

Det bräckliga förtroendet – om Försäkringskassans bemötande av smärtpatienter

Av Stina Melander och Benjamin Claréus

Refereevurdert

Sammandrag

Försäkringskassan är den myndighet som administrerar huvuddelen den svenska socialförsäkringen. Medborgarnas förtroende för myndigheten har i olika mätningar visat sig vara lågt. Syftet med den här studien är att fördjupa förståelsen och kunskapen om Försäkringskassans förtroendesiffror genom att undersöka hur smärtdrabbade individer upplever mötet med myndigheten. Smärtdrabbade individer har som grupp stor erfarenhet av kontakter med Försäkringskassan, framförallt i samband med sjukskrivningar. Studien har både en kvantitativ och en kvalitativ metodologisk ansats. Genom en enkät har faktorer som är kopplat till ett lågt respektive högt förtroende bland smärtdrabbade individer identifierats och undersökts. Enkäten har följts upp av intervjuer där fokus legat på hur och varför just dessa faktorer påverkar förtroendet. En slutsats är att det låga förtroendet kan kopplas till Försäkringskassans dubbla legitimitetsgrunder – den byråkratiska och den professionella. Visserligen innebär ett negativt besked i någon form att förtroendet sjunker, men detta kan till viss del vägas upp av ett gott bemötande. Ett gott bemötande definieras av de smärtdrabbade som ett personligt möte där myndighetens handläggare förmår att balansera den byråkratiska legitimitetens krav på förutsägbarhet med den professionella legitimitetens krav på personlig bedömning.

1. Inledning

«Hur kan folk lita mer på Skattemyndigheten än på oss, de tar ju deras pengar, vi ger dem pengar?»¹ utbrast en chef på Försäkringskassan uppgivet, när Stina Melander

1. Skatteverket hette vid denna tidpunkt Skattemyndigheten.

var anställd där i slutet av 90-talet. Samma retoriska fråga ställs även i en rapport från Försäkringskassan från år 2014, vilket visar att dilemmat är lika aktuellt idag som tidigare.

Försäkringskassan är den myndighet som administrerar huvuddelen av den svenska socialförsäkringen och hanterar transfereringar motsvarande 5 procent av Sveriges BNP eller cirka 25 procent av hushållens disponibla inkomster (Försäkringskassan 2017a). Medborgarnas förtroende är emellertid lågt; bland annat visade en studie att 27 procent av de svarande hade litet eller ett mycket litet förtroende för Försäkringskassan (Hensing, Holmgren & Rohdén 2010). Förklaringar till de låga förtroendesiffrorna har sökts i allt ifrån individers egenuppfattade hälsotillstånd, till mediabevakningen och brister i bemötande (Hensing m.fl. 2010; Försäkringskassan 2012). Förtroendet påverkas även negativt av att många individer upplever maktlöshet och utsatthet när de interagerar med Försäkringskassans handläggare (Holmgren m.fl. 2018). Det är således ingen lätt uppgift för Försäkringskassan att förbättra sitt förtroende, men på vilket sätt just Försäkringskassan skulle ha svårare än Skatteverket eller den landstingsfinansierade sjukvården att förbättra sitt förtroende i mötet med allmänheten är okänt.

Syftet med denna studie är således att fördjupa förståelsen och kunskapen om Försäkringskassans förtroendesiffror genom att undersöka hur smärtdrabbade individer upplever mötet med myndigheten. Genom både en kvantitativ och kvalitativ metodologisk ansats har vi valt att studera förtroendet bland individer som lever med långvarig smärta.

Smärta är ett utbrett samhällsproblem som drabbar individer både fysiskt, socialt och ekonomiskt. Eftersom långvarig smärta kan leda till arbetsförmåga och därmed behov av ersättning från socialförsäkringen, kan denna grupp antas ha både fler och mer långvariga kontakter med Försäkringskassan än gruppen icke smärtdrabbade. Försäkringskassans egna siffror tyder på att det finns skillnader i förtroende baserat på vilken ersättning individer ansöker om (Försäkringskassan 2012). Genom att undersöka smärtdrabbade individers förtroende kan ökad förståelse fås för de variationer som finns bland de grupper som rapporten pekar ut med lägst förtroende, det vill säga personer som uppnått maximalt antal dagar i sjukförsäkringen, långtidssjukskrivna, personer med permanent arbetsskada, och personer som har fått avslag. I dessa grupper bör smärtdrabbade vara överrepresenterade. Eftersom handläggningen av dessa ärenden inte är automatiserad kan vi även jämföra kontaktens kontra utfallets betydelse för förtroendet. Detta görs dels med hjälp av en enkät som undersöker hur stort förtroende smärtdrabbade individer har för Försäkringskassan, samt vilka faktorer som är kopplat till ett lågt respektive högt förtroende inom denna grupp. Dels görs det genom intervjuer med smärtdrabbade individer, där fokus ligger på hur och varför just dessa faktorer påverkar förtroendet.

1.1. Att leva med smärta

Med smärtdrabbad menas här individer vars smärta är långvarig, det vill säga som varat i minst sex månader (Breivik m.fl. 2006). Eftersom smärta till sin natur är en subjektiv känslöförmåga mäts den vanligtvis genom att individen själv får klassificera hur ont hon eller han har (Werner 2010:187). Smärta som blir långvarig kan bero på underliggande sjukdom eller skada men smärtan kan också vara medicinskt oförklarad, och uppskattningsvis lever 20 procent av Sveriges befolkning med någon typ av långvarig smärta. Samhällets totala kostnad för sjukskrivning och vård relate-

rad till smärta beräknas årligen till över 85 miljarder svenska kronor, varav 7,5 miljarder kronor är direkta vårdkostnader och 80 miljarder kronor utgör indirekta kostnader till följd av exempelvis sjukskrivning och produktionsbortfall (SBU 2019). Utöver samhällets kostnader kan långvarig smärta få stora konsekvenser för den enskilda individen (Norrbrink och Lundeberg 2014), inte minst ekonomiska (Issa m.fl. 2012; Shaw m.fl. 2012). I Sverige är Försäkringskassan den myndighet som ansvarar för att betala ut sjukpenning samt sjukersättning. Sjukpenning ersätter förlorad arbetsinkomst i samband med sjukskrivning, och betalas ut efter en bedömning av individens arbetsförmåga i förhållande till arbetsmarknaden, prognos, rehabiliteringsmöjligheter och arbetskapacitet (Försäkringskassan 2015). Sjukersättning ges i sin tur till individer mellan 19 och 64 år som bedöms oförmögna till att kunna arbeta heltid på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning. Både sjukpenning och sjukersättning kan betalas ut på 25 procent, 50 procent, 75 procent eller 100 procent.

En försvärande faktor i kontakten med handläggarna är att smärta inte syns och inte alltid kan förklaras av kliniska fynd. Medicinskt oförklarade diagnoser visat sig skapa problem i mötet mellan patienter och vårdpersonal (Jakobsson 2007), och detta gäller rimligtvis även i mötet med Försäkringskassans handläggare. Eftersom rehabiliteringsmöjligheterna liksom den framtida prognosen för dessa individer anses oklara ska ansökan om sjukpenning och sjukersättning avslås enligt Försäkringskassans nuvarande riktlinjer (Försäkringskassan 2015). Detta påverkar troligtvis många smärtdrabbade individer, exempelvis har andelen avslag ökat sedan dessa riktlinjer infördes (Försäkringskassan, 2017c).

