkat till en mer avslappnad stämning. Den minimala utvikningen bekräftade att inspelningen inte skulle störa processen och att inga speciella arrangemang skulle göras på grund av den.

I ett annat möte blev inspelningssituation uppmärksammas i betydligt högre grad. Mötet inleddes av FK-handläggaren med följande ord:

"Hej och välkomna. Det är Försäkringskassan som har kallat till mötet och du vill ha namnen i kameran också. vem vi är. Xxx Xxxx Försäkringskassan "

FK-handläggaren öppnar mötet genom att välkomna alla. Hon fortsätter sedan, nu vänd mot forskaren, med antagandet, snarare än en fråga, att forskaren önskar att alla

ska presenteras sig ”in i kameran”. Därmed markerar hon att mötet också öppnas mot forskningsstudien samtidigt som hon synliggör forskaren som person ”du”. Förslaget att alla introducerar sig med namn i riktning mot kameran ger en indikation på vad FK-handläggaren föreställer sig att forskarna behöver veta för att förstå situationen. Utan att invänta svar på detta initiativ visar FK-handläggaren genom sitt eget handlande vad hon vill att övriga ska göra. Dessa följer hennes exempel genom att med blicken in i kameran presentera sig med namn och i vilken egenskap man deltar. Värt att notera är att allt detta sker först efter att FK-handläggaren kontrollerat med forskaren att kameran är igång och att allt är klart för inspelning. FK-handläggarens agerande kan förstås som ett sätt att få kontroll över det som avviker i den annars välbekanta situationen. På detta sätt användes inspelningssituationen som ett medel för att etablera och upprätthålla specifika identiteter (Gordon, 2013). När FK-handläggaren vänder sig mot kameran upplyser hon aktivt om såväl sin egen som övriga deltagares mötesidentiteter. Inspelningssituationen förstärkte sålunda den institutionella ordningen och de identiteter som var och en förväntades ta under mötet.

Händelsen kan också förstås som ett sätt för FK-handläggaren att vara följsam och underlätta för forskaren och för genomförandet av studien. Förfarandet kan också vara ett utslag av ansvarstagande gentemot övriga medverkanden. En sådan tolkning ter sig särskilt rimlig i ljuset av FK-handläggarens kommentar när mötet just har avslutats.

”Då får du stänga av kameran.”

På motsvarande sätt som FK-handläggaren öppnat mötet för forskningsstudien, stänger hon det genom att instruera forskaren att stänga av kameran. FK-handläggaren markerar därmed en slags gräns för vad hon tänker sig ska ingå i datainsamlingen. Som ledare för mötet har FK-handläggaren större möjlighet att hantera den svårighet som närvaron av kamera och forskare kan utgöra. Övriga medverkande har inte samma position och får därmed handskas med situationen på ett mer informellt sätt. Detta märks genom det lätt skämtsamma samtal som ägde rum precis före det formella öppnandet av mötet.

EXEMPEL 2

Avstämningsmöte med Försäkrad, FK-handläggare, Läkare, Rehabsamordnare

1 RS det [är ju nytt
 2 FK [doktor ska sitta där tror jag=
 3 L så.
 4 FK =så vi kommer med på bild allihopa
 5 dF [så vi fick inte sitta var vi ville
 6 RS [det är ju nytt för oss så *det behöver du inte
 känna
 /.../
 14 L *nej det är osminkat*

Skratt och skämtsamma kommentarer är ett mycket vanligt sätt att handskas med obekväma situationer, särskilt om detta inträffar i en institutionell miljö. I sådana

sammanhang är skratt inte relaterat till något som uppfattas som roligt, vilket är det vanliga i vardagliga samtal. Istället är skrattet ett tecken på att situationen uppfattas som något ”konstigt” eller ”känsligt” (Haakana, 2001). Av det skälet blir det mer intressant att studera tillsammans med vem vi skrattar än åt vad. En spännande iakttagelse i ovanstående exempel är att alla är med i skrattet. Både institutionella parter och den försäkrade deltar och de uttrycker alla en liknande känsla av ett lätt obehag inför filminspelningen. I den här stunden går de samman som ett gemensamt team vilka delar samma slags erfarenhet som i en institutionell kontext är ovanlig.

Omedelbara reaktioner på närvaron av kameran och en observatör utgjorde bara en ytterst liten del av observationseffekten, dvs. det faktum att forskningspersonerna (de som studeras) påverkas av inspelningen, och att deras reaktioner kan värderas för förståelsen av specifika fenomen (Monahan & Fisher, 2010). I samband med intervjuerna efter varje möte noterade vi hur ett antal intervjupersoner gjorde anmärkningar omkring inspelningen och på vilket sätt den kunde ha påverkat mötet och olika deltagares sätt att agera. Nedanstående citat från intervjun med en rehabiliteringssamordnare är ett sådant exempel.

”Idag det var ett väldigt bra möte, och så, sen om det beror att det filmades eller inte, det vet jag inte. Det är så att alla skärper i sig när man ska bli filmad, intervjuad, och så. Så är det.”

Rehabiliteringssamordnaren framhåller att mötet kanske blev framgångsrikt på grund av att det spelades in. Ytterligare några institutionella aktörer beskrev liknande tankar. Man tillstod att inspelningen var något alla mötesdeltagare tänkte på och att det också märktes på samtliga. Anmärkningarna handlade dock om att mötet hade påverkats i positiv bemärkelse och de följdes vanligtvis av kommentarer om potentiella pedagogiska effekter på deltagarna. Vetskapen om att man deltar i ett möte som spelas in för en forskningsstudie med syfte att studera det kommunikativa samspelet kan givetvis medföra att visst agerande som annars passerar obemärkt förbi korrigeras. Forskningspersonerna kan agera på ett visst sätt och därmed framställa sig själva i en mer positiv dager (e.g. Gordon, 2013; Speer & Hutchby, 2003). Samtidigt uppfattades medverkan i studien kunna bidra till ökad förståelse för det kommunikativa samspelet. Om studien skulle uppvisa mindre bra sätt att kommunicera och agera i ett avstämningsmöte ansågs detta kunna leda till att såväl rutiner som personliga arbetssätt skulle ändras och förfinas. Utifrån ovan nämnda skäl uppfattades situationen att ha blivit observerad (och inspelad) inte så mycket som en negativ kontroll. Snarare uppfattades det som en möjlig knuff framåt för att kunna förbättra det egna arbetssättet. Detta utgör ytterligare bevis för att användningen av videoinspelning i institutionella samtal av den här typen snarare är till godo än till ondo för mötet och dess deltagare. Det stämmer överens med påpekandet från Hutchby et. al. (2013), att också deltagare i känsliga situationer som t.ex. familjeterapi uppfattar närvaron av en kamera som positiv och värdefull för mötet. Detta är i sig ett viktigt forskningsresultat som skulle kunna genomsyra utvecklingsarbetet omkring avstämningsmötet och dess organisering.

Kvalitativ forskning influeras i hög grad av forskaren och den position hon intar (Mason, 2002). Det gäller såväl det praktiska omkring datainsamling som teoretiska utgångspunkter vid analysen av materialet. I vår studie blir det t.ex. tydligt att filminspelningen påverkar vad som går att studera och att inspelningssituationen i sig i viss mån inverkar på resultatet dvs. vad som hände i olika möten. Forskare, forskningspersoner (de som studeras) och teknik kan sammantaget skapa delvis nya situationer som förändrar det ”vanliga” eller ”normala”. Som Speer (2002) noterar, minskar detta inte värdet av det datamaterial som samlats in. Tvärtom visar det oss en annan dimension av forskningsprocessen och uppenbarar forskningspersonernas attityd till studien. På det sättet kan videoinspelning betraktas som en interaktiv process vilken aktivt samkonstrueras av forskare och forskningspersoner tillsammans (Lomax & Casey, 1998).