2. Förtroende som samhällstrend

Att människor litar på varandra och på myndigheter är grundläggande i ett väl fungerande samhälle. I sitt standardverk om förtroende argumenterar Niklas Luhman (2005) att det är förtroende mellan individer och gentemot samhällsliga institutioner som möjliggör dagens komplexa samhällen. Exempelvis är det först när människor litar på att andra människor hjälper till vid en olycka, att den skatt som betalas in verkligen används till det gemensamma och när medborgarna tror att det finns sociala skyddsnet som fångar upp dem vid sjukdom som de kan interagera som samhälls-individer. Förtroende handlar således dels om att vi konkret litar på andra människor, och dels om en mer abstrakt tilltro till samhällsinstitutioner och system (ibid 2005:43).

Medborgarnas förtroende för olika samhällsinstitutioner är överlag relativt stabilt över tid (Hensing m.fl. 2010; Statskontoret 2015). Förtroendet för Försäkringskassan har däremot fluktuerat påtagligt; från en kraftig minskning mellan 1999-2010 (Hensing m.fl. 2010) till en långsam ökning under 2010-2014. Nivån är emellertid fortfarande låg i förhållande till andra myndigheter och samhällsinstitutioner (Statskontoret 2015; Weissenbilder 2019). Försäkringskassans förtroende är påtagligt lägre än till exempel sjukvårdens som är en av de institutioner som svenska medborgare uppger att de har högst förtroende för (Hensing m.fl. 2010).

Historiskt har Försäkringskassans organisation påverkats starkt av olika samhällstrender, från 1980-talets decentraliseringsvurm, till 1990-talets fokus på marknadslösningar till det tidiga 2000-talets fokus på standardisering och centralisering. Dessa trender avspeglas både i myndighetens struktur och kommunikation (Andersson m.fl.

2012). Inte minst kan sammanslagningen av de olika länskassorna till en statlig myndighet mellan åren 2005 och 2008 ses som ett tecken i tiden. Den nya myndigheten kom att präglas av en påtaglig centralisering, med fokus på produktion och standardiserade handläggningsrutiner (Melander 2013). Under samma period fördes en intensiv samhällsdebatt om ett överutnyttjande av sjukförsäkringen vilket ledde till att reglerna stramades upp i flera steg (Johnson 2010).

De senaste åren har trenden vänt och debatten handlar mindre om hur myndigheterna är organiserade eller vad som produceras. Ett stort fokus ligger nu på hur myndigheter uppfattas, och hur relationen mellan politiker respektive medborgare till olika myndigheter ser ut. Inte minst har begreppet tillit slagit igenom på bred front och regeringens så kallade Tillitsdelegation har haft ett mycket starkt genomslag (Bringselius red. 2018). Tillit har i dessa sammanhang beskrivits som allt viktigare i en värld präglad av ökad förändringstakt i arbetslivet, ökad politisk misstro samt diskussioner om äkta kontra fabricerade nyheter (Norén Bretzer & Holmgren 2018). Ofta används förtroende som en synonym till tillit, men det går inte att tala om tillit i relationen mellan en handläggare på Försäkringskassan och en enskild individ som söker ersättning. Tillit förutsätter ömsesidighet (ibid), något som relationen mellan enskilda och tjänstemän av princip aldrig kan vara eftersom dessa relationer innebär en asymmetri där den ena parten har ett maktövertag (Hardin 1999). Detta resone-mang har även tillämpats på förtroende (t.ex. Hawdon 2008). Vi ser det dock som ett mer övergripande begrepp som kan användas både gentemot enskilda handläggare och gentemot myndigheten i stort. Ambitionen är emellertid inte att teoretiskt precisera begreppet förtroende, utan låta de smärtdrabbade själva fylla begreppet med innehåll när de beskriver huruvida de känner förtroende eller inte för Försäkringskassan. Förtroende är i denna studie således inte ett statiskt begrepp, utan ett komplext fenomen som föranleder olika praktiskt problem när socialförsäkringen implementeras i förvaltningens praktisknära nivå.

2.1. Förtroende i Förvaltningen

Att känna förtroende för en myndighet eller en tjänsteman är självklart inte samma sak som att lita på en medmänniska (Offe 1999:70). I den här studien är parterna varken socialt, juridiskt, eller ekonomiskt jämbördiga (Norén Betzler 2005). Förtroende för myndigheter är snarare ett uttryck för om individen accepterar den grundläggande idén bakom institutionen, och således ligger begreppet förtroende såsom det används här nära begreppet legitimitet.

Begreppen legitimitet och förtroende används ibland för att förklara varandra, och ibland som synonymer (Hawdon 2008). Ett sätt att särskilja begreppen åt är att hävda att medan legitimitet främst syftar på organisationer och specifika roller (t.ex. «Jag litar på Försäkringskassan och tycker det är korrekt att handläggarna där fattar beslut i mitt ärende»), handlar förtroende om specifika personer (t.ex. «Jag litar på handläggare x»). Begreppen kan också göras beroende av varandra genom att argumentera för att legitimitet uppnås när medborgarna känner förtroende för institutionen och dess procedurer (Rothstien 1987). Slutligen går det att särskilja begreppen beroende på hur de används i praktiken, där förtroende kan karaktäriseras som ett mer vardagligt begrepp.

Bo Rothstein har återkommande skrivit om att olika modeller för att organisera offentlig förvaltning bör förstås utifrån dess legitimitetsgrund (bland annat Rothstein 1987, 1994 och 2010). Han menar att medborgarnas förtroende för det politiska

systemet huvudsakligen avgörs av hur de konkret möter den offentliga politiken i och med myndigheternas implementering av politiska beslut. Det handlar inte enbart om medborgaren själv eller hennes närmaste tjänar eller förlorar på den förda politiken utan också på om medborgarna känner förtroende för den verkställande myndigheten (Rothstein 1987).

Det är anställda tjänstemän, i det här fallet Försäkringskassans handläggare, som i praktiken blir de som medborgarna möter och som således är bärare av förvaltningens legitimitet. Det är således de enskilda handläggarna som formar individens uppfattning av systemet genom att de implementerar de politiska besluten (Lipsky 1980). Denna potentiellt förtroendeskapande implementering kan göras utifrån olika legitimitetsgrunder (Stout 2013). De legitimitetsgrunder som Försäkringskassan bygger på kan beskrivas som den byråkratiska respektive den professionella modellen. Utgångspunkten för den byråkratiska modellen är att centralt beslutade regler gör utfallet förutsägbart för medborgarna (Weber 1946). Legitimiteten bibehålls genom att medborgarna accepterar premisserna (demokratiska val) för hur regelverket är utformat och tillämpningen bygger på att ämbetsmän fattar beslut enligt objektiva och sakliga principer. För medborgarna är detta förtroendeskapande i och med att de kan förutse vilka beslut som kommer att fattas samtidigt som de vet att andra i samma situation får samma beslut. Implementeringen av skattelagstiftningen kan fungera som ett exempel på den byråkratiska legitimiteten. Den professionella modellen utgår från beslut som kräver expertis och fackkunskap. Legitimiteten baseras på att den specifika implementeringen sker utifrån vetenskapligt grundad kunskap. Tjänstemännen som fattar besluten ska inte först och främst vara objektiva utan kompetenta på sitt sakområde. Förtroendet kommer av att medborgarna litar på att besluten som fattas i deras fall bygger på vetenskapligt grundad, korrekt kunskap. Vården och dess fokus på individuella bedömningar baserade på medicinsk expertis brukar vara det mest använda exemplet på den här legitimitetsmodellen.

Den del av socialförsäkringen som är direkt relaterad till smärtdrabbade, är framförallt sjukförsäkringen. Vid beslut om sjukpenning respektive sjukersättning finns ett tydligt regelverk som bestämmer vilka rekvisit och kriterier som ska vara uppfyllda (Söderberg 2011:390) men innebär samtidigt en kunskapsbaserad bedömning av arbetsförmågan (Socialstyrelsen 2006). Legitimitetsgrunden är således delad mellan den byråkratiska och den professionella modellen. Studier har visat att de senaste årens åtstramningar av reglerna för sjukpenning har förstärkt de byråkratiska elementen i processen (Ståhl, Müssener & Svensson 2012). Detta har påverkat handläggarnas dagliga arbete både vad gäller hur de tar kontakt med de som söker ersättning och vilka beslut de fattar (Lindqvist & Lundälv 2017). Den delade legitimitetsgrunden är således inte en teoretisk konstruktion utan något som handläggarna på myndigheten de facto brottas med (Hall 2003). Den byråkratiska modellens fokus på neutralitet kan till exempel komma att krocka med den professionella modellens hänsyn till den enskilda individens situation. Det är den här typen av krockar som den här studien behandlar. Utgångspunkten är emellertid inte handläggarnas erfarenheter och avvägningar, utan de föreställningar och förväntningar individer som kommer i kontakt med Försäkringskassan har.

3. Metod

För att undersöka vilka faktorer som påverkar smärtdrabbade individers förtroende för Försäkringskassan, har vi dels genomfört en enkät och dels en intervjustudie. Enkätens syfte var att undersöka vilka faktorer som påverkar en individs förtroende för Försäkringskassan. Intervjuerna har använts för att utveckla och fördjupa de resultat som framkommit i det kvantitativa materialet. Nedan presenteras metod och tillvägagångssätt för insamling samt bearbetning av det kvantitativa och kvalitativa materialet under separata rubriker.

3.1. Om enkäten

Enkäten riktade sig till individer som lever med olika typer av smärta. Frågorna handlade om deras levnadsförhållanden och smärta, samt deras syn på vården och Försäkringskassan. Inbjudan att delta skickades ut via svenska patientföreningar, sociala medier och vårdcentraler under 2017. Svar erhöles från total 1184 personer (se Claréus & Bäck, 2018). Enkättagarnas demografiska sammansättning är jämförbar med Sveriges population förutom att majoriteten identifierade sig som kvinnor (se även Claréus & Bäck, 2018), vilket speglar det faktum att fler kvinnor än män lever med smärta (Fillingim et al. 2009). Studiens syfte handlar emellertid om generell kunskap och förståelse av Försäkringskassans förtroendesiffror, och har således inte haft ambitionen att studera eventuella könsskillnader. Inga signifikanta skillnader observerades heller i svaren mellan kvinnor och män i frågor som rörde förtroendet för Försäkringskassan.

Från de 1184 personerna gjordes för denna studie ett urval och data analyserades endast från individer mellan 18 till 64 år och vars smärta varat längre än sex månader. Detta urval gjordes för att kunna mäta förtroendet bland individer inom en åldersgrupp som är potentiellt berättigad till sjukersättning och vars smärta kunde klassificeras som långvarig (Breivik m.fl. 2006). Vidare uteslöts personer som besvarat färre än 80 procent av frågorna, alternativt inte svarat på frågan om förtroende för Försäkringskassan.

Enkätdata analyserade från totalt 910 personer. 735 av dessa identifierade sig som kvinnor, 166 som män, nio personer identifierade sig som ett annat kön eller besvarade inte frågan. Deltagarnas genomsnittsalder var 47 år (*standardavvikelse* = 9,98). En beskrivning av urvalet finns i Tabell 1.

3.2. Variabler

Vi var i huvudsak intresserade av att analysera deltagarnas förtroende för Försäkringskassan. För att göra detta fick deltagarna uppskatta sitt förtroende för myndigheten («Har du förtroende för Försäkringskassan?») på en 7-gradig skala från 1 (*Nej, inte alls*) till 7 (*Ja, verkligen*). För att undersöka vilka faktorer som var associerat med förtroende inkluderades utöver demografiska variabler (ålder, könsidentitet, högsta utbildningsnivå, sysselsättning, sjukskrivningsgrad) även frågor om deltagarnas smärta («smärtkaraktäristiska»), inklusive hur länge de har upplevt smärta, om smärtan var kliniskt diagnosticerad och hur mycket de upplever att smärtan påverkar dem i vardagen (smärtinvaliditet). Smärtinvaliditet mättes genom att summera deltagarnas uppskattade invaliditet (1 = *Jag påverkas inte alls*, 10 = *Jag kan inte utföra denna aktivitet*) över sex dimensioner (socialt umgänge, fritidsaktiviteter, hushållsarbete, omsorg om övriga familjemedlemmar, lönearbete, sport och idrott). Vidare

undersöktes hur olika aspekter av deltagarnas förhållande till Försäkringskassan påverkade deras förtroende för densamma. Detta innefattade om de fått en sjukskrivning ifrågasatt av Försäkringskassan (*Ja, Nej*), huruvida de i nuläget uppbar någon typ av sjukersättning eller sjukpenning (*Ja, Nej*), och deras upplevda kontakt («Hur bedömer du dina kontakter med Försäkringskassan?»; 1 = *Mycket dåliga*, 7 = *Mycket goda*).

3.3. Om intervjuerna

Totalt intervjuades 33 personer som levde med långvarig smärta, varav 23 kvinnor och 10 män. Dessa var mellan 34 till 75 år gamla, och genomsnittsåldern var 51 år. Deltagarna rekryterades antingen via sociala medier, via enkäten, eller med hjälp av andra intervjupersoner. Till exempel tipsade en kvinna som intervjuades om att hennes man också levde med smärta. Vid rekryteringen eftersträvades medvetet en bredd vad gällde deltagarnas utbildningsnivå, yrkestillhörighet, ålder och bostadsort. Urvalet kan således sägas vara en kombination av ett strategiskt och ett bekvämlighetsurval. Det fanns inget samband mellan hur deltagarna hade rekryterats till studien och de svar vi fick. Målet i intervjuprocessen var att nå mättnad, det vill säga att svarsmönstren återkom (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011:44). Denna mättnad upplevde vi vad gällde synen på Försäkringskassan. Det ska dock betonas att deltagarna skilde sig mycket åt i många andra hänseenden och det kan inte nog kan betonas att smärtdrabbade är en heterogen grupp med individuella livssituationer. Exempelvis hade deltagarna olika och i vissa fall flera diagnoser, varav det vanligaste var smärta till följd av skada (10 stycken), diskproblem (8 stycken), fibromyalgi (5 stycken) och artros (6 stycken). Vid tiden för intervjun var elva deltagare yrkesverksamma under hel- eller deltid, åtta var arbetssökande eller sjukskrivna, elva uppbar sjukersättning och en var ålderspensionär.

Intervjuerna gjordes per telefon, förutom en som genomfördes i den intervjuades hem och tre som svarade via mejl. Anledningen till att vi främst genomförde telefonintervjuer var inledningsvis praktisk, men under intervjuernas gång framkom även andra fördelar med tillvägagångssättet. Dels möjliggjorde det en stor bredd i urvalet av deltagare, dels framhöll intervjupersonerna att de kunde prata väldigt öppet eftersom de, enligt egen utsago, glömde bort intervjuaren. Genomsnittstiden för intervjuerna var 74 minuter.