Transkriptionsnyckel

(.)	paus kortare än 1 sekund
(1.5)	paus 1 sekund eller längre
.	punkt markerar fallande tonfall
,	kommatecken indikerar tonfall för fortsättning
?	frågetecken markerar frågande tonfall
-	avbrutet tal
:	utdragning av föregående ljud eller bokstav
°lågmlt°	påtagligt tystare än omgivande tal
<u>betoning</u>	stark betoning av ett eller flera ord
.hh/hh	hörbar inandning/utandning, ju fler 'h:n' desto mer utdragen
med skratt	ord som sägs med skratt i rösten
heh	markerar att någon skrattar till mycket kort
[inledning av överlappande tal
]	avslutning av överlappande tal (markeras endast vid längre perioder)
=	sammanbinder ord före och efter likhetstecken trots radbyte
(xx)/(xxx)	ohörbart tal för ett ord/flera ord i rad
(gissning)	osäker tolkning
(())	kommentar eller beskrivning av icke verbal aktivitet
/.../	utesluten del från den ursprungliga transkriptionen

Referenser

- Agar, M. H. (1985). Institutional discourse. *Text*, 5, 147-168.
- Arminen, I. (2005). *Institutional interaction: Studies of talk at work*. Burlington, VT: Ashgate.
- Bell, A. (1984). Language style as audience design. *Language in Society*, 13(02), 145-204.
- Bengtsson Malmeblad, L., Edwardson Stiwne, E., & Ekberg, K. (2007). *Avstämningsmötet: En utredningsmetod*. Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle (IHS).
- Bergmann, J. R. (1992). Veiled morality: Notes on discretion in psychiatry. I P. Drew & J. Heritage (Red.), *Talk at work. Interaction in institutional settings*. (s. 137-162). Cambridge: Cambridge University Press.
- Brante, T. (2013). Institution. *Nationalencyklopedin*, on-line genom biblioteket, Högskolan i Jönköping, hämtad 2013-11-10.
- Bülow, P. H. (2003). Making sense of contested illness: Talk and narratives about chronic fatigue. Linköpings universitet, Linköping.
- Bülow, P. (2009). "Röster" i samtal om arbetsförmåga - Kommunikativa processer i avstämningsmöten. *Socialmedicinsk tidskrift*, 86(3), 275-287.
- Bülow, P. (2012). Delaktighet i tvärprofessionella flerpartssamtal. I P. Bülow, D. Persson Thunqvist & I. Sandén (Red.), *Delaktighetens praktik. Det professionella samtalets villkor och möjligheter* (s. 91-113). Lund: Gleerups.
- Bülow, P. (2013). Fallberättelser om arbetslivsinriktad rehabilitering - en fokusgruppsstudie *Research Report, No 1*. Jönköping: Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping.
- Bülow, P., & Ekberg, K. (2009). *Avstämningsmötet som mötesplats och metod för återgång i arbete*. Linköpings universitet: Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering, IHS Rapport 2009:1.
- Bülow, P., Persson Thunqvist, D., & Sandén, I. (Red.). (2012). *Delaktighetens praktik. Det professionella samtalets villkor och möjligheter*. Lund: Gleerups.
- Cannella, G. S., & Lincoln, Y. S. (2007). Predatory vs. dialogic ethics: Constructing an illusion or ethical practice as the core of research methods. *Qualitative Inquiry*, 13(3), 315-335.
- Contandriopoulos, D. (2004) A sociological perspective on public participation in health care, *Social Science & Medicine*, 58: 321-330
- Drew, P., & Heritage, J. (1992). Analyzing talk at work: an introduction. I P. Drew & J. Heritage (Red.), *Talk at work. Interaction in institutional settings*. (s. 3-65). Cambridge: Cambridge University Press.

- Dynel, M. (2011). Revisiting Goffman's postulates on participant statuses in verbal interaction. *Language and Linguistics Compass*, 5(7), 454-465.
- Erickson, F. (1976). Gatekeeping encounters: A social selection process. I P. R. Sanday (Red.), *Anthropology and the public interest: Fieldwork and theory* (s. 111-145). New York: Academic Press.
- Erlingsdóttir, G. (1999). *Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*. Lunds universitet: Företagsekonomiska institutionen.
- FKFS 2010:35. *Försäkringskassans föreskrifter om avstämningsmöte*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2005). Avstämningsmötet. Försäkringskassans metodundersökning 2004. *Försäkringskassan analyserar 2005:18*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2007). Vad händer efter avstämningsmötet? *Försäkringskassan analyserar 2007:3*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2010). Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete? *Socialförsäkringsrapport 2010:9*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan. (2014). Sjukpenning och samordnad rehabilitering, Vägledning 2004:2, version 21.
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis*. New York: Harper & Row.
- Goffman, E. (1981). *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Goffman, E. (1983). The interaction order. *American Sociological Review*, 48, 1-17.
- Goodwin, C. (2007). Participation, stance and affect in the organization of activities. *Discourse & Society*, 18(1), 53-73.
- Goodwin, C., & Heritage, J. (1990). Conversational analysis. *Annual Review of Anthropology*, 19, 283-307.
- Gordon, C. (2003). Aligning as a team: Forms of conjoined participation in (stepfamily) interaction. *Research on Language and Social Interaction*, 36(4): 395-431
- Gordon, C. (2013). Beyond the observer's paradox: the audio-recorder as a resource for the display of identity. *Qualitative Research*, 13(3) 299–317.
- Guillemin, M., & Gillam, L. (2004). Ethics, reflexivity, and "ethically important moments" in Research. *Qualitative Inquiry*, 10(2), 261-280.
- Gustavsson, A. (Red.). (2004). *Delaktighetens språk*. Lund: Studentlitteratur.
- Haakana, M. (2001). Laughter as a patient's resource: Dealing with delicate aspects of medical interaction. *Text*, 21(1-2), 187-219.
- Hagelund, A., & Bryngelson, A. (2013). Change and resilience in welfare state policy. The politics of sickness insurance in Norway and Sweden. *Social Policy & Administration*, doi:10.1111/spol.12009.

- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice* (3 utg.). London: Taylor & Francis e-Library.
- Heath, C., Hirdmarsh, J., & Luff, P. (2010). *Video in qualitative research: Analysing social interaction in everyday life*. London: Sage Publications.
- Heller, M. (2006). Discourse and interaction. I D. Shiffrin, D. Tannen & H. Hamilton (Red.), *The handbook of discourse analysis* (s. 250-264). Oxford: Blackwell Publishing.
- Helman, C. G. (1988). Psyche, soma, and society: The social construction of psychosomatic disorders. I M. Look & D. Gordon (Red.), *Biomedicine examined* (s. 95-122). Dordrecht: Kluwer Academic.
- Heritage, J. (2005). Conversation analysis and institutional talk. I K. L. Fitch & R. E. Sanders (Red.), *Handbook of language and social interaction* (s. 103-147). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hetzler, A. (2009). *Delaktighet under hot. Den nya förvaltningen*. Malmö: Bokbox förlag.
- Hutchby, I., O'Reilly, M. and Parker, N. (2012) Ethics in praxis: Negotiating the presence and functions of a video camera in family therapy. *Discourse Studies*, 14(6) 675–690.
- Hutchby, I., & Wooffitt, R. (1998). *Conversation analysis*. Cambridge: Polity Press.
- Jeffmar, C. (2003). Avstämningsmötet. Underlagsrapport gällande genomförandet under hösten 2003. Promemoria, Riksförsäkringsverket, Stockholm.
- Jenkins, R. (2008). *Social identity* (3 ed.). London: Routledge.
- Johnson, B. (2010). *Kampen om sjukfrånvaron*. Lund: Arkiv förlag.
- Kangasharju, H. (1996). Aligning as a team in multiparty conversation. *Journal of Pragmatics*, 26, 291-319.
- Kvarnström, S., Willumsen, E., Andersson-Gäre, B., & Hedberg, B. (2012). How service users perceive the concept of participation, specifically in interprofessional practice. *British Journal of Social Work*, 42(1), 129-146.
- Kykyri, V.-L. (2008). *Helping clients to help themselves: A discursive perspective to process consulting practices in multi-party settings*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Kykyri, V.-L., Puutio, R., & Wahlström, J. (2010). Inviting participation in organizational change through ownership talk. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 46(1), 92-118.
- Linde, S. & Svensson, K. (2013). *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter*. Stockholm: Liber.
- Lindqvist, R. (2000). Att sätta gränser. Organisationer och reformer i arbetsrehabilitering. Umeå: Borea.
- Linell, P. (1990a). De institutionaliserade samtalens elementära former: om möten mellan professionella och lekmän. *Forskning om utbildning*, 17(4), 18-35.