Semi-strukturerade guider vägledde samtalen samtidigt som informanterna gavs stora möjligheter att påverka innehållet. Frågorna handlade om deras livs- och smärthistoria, deras nuvarande situation både i hemmet och i arbetslivet och deras erfarenheter av mötet med vården och Försäkringskassan. Även om frågorna återkom i alla samtal varierande det i vilken grad samtalen handlade om just Försäkringskassan. I några intervjuer var Försäkringskassan det dominerande ämnet, i andra var det snarare relationen med vården som var i fokus. Detta speglade hur viktiga dessa relationer var, i betydelsen att de upptog deras tankar. Generellt sett ville de med negativa erfarenheter av Försäkringskassan prata mer om organisationen än de som hade positiva erfarenheter.

4. Vem känner förtroende för försäkringskassan?

Majoriteten av deltagarna i enkäten anger att de inte har något förtroende alls för Försäkringskassan, även om medelvärdet närmar sig ett neutralt värde av 4 (se Figur 1). Det finns emellertid ett fåtal deltagare som upplever att de verkligen har förtroende för myndigheten, och Tabell 2 visar variabler som kan förklara dessa skillnader. Relativt till urvalet som helhet när samtliga variabler var inlagda i modellen (steg 3), så hade de individer som gått i pension högre förtroende för Försäkringskassan ($b = .89$, $SF = .36$, $p < .05$), medan ingen statistisk skillnad fanns för yrkesverksamma eller studenter ($b = .45$, $SF = .29$, $p > .05$) och arbetslösa ($b = -.08$, $SF = .37$, $p > .05$). Andra demografiska variabler så som ålder, könsidentitet, högsta utbildningsnivå och sjukskrivningsgrad hade ingen signifikant koppling till förtroende. Vidare finns det vissa skillnader mellan deltagare baserat på deras smärtskarakteristiska. Mer precist finns ett samband mellan lägre förtroende för Försäkringskassan till att vara drabbad av en muskuloskeletal sjukdom (t.ex. spondylos; $b = -.47$, $SF = .13$, $p < .001$), sjukdom i urin- eller könsorganen (t.ex. endometriosis; $b = -.54$, $SF = .24$, $p < .05$) eller en skada till följd av yttre orsak (t.ex. whiplash; $b = -.39$, $SF = .19$, $p < .05$). Att smärtan är diagnosticerad överhuvudtaget samvarierade med ett högre förtroende ($b = .35$, $SF = .18$, $p < .05$), vilket indikerar att «osynlig» smärta kan vara en försvårande faktor i mötet med Försäkringskassan liksom det är i möten med vården (jämför Jakobsson 2007). Hög eller låg smärtninvaliditet samt hur länge någon levt med smärta var däremot inte signifikant kopplat till deltagarnas förtroende.

Även om enkätsvaren visar att det finns skillnader i förtroende baserat på sysselsättning och mellan personer med olika diagnoser, så var det framförallt aspekter av deltagarnas förhållande till Försäkringskassan som förklarar skillnader i förtroende ($\Delta R^2_{\text{justerad}} = .53$). Både effekten av att ha fått en sjukskrivning ifrågasatt ($b = -.92$, $SF = .36$, $p < .05$) samt upplevd kontakt med Försäkringskassan ($b = .63$, $SF = .03$, $p < .001$) var statistiskt signifikanta, och dessa samband är även visualiserade i Figur 2 och Figur 3. Detta innebär att även om deltagarna upplever sig ha en god kontakt med Försäkringskassan, så kommer erfarenheten av att de fått en sjukskrivning ifrågasatt att påverka deras förtroende negativt. Sambandet gäller emellertid även åt andra hållet; att även om deltagaren fått en sjukskrivning ifrågasatt, så kommer individens förtroende för Försäkringskassan antagligen vara högre om hen upplever sig ha god kontakt med myndigheten. Detta gäller även när de demografiska variablerna samt deltagarnas smärtskarakteristiska tas i beaktning.

Sammanfattningsvis tyder resultaten på att förtroendet för Försäkringskassan dels påverkas av de konkreta besluten och dels av bemötandet. Det är inte förvånande att individens förtroende påverkas negativt om hen har fått en sjukskrivning ifrågasatt eller upplever att kontakten med Försäkringskassan är dålig. Mer intressant är att förstå varför erfarenheten av ett ifrågasättande påverkar individen även om sjukpenningen senare beviljats, eftersom detta indikerar att ett negativt besked har en större påverkan på förtroendet än ett positivt. Det är även viktigt att beakta bemötandet, eftersom enkäten visar att en god kontakt kan mildra denna effekt. Vad en god kontakt innebär mer konkret framgår emellertid inte av enkätsvaren. I den kvalitativa delen undersöks därför vilka svårigheter kontakten med Försäkringskassan kan innebära för enskilda individer och vad som utgör ett gott bemötande just här.

4.1. Det negativa beskedets dynamik

Enkäten visade att den absoluta majoriteten inte hade något större förtroende för Försäkringskassan. Även i intervjuerna så är «nej» det vanligaste svaret på frågan om deltagarna känner förtroende för Försäkringskassan, även om det finns undantag. Erfarenheter av myndigheten diskuteras flitigt i olika nätverk och sociala medier. Det är i synnerhet de negativa erfarenheterna som förmedlas vidare till vänner eller inom patientföreningar, vilket intervjudeltagarna menar påverkar deras förtroende för myndigheten. Principen att negativa erfarenheter förmedlas vidare i större utsträckning än positiva är knappast unik för möten med Försäkringskassan. Intervjudeltagarna menade emellertid att i fallet Försäkringskassan undviker de att berätta om sina positiva erfarenheter. Detta för att inte riskera att hamna utanför i sociala sammanhang, eftersom de upplever att normen är att vara kritisk mot organisationen. Att förmedla en annan bild innebär en risk för den enskilde att hamna utanför gruppen eller att uppfattas som osolidarisk av andra med mer negativa erfarenheter.

Jag tror att mycket av rädslan sprids massmedialt. Mycket av rädslan sprids på de sociala medierna. Om du pratar med gemene man om Försäkringskassan så spyr ju alla galla över Försäkringskassan... Och att det är som att det är deras fel att reglerna ser ut som de gör. (Henrietta)

Intervjuerna bekräftar således det som framkom i enkäten, nämligen att ett negativt besked påverkar förtroendet för myndigheten mer än vad ett positivt besked gör. Annorlunda uttryckt så sänker ett negativt besked förtroendet, men det ökar inte i motsvarande grad vid ett positivt besked. Detta märks bland annat genom att de som fått negativa besked från Försäkringskassan pratade länge om detta under intervjun, inte minst om hur deras förväntningar grusats. Efter att de fått ett sjukintyg från en läkare, beskriver dessa deltagare att de räknade med att sjukskrivningen skulle godkännas och inte sällan hade de redan inrättat sina liv efter detta. Typfallet handlar om att de fått sin sjukskrivning förlängd och därmed inte återgått i arbete, men att Försäkringskassan i efterhand inte godkänt förlängningen. Detta leder i nästan alla fall till kännbart negativa ekonomiska konsekvenser för den enskilde. När individen istället självmant avbryter sin sjukskrivning trots att Försäkringskassan anser det olämpligt så föreligger ingen ekonomisk risk för den enskilde och förtroendet påverkas i mindre grad. Detta gäller exempelvis för Gerd, som levit med smärtproblematik sedan ungdomen. Gerd har i perioder arbetat mer än vad Försäkringskassan ansett vara lämpligt, något som varken skadat hennes ekonomiska situation eller hennes förtroende för myndigheten.

Jag har fullt förtroende för Försäkringskassan. De har aldrig någonsin ifrågasatt ett läkarintyg som jag har skickat in. Aldrig någonsin. Däremot har jag varit med om det motsatta, och det är att jag fick inte gå tillbaka in och friskförklara mig till Försäkringskassan, för några år sen. Utan den killen som jag hade då, han tyckte att jag skulle vara längre sjukskriven. (Gerd)

Det är således inte frånvaron av samsyn som leder till bristande förtroende, utan kontrollförlust och utsatthet. Majoriteten av de intervjuade beskriver hur de blir nervösa när de väntar på beslut från Försäkringskassan eftersom det innebär ett stort moment av osäkerhet i deras ögon. Osäkerheten handlar om att de har svårt att förutse vilket beslut de ska få, vilket kopplas samman med enskilda handläggares bedömningar. Flera av de intervjuade hävdar att besluten påverkas av vilken handläggare som ansvarar för ärendet:

Jag tycker inte att Försäkringskassan är rättssäker... Ungefär som när du går till [affären] och köper mjölk, och går du till ena kassan så kommer mjölken att kosta fem kronor, går du till nästa kassa så kostar den tjugo och går du till nästa kassa ändå så kostar den tio. Ungefär så upplever jag Försäkringskassan: Det beror på vilken handläggare du får. En del handläggare... inte många, är bra. Medan en del handläggare är rent katastrofala, och de är jättemånga. (Ruth)

Ruth som är citerad ovan berättar att hon en gång krävt att få byta handläggare efter att hennes sjukpenning inte blivit beviljad. Enligt henne ändrade den nya handläggaren omedelbart beslutet och beviljade henne ersättning utan att någon ny information tillkommit i ärendet. De grusade förväntningarna och upplevelsen av att besluten är personberoende illustrerar spänningen som finns mellan den byråkratiska och den professionella legitimitetsgrunden. Rätten till sjukskrivning vilar på en lagstiftning med tydliga kriterier för rätt till ersättning, samtidigt innebär ett kriterium en *bedömning* av arbetsförmågan (Arvidsson 2019). I vår studie är det uppenbart att de intervjuade inte alltid förstår hur dessa bedömningar görs och således får svårt att förutse utfallet. Även Försäkringskassans egna granskare har konstaterat att beslutsmotiveringen gällande bedömd arbetsförmåga och framtida rehabiliteringsmöjligheter oftast är bristande (Försäkringskassan 2017c).

4.2. Vi vill ha hela kakan (och äta upp den)

Samtidigt som de intervjuade efterfrågar ökad förutsägbarhet så efterfrågas även mer individanpassade beslut, önskningsar som i viss mån präglas av en inneboende motsättning eftersom individanpassning i sig leder till ökade svårigheter att förutse utfallet. En annan motsättning är att även om det finns en önskan om att handläggarna ska vara aktiva och se till den specifika situationen så misstros handläggarnas förmåga att göra dessa mer kontextuella bedömningar. Detta blir tydligt när deltagarna jämför Försäkringskassan med vården. Överlag är förtroendet för de behandlande läkarna avsevärt mycket högre än för Försäkringskassans handläggare, och flera av de intervjuade drar paralleller mellan yrkenas utbildningsnivå när de argumenterar för att Försäkringskassan inte bör ifrågasätta sjukintygen:

Den här... ortopedkirurgen... Jag skulle ju tippa att han har minst 12-14 års utbildning för att bli specialist och dessutom överläkare och kirurg. Och så sitter en socionomutbildad, eller vad de nu är, en handläggare på Försäkringskassan och går över hans beslut och säger att så är det inte. Så man kan ju liksom undra hur man betar sig. (Göran)

I flera fall bildar smärtdrabbade och läkare en pakt mot Försäkringskassan, där läkarna bekräftar och förstärker patienternas bild av myndigheten. Även om bemötandet som Försäkringskassans handläggare ger är viktigt, tydliggör detta att myndigheten inte agerar i ett vakuum. Förtroendet för Försäkringskassan skapas och förändras i interaktion med andra samhällsinstitutioner. Förtroende kan således vara svagt inte bara *gentemot* myndigheter utan även *mellan* myndigheter. Med andra ord – det är inte bara brukare som kan misstro en myndighet. Utifrån våra intervjuer verkar det huvudsakliga budskapet från andra myndighetspersoner och inte minst från anställda inom vården vara att Försäkringskassan inte fullgör sin uppgift på ett tillfredställande sätt. Detta gör att de smärtdrabbade patienterna bär med sig en misstro gentemot myndigheten redan innan de träffar handläggaren.

Och jag går ju fortfarande hos samma läkare, min läkare här på våran vårdcentral, och han säger: «Vi kan sluta som läkare, för det är ju ingen som liksom tror på oss i alla fall, från Försäkringskassan. De kan ju sitta och bedöma själva och sjukskriva folk i sådana fall. Och hur ska det sluta?» Han säger: «Jag sjukskriver ingen som jag inte anser är sjuk.» (Jennie)

De intervjuade framhåller att sjukförsäkringen bör ses som ett kontrakt, och när de har ett sjukintyg från en läkare men inte blir beviljade sjukpenning eller sjukersättning så anser de att kontraktet brutits. Att bli nekad sjukpenning eller sjukersättning ses således som ett straff, som de inte hade möjlighet att förutse. Ett återkommande tema i intervjuerna är att de som patienter är «oskyldiga» till sin sjukdom och oförmåga att arbeta, men att de upplever att Försäkringskassan konstruerar dem som «skyldiga»:

Men att inte kunna få vara sjuk när man verkligen är sjuk, det är ju fruktansvärt. För att Försäkringskassan har ju en slogan som står, att: «Vi finns där när livet vänder». Och mitt liv har ju vänt, och jag är helt oskyldig till att det vände. (Göran)

För att lösa bristen på förutsägbarhet, så föreslår de intervjuade mer individanpassning. Återkommande är en önskan om att handläggarna ska se till individens hela livssituation, och anpassa besluten därefter. Deltagarna argumenterar vidare för att om detta inte görs, så riskerar besluten att bli omänskliga och orättvisa. Det är från de intervjuades synvinkel således både den byråkratiska modellens regelefterlevnad och den professionella modellens individanpassning som efterfrågas. Paradoxen att ökad individanpassning riskerar att leda till ännu mindre förutsägbarhet är inget de intervjuade reflekterat över, tvärtom menar de att båda delarna kan och bör krävas.

4.3. Litar du inte mig litar jag inte på dig!

När förtroende diskuteras som ett problem av Försäkringskassan (t.ex. i Försäkringskassan 2014) är utgångspunkten att det handlar om förtroende som riktas från individer gentemot myndigheten, det vill säga att förtroende är något som riktas utåt. Luhmann (2005:9) menar emellertid att «förtroende i den vidaste bemärkelsen av tilltro till de egna förväntningarna är ett grundelement i socialt liv». Detta kan tolkas som att förtroende för någon annan eller för något annat hänger ihop med förtroendet till sig själv. Annorlunda uttryckt, för att kunna lita på någon annan måste individen lita på sig själv. Att lita på sig själv i betydelsen av att ha en inre säkerhet kan tänkas vara ett problem för smärtdrabbade eftersom de inte sällan befinner sig i en utsatt position, både ekonomiskt och medicinskt (Issa m.fl. 2012; Shaw m.fl. 2012). Den inre säkerhetens betydelse har att göra med att förtroende är intimt förknippat med risk (Baier 1986). Att lita på någon är i viss mån att utsätta sig själv för andras handlingar. Förtroende bottnar således i en tro att andra människor/system agerar på ett sätt som inte kommer att skada dig. Detta skulle kunna uttryckas som att A har förtroende för B eftersom A antar att B agerar på ett sätt som är i linje med A:s intressen. Detta synsätt innebär att förtroende ses som en relation, och att relationen hänger samman med hur olika förväntningar infrias (Baier 1986:236). Att lita på någon eller något grundas därför inte sällan i erfarenheter, antingen egna eller andras (Norén Betzler 2005).