- Linell, P. (1990b). Om gruppsamtalets interaktionsstruktur. I U. Nettelbladt & G. Håkansson (Red.), *Samtal och språkundervisning. Studier till Lennart Gustavssons minne* (s. 39-53). Linköping: Linköping Studies in Arts and Science.
- Linell, P. (1991). Samtalet mellan experten och lekmannen. *SPOV - studier av den pedagogiska väven 11*, 26-31.
- Linell, P. (1994). *Transkription av tal och samtal: Teori och praktik*. Linköping: Linköpings universitet, Tema Kommunikation.
- Linell, P. (1998). *Approaching dialogue. Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Linell, P., & Gustavsson, L. (1987). *Initiativ och respons. Om dialogens dynamik, dominans och koherens*. Linköpings universitet, Tema Kommunikation.
- Lomax, H. & Casey, N. (1998). 'Recording Social Life: Reflexivity and Video Methodology' *Sociological Research Online*, 3(2).
- Malouf, R. (1995). Towards an analysis of multi-party discourse. (online), <http://hpsg.stanford.edu/rob/talk/node2.html>.
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching, 2nd edition*. London: Sage Publications.
- Mattsson, T. (2008). *Ungas delaktighet. Exemplet institutionsvård*. Forskningsrapport 2:2008. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS.
- Mishler, E. G. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Alex Publishing Corporation.
- Molin, M. (2004). Delaktighet inom handikappområdet. I A. Gustavsson (Red.), *Delaktighetens språk* (s. 61-81). Lund: Studentlitteratur.
- Monahan, T. & Fisher, J. (2010). Benefits of 'observer effects': lessons from the field. *Qualitative Research*, 10(3) 357-376.
- Nelson, H., Lindemann. (2001). *Damaged identities, Narrative repair*. London: Cornell University Press.
- Nguyen, H. T. (2011). Boundary and alignment in multiparty conflict talk. *Journal of Pragmatics*, 43(6), 1755-1771.
- Sarangi, S., & Roberts, C. (1999). The dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings. I S. Sarangi & C. Roberts (Red.), *Talk, work and institutional order. Discourse in medical, mediation and management settings* (s. 1-57). Berlin: Mouton de Gruyter.
- Shaw, I. F. (2003). Ethics in qualitative research and evaluation. *Journal of Social Work*, 3(1), 9-29.
- Shaw, I. F. (2008). Ethics and the practice of qualitative research. *Qualitative Social Work*, 7(4), 400-414.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data: Methods for analyzing talk, text and interaction* (3:e uppl.). London: Sage.

- Speer, S. (2002). 'Natural' and 'contrived' data: a sustainable distinction? *Discourse Studies*, 4(4): 511–525.
- Speer, S. & Hutchby, I. (2003). From Ethics to Analytics: Aspects of Participants' Orientations to the Presence and Relevance of Recording Devices. *Sociology*, 37(2): 315–337.
- van de Sande, C. C., & Greeno, J. G. (2012). Achieving alignment of perspectival framings in problem-solving discourse. *The Journal of the Learning Sciences*, 21(1), 1-44.
- Wilińska, M., & Henning, C. (2011). Old age identity in social welfare practices. *Qualitative Social Work*, 10(3), 345-363.

Bilagor

Bilaga 1. Informationsbrev till försäkrade

Bilaga 2. Informationsbrev till professionella/myndighetspersoner

Bilaga 3. Informationsbrev till arbetsgivarrepresentanter

Bilaga 4. Frågeguide försäkrade

Bilaga 5. Frågeguide samtliga utom den försäkrade

Informationsbrev till deltagare i studie om Sjukskrivnas delaktighet i bedömningen av den egna Arbetsförmågan - *Försäkrad*

En studie om sjukskrivnas delaktighet i bedömningen av den egna arbetsförmågan

Försäkringskassan i Jönköping län tillsatte hösten 2011 en arbetsgrupp med uppgift, att inom ramen för rådande lagstiftning och metodstöd, formulera en modell som avser öka samverkan mellan olika rehabiliteringsaktörer och förstärka den sjukskrivnes/ försäkrades möjlighet till delaktighet. Arbetsmodellen prövas nu vid avstämningsmöten för sjukskrivna patienter vid fyra olika vårdenheter inom Jönköpings län. Tillsammans med forskare från Hälsohögskolan följs arbetet enligt den nya modellen genom ett mindre forskningsprojekt.