Flera av de individer vi intervjuat beskriver hur smärtan kan vara nyckfull och variera över tid. Den kan förvärras vid överansträngning; ett återkommande uttryck handlar om priset man får betala för att göra olika saker. De vi intervjuat beskriver det som ett konkret och reellt vardagsproblem att inte veta vad de rent fysiskt ska

orka imorgon. Att inte kunna lita på sin egen kropp menar de intervjuade förstärker behovet av yttre trygghet och förutsägbarhet. Här vill vi betona att besluten om sjukpenning eller sjukersättning ses som livsavgörande beslut av de smärtdrabbade. Eftersom de inte upplever en kroppslig trygghet är behovet av ekonomisk trygghet avgörande. Detta är viktigt även för dem som i dagsläget arbetar eftersom tillgång till socialförsäkring innebär att de har en trygghet att falla tillbaka på.

När smärtdrabbade upplever att Försäkringskassan inte agerar i enhet med deras förväntningar, kan de känna sig tvingade att dölja hur de egentligen mår eller hur deras vardag faktiskt ser ut. Några intervjuade beskriver att de skulle kunna arbeta mer, men inte vågar uttrycka detta eftersom de inte vill att Försäkringskassan ska öppna upp deras ärende. Ett konkret exempel är en deltidssjukskriven kvinna som menar att hon kan arbeta mer än vad hon gör, men att arbetsresorna är påfrestande. Hon önskar arbeta färre men längre dagar, men hon uppfattar att regelverket kräver fasta arbetstider varje dag. Hon vågar inte berätta om sin kapacitet för sin handläggare utan fortsätter sin relativt omfattande sjukskrivning. Samtidigt finns det andra som beskriver hur deras handläggare tillåter dem att arbeta utanför ramarna och själva reglera när de arbetar. De beskriver det som att de kringgår regelverket med handläggarens goda minne. Andra smärtdrabbade kringgår regelverket genom informella avtal med arbetsgivaren. Till exempel arbetar en deltagare heltid men med anpassade arbetsuppgifter och en annan blir tilldelad arbetspass där möjligheten till vila är stor. I vissa fall arbetar de intervjuade deltid men med flexibla tider, i betydelsen att de kan komma och gå från sitt arbete beroende på dagsformen. Gemensamt för dem som har informella avtal med arbetsgivaren är dock att de gör detta utan att informera eller på annat sätt involvera Försäkringskassan. Logiken är att eftersom de smärtdrabbade inte känner att handläggarna litar på deras berättelser eller tar deras intyg på allvar, litar de inte heller på att myndigheten vill deras bästa.

Katerine har själv arbetat i många år på Försäkringskassan och vet hur systemet fungerar. Hon lever med en svår smärtproblematik och tycker att det hon uppfattar som myndighetens misstroende mot sjukskrivna är ett stort problem:

Ja, att jag känner att jag inte blir betrodd... att Försäkringskassan ifrågasätter. Ja, men det är jag som har ont och det är min läkare som vet hur jag mår... Och de anser att jag inte är berättigad till någon ersättning. Och jag har jobbat sen jag var femton år. (Katerine)

Citat ovan illustrerar den koppling som finns mellan tilliten de intervjuade känner gentemot myndigheten och tilliten de upplever att handläggarna visar gentemot dem. Det är först när de smärtdrabbade upplever att handläggarna litar på dem och tar deras smärta på allvar som de känner ett förtroende för handläggarna och för organisationen som helhet. Uttryckt annorlunda: brist på förtroende *från* myndigheten leder med andra ord till brist på förtroende *gentemot* myndigheten.

4.4. Vikten av gott bemötande

Förtroendet som de intervjuade hänvisar till grundas på möten med Försäkringskassans handläggare. De är således i mötet med myndigheten – vare sig dessa möten sker öga mot öga, via telefon eller brev – som förtroendet eller misstron materialiseras. Ett dilemma i mötena är disparata problembilder. I våra intervjuer finns flera exempel på personer som varit oroliga för om de ska överleva en sjukdom, samtidigt som handläggaren undrat när arbetsträningen kan börja:

Ja, alltså sen var det ju det att Kassan, alltså efteråt, de är ju jättepå och så då: «När kan du börja jobba?» Det var ju det som var hela tiden, ska jag säga dig. «När kan du börja jobba?» Det var bara grejen. Och efteråt har jag tänkt: Men fan, man var ju så dum. Man skulle bara liksom sagt: «Stopp här nu, för rackarn. Vet ni vad jag har varit med om?» (Eskil)

Alla som intervjuades menar att bemötandet från Försäkringskassan är viktigt alldeles oavsett vilket beslut som ges. Detta återspeglar resultaten från enkäten, där ett positivt bemötande kunde förklara ett högre förtroende för Försäkringskassan, även när vi kontrollerade för huruvida de fått en sjukskrivning ifrågasatt eller ej. I intervjuerna framkom att även om ett bra bemötande från vården eller Försäkringskassans sida inte ledde till att smärtan försvann eller minskade, förändrades deltagarnas sätt att hantera situationen. Att drabbas av smärta kan påtagligt försämra livskvaliteten (Norrbrink & Lundeberg 2014) och då kan ett gott bemötande göra skillnad:

Det påverkade mitt psykiska mående men inte smärtan, bara att den här oroskänslan i magen var borta, att FK skulle, att man skulle få ett brev med något, utan hon berättade ju alltid att jamen så här kommer det se ut och vi vill att du gör så och vi behöver paper från de och den dagen och så. Hon var liksom mer än, vad heter det, en mer personligare och mer lugn, alltså det är så mycket lättare att få något förklarar från någon som är en person än från ett brev. (Per)

Citatet ovan illustrerar att ett gott bemötande i princip alltid beskrivs om en personlig kontakt. Den goda kontakten som kunde förklara högre förtroende för Försäkringskassan i enkäten innebar enligt våra intervjudeltagare att de hade en god relation med en handläggare som de kommunicerar med öga mot öga eller via telefon snarare än via text. Grundläggande var att veta vem som är ens handläggare, något som inte alltid är fallet enligt de intervjuade. Att ha en bestämd kontakt och framförallt att få behålla denna kontakt en längre tid är nämligen något som starkt påverkar upplevelsen av att få ett gott bemötande enligt våra intervjuer.

Mina sjukintyg har ju också bouncat fram och tillbaka för att de inte har uttryckt sig exakt som de borde. Och det är ju nu när jag har haft de här stafett-läkarna. Men då har min fantastiske handläggare sagt att: «äsch, skit i det här, jag tar det här, det är bara för att jag ska lära dem (stafettläkarna) så att du vet att jag ifrågasätter vad de har skrivit men jag tänker betala ut ersättning till dig ändå» ... Då landar jag i trygghet hos henne. (Henrietta)

Detta väcker frågor om Försäkringskassans omorganisation från 2005 och framåt, som innebär att kontakten med brukarna blivit mer distanserad (Melander 2013). Försäkringskassans pågående digitaliseringsarbete syftar till att förmå medborgarna att i högre grad använda sig av e-tjänster och självbetjäning. Tekniken förutsätter att människor kan sorteras in i olika grupper och saknar således förmågan att anpassa sig till individuella behov, men innebär samtidigt möjligheter till effektivisering och ökad tillgänglighet (Jansson & Erlingsson 2014). Självbetjäning innebär också att brukarna inte riskerar ett direkt otrevligt bemötande. För samtidigt som flera av de intervjuade efterfrågar mer personlig kontakt betonar de att det är viktigt hur den här kontakten ser ut:

Om någon hade ringt och man hade haft en känsla av att någon hade brytt sig. Men inte om det hade varit på det sättet att man hade känt sig jagad. För då hade det ju blivit en ytterligare belastning...

Om det ringer någon och frågar: «Du, är det någonting vi kan göra för dig? Skulle du ha möjlighet till någonting? Är det någonting som vi kan hjälpa dig med?» Ja, då hade det varit bra. (Diana)

Det finns således inget automatiskt likhetstecken mellan en personlig kontakt och en bra kontakt. Diana beskriver ovan att hon inte vill känna sig jagad av myndigheten. Andra beskriver hur Försäkringskassan bara hör av sig för att ge negativa besked, men i de fall där handläggare hör av sig med mer öppna frågor eller mer allmän information upplevs det generellt som mycket positivt.

Intressant nog finns det personer bland de intervjuade som upplevt att de fått ett gott personligt bemötande, samtidigt som deras handläggare gett dem felaktig eller missvisande information. Detta kan till exempel handla om att handläggaren ger ett negativt besked som de skyllt på Försäkringsläkaren, eller att ett positivt förhandsbesked inte infrias. Så länge det personliga bemötandet varit bra uttrycker dock de intervjuade att de har fortsatt förtroende för sin handläggare och för Försäkringskassan. En god kontakt och ett gott bemötande kan således ursäktas en rad beteenden, som den smärtdrabbade egentligen tycker är oacceptabla eller som gör deras situation mindre förutsägbar. Grundläggande är att handläggaren klarar av att navigera mellan de två legitimitetsgrunderna med dess krav på ett förutsägbart utfall och en individuell bedömning. Balansgången ställs på sin spets eftersom smärtpatienter kan vara svårbedömda (subjektiva diagnoser) samtidigt som de har ett stort behov av att kunna förutse utfall (eftersom de inte kan lita på sin kropp). Konkret handlar det om att hjälpa patienterna att förutsäga olika beslut, att planera sina liv, inge hopp, att skaffa rätt (sjuk)intyg och att visa förståelse för den besvikelse som uppstår när patienterna inte får det besked de förutsett eller hoppats på.

5. Slutsatser

Den här studien har analyserat smärtdrabbade individers förtroende för Försäkringskassan. Precis som i tidigare studier har vi funnit att de som kommer i kontakt med myndigheten ofta befinner sig i en utsatt situation (t.ex. Holmgren m.fl. 2018). Ut-sattheten kan antingen minska eller förstärkas beroende på hur myndigheten agerar. Först och främst är de beslut myndigheten fattar avgörande, inte bara för den initiala uppfattningen om myndigheten, utan även om beslutet skulle ändras eller om dess konsekvenser kan anses passé (till exempel när en sjukskrivning tar slut). Därutöver har studien visat vikten av ett gott bemötande. Betydelsen av ett gott bemötande menar vi har blivit än viktigare eftersom andelen avslag har ökat (Försäkringskassan 2017c). Även om vår studie visar ett tydligt samband mellan avslag och förtroende, så visar studien att det går att bygga förtroende även vid negativa besked även om detta ställer betydligt högre krav på de enskilda handläggarnas förmåga att skapa goda möten. Detta goda möte, så som det beskrivs av våra intervjupersoner, innebär i princip alltid någon form av personlig kontakt. Självbetjäningstjänster fungerar utmärkt så länge individen kan förutsäga vad hon eller han är berättigad till eftersom förutsägbarhet är en viktig förtroendeskapande faktor. Sjukförsäkringen innebär emellertid alltid en bedömning av arbetsförmågan som går utöver individens självupplevda arbetsförmåga samt den bedömning som gjorts av behandlande läkare. Kontrollförlusten som detta innebär för individen kräver att myndigheten istället

förmår att individanpassa bemötandet, och möta de sökande individerna i deras unika livssituation.

Vi vill betona att myndighetens dubbla legitimitetsgrunder gör att Försäkringskassan har en svårare uppgift än vad flera andra myndigheter har vad gäller att generera förtroende. Exempelvis är Skatteverket en myndighet som baseras på byråkratisk legitimitet. Medborgarna är på förhand medvetna om att de ska betala in skatt, och reglerna gör att summan vanligtvis är förutsägbar. Inom den landstingsfinansierade vården, som till skillnad från Skatteverket bygger på en professionell legitimitetsgrund, så baseras inte förtroendet på att patienten kan förutse utfallet utan på hur de bedömer vårdpersonalens kompetens. Även om patienterna kan bli arga och besvikna efter ett vårdbesök, så skadar inte detta förtroendet för vården så länge patienterna uppfattar sjukvårdspersonalen som de möter som legitima yrkespersoner. Det finns också möjlighet att söka sig till en annan läkare, vilket gör att systemet kan upprätthålla sin legitimitet även om förtroendet för en enskild utförare sänks.

Försäkringskassan, vars förtroende grundas både i en byråkratisk legitimitet med förutsägbara regler samt en professionell legitimitet med väl underbyggda bedömningar, brottas med förväntningar som är svåra att uppfylla. När till exempel smärtdrabbade individers sjukskrivning ifrågasätts med hänvisning till det byråkratiska regelverket, så minskar detta individernas förtroende för Försäkringskassan eftersom de förväntar sig kontextualiserade, individanpassade bedömningar. Samtidigt uttrycker de smärtdrabbade att deras förtroende påverkas negativt när de inte förstår de professionella bedömningarna eller om de misstänker att handläggare landar i olika bedömningar. Det är således inte det monetära biståndet i sig som genererar förtroende, utan i vilken grad individen upplever att Försäkringskassans beslut vilar på en byråkratisk *och* professionell legitimitetsgrund.

Konflikten mellan den byråkratiska och professionella legitimitetsgrunden betyder dock inte att myndighetens agerande är egalt, och att förtroendet inte går att påverka i positiv riktning. Även om öppettider, hemsidan och beslutsbrev kan vara viktiga komponenter i myndighetens allmänna image, är detta inte vad som beskrivs som viktigt för förtroendet. Istället är det de enskilda handläggarnas agerande som lyfts fram. Genom att etablera en god relation kan handläggaren till viss mån kompensera för det minskade förtroendet som ett negativt besked i princip alltid föranleder, vilket är synnerligen betydelsefullt i och med att bedömningspraxisen för sjukförsäkringen förändrats (Försäkringskassan 2015; Försäkringskassan 2017c). Om handläggaren lyckas förklara, stötta och informera om det negativa beskedet på ett tydligt och bra sätt blir förtroendeförlusten betydligt mindre. Därmed kan Försäkringskassans låga förtroendesiffror inte heller «skyllas» på negativa besked. För att bryta trenden med låga förtroendesiffror föreslår Försäkringskassans egna rapporter att myndigheten bör förtydliga och vidareutveckla sina motiveringar i avslagsbesluten (Försäkringskassan 2017b). Med tanke på betydelsen av personliga möten och ett gott bemötande som denna studie visat lär detta inte vara tillräckligt.

Tack

Vi vill tacka alla deltagare i vår studie. Studien möjliggjordes genom stöd från AFA Försäkring, projekt nummer 140379.