Du tillhör en grupp personer som genom detta brev tillfrågas om medverkan i det aktuella projektet då Du är kallad till ett avstämningsmöte omkring bedömningen av din arbetsförmåga och dina behov av rehabilitering. Det vi vill studera är den kommunikativa processen i avstämningsmöten samt undersöka den sjukskrivnes dvs. din upplevelse av mötet som ett stöd för återgång till arbete och din möjlighet till delaktighet i mötet.

Studien är upplagd så att ett tiotal avstämningsmötet i sin helhet kommer att spelas in med videokamera och digital ljudinspelare. En forskare kommer att närvara som tyst observatör i ”utkanten” av mötet. Efter avslutat möte tillfrågas samtliga mötesdeltagare om deltagande i en intervju om mötet. Intervjun spelas in med digital ljudinspelare. Som patient/försäkrad kommer du dessutom att få några frågor omkring din sjukskrivning och om hur du ser på din arbetsförmåga och möjlighet att återgå till arbete.

Allt som dessa samtal handlar om – under mötet och i efterföljande intervjuer – kommer att behandlas konfidentiellt. I den rapport och de vetenskapliga texter som studien så småningom ska leda fram till kommer alla namn på personer och orter liksom andra uppgifter som skulle kunna röja vem det handlar om att ändras och presenteras så att det inte går att identifiera vem eller vilka personerna är.

Deltagande i projektet är givetvis frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att ange något skäl för detta.

Om du har några frågor är du välkommen att ringa projektledare Pia Bülow telefon 036-10 12 27 eller 070-22 70 500.

Jönköping januari 2013

Pia Bülow
 Avdelningschef/Fil. Dr.
 Avdelningen för beteendevetenskap
 och socialt arbete
 Hälsohögskolan , Högskolan i Jönköping

Monika Wilińska
 Lektor/Fil.Dr.
 Avdelningen för beteendevetenskap
 och socialt arbete
 Hälsohögskolan , Högskolan i Jönköping

Informationsbrev till deltagare i studie om Sjukskrivnas delaktighet i bedömningen av den egna arbetsförmågan – *Professionella*

En studie om sjukskrivnas delaktighet i bedömningen av den egna arbetsförmågan

Försäkringskassan i Jönköpings län tillsatte hösten 2011 en arbetsgrupp med uppgift att – inom ramen för rådande lagstiftning och metodstöd – formulera en modell som avser öka samverkan mellan olika rehabiliteringsaktörer och förstärka den sjukskrivnes/ försäkrades möjlighet till delaktighet. Arbetsmodellen prövas nu på avstämningsmöten för patienter sjukskrivna av fyra olika vårdenheter inom Jönköpings län. Tillsammans med forskare från Hälsö högskolan följs arbetet enligt den nya modellen genom ett mindre forskningsprojekt.

Du tillhör en grupp personer som genom detta brev tillfrågas om medverkan i det aktuella projektet då Du är kallad till ett avstämningsmöte. Det vi vill studera är den kommunikativa processen i avstämningsmöten samt undersöka den sjukskrivnes upplevelse av mötet som ett stöd för återgång till arbete och sin delaktighet i mötet.

Studien är upplagd så att ett tiotal avstämningsmöten i sin helhet kommer att spelas in med videokamera och digital ljudinspelare. En forskare kommer att närvara som tyst observatör i ”utkanten” av mötet. Efter avslutat möte tillfrågas samtliga mötesdeltagare om deltagande i en intervju om mötet. Intervjun spelas in med digital ljudinspelare.

Allt som dessa samtal handlar om – under avstämningsmötet och i efterföljande intervjuer – kommer att behandlas konfidentiellt. I den rapport och de vetenskapliga texter som studien så småningom ska leda fram till kommer alla namn på personer och orter liksom andra uppgifter som skulle kunna röja vem det handlar om att ändras och presenteras så att det inte går att identifiera vem eller vilka personerna är.

Deltagande i projektet är givetvis frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att ange något skäl för detta.

Om du har några frågor är du välkommen att ringa projektledare Pia Bülow telefon 036-10 12 27 eller 070-22 70 500.

Jönköping januari 2013

Pia Bülow
 Avdelningschef/Fil. Dr.
 Avdelningen för beteendevetenskap
 och socialt arbete
 Hälsö högskolan , Högskolan i Jönköping

Monika Wilińska
 Lektor/Fil.Dr.
 Avdelningen för beteendevetenskap
 och socialt arbete
 Hälsö högskolan , Högskolan i Jönköping

Informationsbrev till deltagare i studie om Sjukskrivnas delaktighet i bedömningen av den egna arbetsförmågan – *Arbetsgivare*

En studie om sjukskrivnas delaktighet i bedömningen av den egna arbetsförmågan

Försäkringskassan i Jönköpings län tillsatte hösten 2011 en arbetsgrupp med uppgift att – inom ramen för rådande lagstiftning och metodstöd – formulera en modell som avser öka samverkan mellan olika rehabiliteringsaktörer och förstärka den sjukskrivnes/ försäkrades möjlighet till delaktighet. Arbetsmodellen prövas nu på avstämningsmöten för patienter sjukskrivna av fyra olika vårdenheter inom Jönköpings län. Tillsammans med forskare från Hälsohögskolan följs arbetet enligt den nya modellen genom ett mindre forskningsprojekt.

Du tillhör en grupp personer som genom detta brev tillfrågas om medverkan i det aktuella projektet då Du som arbetsgivarrepresentant är kallad till ett avstämningsmöte. Det vi vill studera den kommunikativa processen i avstämningsmöten samt undersöka den sjukskrivnes upplevelse av mötet som ett stöd för återgång till arbete och sin möjlighet till delaktighet i mötet.

Studien är upplagd så att ett tiotal avstämningsmötet i sin helhet kommer att spelas in med videokamera och digital ljudinspelare. En forskare kommer att närvara som tyst observatör i ”utkanten” av mötet. Efter avslutat möte tillfrågas samtliga mötesdeltagare om deltagande i en intervju om mötet. Intervjun spelas in med digital ljudinspelare.

Allt som dessa samtal handlar om – under avstämningsmötet och i efterföljande intervjuer – kommer att behandlas konfidentiellt. I den rapport och de vetenskapliga texter som studien så småningom ska leda fram till kommer alla namn på personer och orter liksom andra uppgifter som skulle kunna röja vem det handlar om att ändras och presenteras så att det inte går att identifiera vem eller vilka personerna är.

Deltagande i projektet är givetvis frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att ange något skäl för detta.

Om du har några frågor är du välkommen att ringa projektledare Pia Bülow telefon 036-10 12 27 eller 070-22 70 500.

Jönköping januari 2013

Pia Bülow
Avdelningschef/Fil. Dr.
Avdelningen för beteendevetenskap
och socialt arbete
Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping

Monika Wilińska
Lektor/Fil.Dr.
Avdelningen för beteendevetenskap
och socialt arbete
Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping

Intervjuguide i studie om Sjukskrivnas delaktighet i bedömningen av den egna arbetsförmågan – *den sjukskrivna/försäkrade*

Öppningsfråga

Berätta hur det kändes att delta i dagens/gårdagens avstämningsmöte...

Vad som hände under mötet

Vad uppfattade du hände under mötet?/Kan du berätta om vad som hände under mötet?

Utifrån ditt perspektiv, vad tyckte du hände under mötet?

Hände det något eller sa någon något under mötet som förvånade dig?

Fattades det några viktiga beslut omkring dig och din rehabilitering?

Vilka deltog i besluten? Saknade du några beslut som inte fattades?

Vilken roll spelade du för de beslut som fattades/inte fattades?

Tid och plats för mötet

Hur blev du inbjuden till mötet?

Fick du en kallelse till en viss tid eller kunde du påverka när och var mötet skulle hållas?

Om inte, vad skulle du ha velat ändra när det gäller tid och plats för mötet?

Mötesdeltagarna och frånvarande möjliga deltagare

Fick du frågor om vilka personer du ville skulle delta?

Hade du träffat alla personer som var med på mötet tidigare?

Vilken typ av kontakt har du haft tidigare med var och en av de som var med?

(I vilka sammanhang har du träffat övriga deltagare före avstämningsmötet?)

Saknade du någon eller några personer vid mötet som skulle ha kunnat bidra till (andra) viktiga beslut i rehabiliteringsprocessen?

Var det någon eller några som deltog vid mötet som inte hade behövt närvara?

Pratade du med någon av de andra deltagarna inför mötet om mötet?

Pratade du med någon annan inför mötet om mötet?

Den egna rollen inför och under mötet

Hade du förberett dig på något särskilt sätt inför avstämningsmötet?

Hade du några speciella förhoppningar eller farhågor inför mötet? Vad hände med dessa?

Vilken roll hade du under mötet överlag?

Känner du dig nöjd med den rollen eller hade du velat att den skulle ha sett annorlunda ut?
Hur?

Hur uppfattade du övriga mötesdeltagares roller och förhållningssätt visavi dig?

Har du tagit upp allt du ville vid avstämningsmötet?

Intervjuguide i studie om Sjukskrivnas delaktighet i bedömningen av den egna arbetsförmågan – *den sjukskrivna/försäkrade*

Sjukskrivningshistoria, arbetslivsinriktad rehabilitering och arbetsförmåga

Hur länge har du varit sjukskriven?

Vad gjorde att du blev sjukskriven?

Hur såg ditt liv ut innan du blev sjukskriven?

På jobbet?

Hemma?

Vad har hänt under sjukskrivningsperioden hittills?

Utredningar?

Behandlingar?

Arbets träning?

Deltidsfriskskrivning?

Utbildning?

Har du förändrats på något sätt under eller på grund av din sjukskrivning/sjukdom?

Hur ser du på möjligheten att återgå i ditt nuvarande arbete?

Behövs det några speciella åtgärder?

Tänker du dig att du kan återgå på samma sätt som tidigare?

Hur ser du på möjligheten att arbeta med något helt annat?

Vad skulle behövas för att det skulle bli möjligt?

Om du fick välja helt fritt, vad skulle du då vilja arbeta med?

Vad tror du att du gör om ett halvår? ... om tre år?

Intervjuguide i studie om Sjukskrivnas delaktighet i bedömningen av den egna arbetsförmågan – *professionella och arbetsgivare*

Öppningsfråga

Vad tyckte du om avstämningsmötet idag?

Vad som hände under mötet

Kan du berätta om vad som hände under mötet?

Hände det något eller sa någon något under mötet som förvånade dig?

Fattades det några beslut? Vilka?

Saknade du att några speciella beslut fattades? Vilka?

Hur viktiga anser du att detta/dessa beslut är för den fortsatta rehabiliteringsprocessen för X?

Mötesdeltagarna och frånvarande möjliga deltagare

Saknade du någon eller några personer vid mötet som skulle ha kunnat bidra till (andra) viktiga beslut i rehabiliteringsprocessen?

Var det någon eller några som deltog vid mötet som inte hade behövt närvara?

Vad visste du i förväg om avstämningsmötets syfte?

På vilket sätt hade du förberett dig inför dagens avstämningsmöte?

Hade du några speciella förhoppningar eller farhågor inför avstämningsmötet?

Vad hände med dessa?

Hur upplevde du din roll i mötet?

På vilket sätt bidrog du till diskussioner och beslut?

Tidigare erfarenhet

Har du varit på andra avstämningsmöten av detta slag i samma roll/i någon annan roll?

Hur ser du på din roll som i den här typen av möten?

Om du jämför med andra avstämningsmöten som du har deltagit i... hur var detta?

Vad tror du skulle ha hänt med just den här patienten om inte dagens avstämningsmöte skulle ha gjorts?