Referenser

- Andersson, F., Bergström, T., Bringselius, L., Dackehag, M., Karlsson, T. S., Melander, S. & Paulsson, G. (2012). *Speglingar av en förvaltning i förändring. Reformeringen av Försäkringskassan*. Stockholm: Santéus Förlag.
- Arvidsson, E. (2019). *Socialförsäkringsrätt: Vid funktionsnedsättning och sjukdom*. Malmö: Gleerups.
- Baier, A. (1986). Trust and anti-trust. *Ethics*, 96(2):231-260.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10:287-333.
- Bringselius, L. (red.) (2018). *Styra och leda med tillit. Forskning och praktik*. Statens Offentliga Utredningar 2018:38.
- Claréus, B., & Bäck, E. (2018). An investigation of physical pain among Swedish community adults: Sample demographics and pain characteristics. *Lund Psychological Reports*, 18(1).
- Eriksson-Zetterquist & Ahrne, Göran (2011). Intervjuer. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.
- Filligim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., Riley, J. L. (2009). Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain*, 10(5):447-485.
- Försäkringskassan (2012). *Förtroende för Försäkringskassan*. Socialförsäkringsrapport 2012:11.
- Försäkringskassan (2014). *Varför har medborgarna högre förtroende för Skatteverket än Försäkringskassan och vad behöver Försäkringskassan göra för att förtroendet ska öka?* Socialförsäkringsrapport 2014:13.
- Försäkringskassan. (2015). *Beslutsunderlag och beslut i sjukersättningsärenden. Rättslig uppföljning*, 2015:4.
- Försäkringskassan (2017a). *Socialförsäkringen i siffror 2017*. Hämtad den 2019-06-12 från <https://www.forsakringskassan.se/statistik/publikationer/socialforsakringen-i-siffror>
- Försäkringskassan (2017b). *Sjukersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning 2017*:3.
- Försäkringskassan (2017c). *Sjukfrånvarons utveckling 2017*. Socialförsäkringsrapport 2017:13.
- Hall, S. (2003). *Det offentliga mötet*. Lund: Bokbox.
- Hardin, R. (1999). Do we want trust in government?. I: Mark E. Warren (red.): *Democracy & Trust*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hawdon, J. (2008). Legitimacy, trust, social capital, and policing styles. A theoretical statement. *Police Quarterly*, 11(2):182-201.
- Hensing, G., Holmgren, K. & Rohdén, H. (2010). Sänkt förtroende för Försäkringskassan. I: Holmberg, S. & Weibull, L. (red.): *Nordiskt ljus: Trettiosju kapitel om politik, medier och samhälle*. Göteborg: SOM-institutet.
- Holmgren, K., Rosstorp, F. & Rohdén, H. (2018). Förtroendet för Försäkringskassan hos personer med erfarenhet av sjukförsäkringen – en fokusgruppsstudie. *Socialmedicinsk tidskrift*, 95(3):288-297.

- Issa, H., Mpfu, E., Brock, K., Crystal, R. R., & Lynch, R. T. (2012). Influences of chronic pain on proximal job retention outcomes: A systematic literature review. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 18(2):89-106.
- Johnson, B. (2010). *Kampen om sjukfrånvaron*. Lund: Arkiv Förlag.
- Jakobsson, U. (2007). Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift*, 84(6):541-548.
- Jansson, G. & Erlingsson, G. Ó. (2014). More E-Government, less street-level bureaucracy? On legitimacy and the human side of public administration. *Journal of Information Technology & Politics*, 11(3):291-308.
- Lindqvist, R. & Lundälv, J. (2017). Activation, medicalization and inter-organisational cooperation in health insurance – Implications for frontline social work in Sweden. *European Journal of Social Work*, 21(4):616-627.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Luhmann, N. (2005). *Förtroende. En mekanism för reduktion av social komplexitet*. Göteborg: Daidalos.
- Melander, S. (2013). *Kassakultur i förändring. Samspelet mellan organisationskultur och administrativa reformer på Försäkringskassan*. Lund: Lund University.
- Norén Bretzer, Y. & Holmgren, Y. (2018). Tema: Tillit mellan människor. *Socialmedicinsk tidskrift*, 95(3):245-250.
- Norén Bretzer, Y. (2005). *Att förklara politiskt förtroende. Betydelsen av socialt kapital och rättvisa procedurer*. Doktorsavhandling: Göteborgs Universitet, Stadsvetenskapliga institutionen.
- Norrbrink, C. & Lundeberg, T. (2014). *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. Lund, Studentlitteratur.
- Offe, C. (1999). How can we trust our fellow citizens?. I: Warren, M. E. (red.): *Democracy & Trust*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rothstein, B. (1987). Välfärdstat, implementering och legitimitet. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 90(1):21-37.
- Rothstein, B. (1994). *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. Stockholm: SNS Förlag.
- Rothstien, B. (2010). Nycklarna till politisk legitimitet. I: Andersson, S., Berg, A., Erlingsson, G. Ó & Sjölin, M. (red.): *Korruption, maktmissbruk och legitimitet*. Stockholm: Norstedts.
- Shaw, W. S., Tveito, T. H., Geehern-Lavoie, M., Huang, Y-H., N., Michael, et al (2012). Adapting principles of chronic pain self-management to the workplace. *Disability and Rehabilitation*, 34(8):694-703.
- Socialstyrelsen (2006). *God vård – Om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2019). *Samordnad behandling bäst vid långvarig smärta*. Hämtad den 2019-06-12 från <https://www.sbu.se/sv/pressmeddelanden/tidigare-samordnad-behandling-bast-vid-langvarig-smarta>
- Statskontoret (2015). *Om offentlig sektor: Att styra mot ökat förtroende – är det rätt väg?* Hämtad den 2019-06-04 från <http://www.statskontoret.se/publicerat/publikationer/2016/att-styra-mot-okat-fortroende-ar-det-ratt-vag/>

- Stout, M. (2013). *Logics of legitimacy. Three traditions of public administration praxis*. Boca Raton: CRC Press.
- Ståhl, C., Müssener, U. & Svensson, T. (2012). Implementation of standardized time limits in the sickness insurance and return-to-work: Experiences of four actors. *Disability and Rehabilitation*, 34(16):1404-1411.
- Söderberg, E. (2011). Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en vägledning för sjuk-skrivning. *Socialmedicinsk tidskrift*, 88(5):389-398.
- Weber, M. (1946). *From Max Weber: Essays in sociology*. New York: Oxford University Press.
- Weissenbilder, M. (2019). *Förtroendet för Försäkringskassan*. SOM-rapport nr. 2019:16. Hämtad den 2019-12-03 från <https://som.gu.se/publicerat/rapporter/rapporter>
- Werner, M. (2010). Smärtbedömning – analys och diagnostik. I: Mads Werner & Ido Leden (red.): *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

Tabeller och figurer

Tabell 1. Deskriptiv statistik om deltagarna som deltog i enkätstudien.

Variabler	Distribution (antal deltagare = 910)
Ålder	M = 46.57, SA = 9.98, Intervall = 18 – 64
Könsidentitet	Kvinnor = 80.8 %, Män = 18.2 %, Annan/Vill ej ange = 1.0 %
Högsta utbildningsnivå	Grund-/folkskoleutbildning = 8.2 %, Gymnasieutbildning = 53.3 %, Högskole-/universitetsutbildning = 38.2 %, Bortfall = 0.2 %
Nuvarande sysselsättning	Yrkesverksam = 81.9 %, Student = 1.2 %, Arbetslös = 8.0 %, Pensionerad = 2.6 %, Bortfall = 6.3 %
Nuvarande sjukskrivningsgrad	Inte sjukskriven = 42.3 %, Deltidssjukskriven = 27.5 %, Heltidssjukskriven = 30.1 %, Bortfall = 0.1 %
Smärtduration i antal år	M = 19.30, SA = 11.96, Intervall = 0.50 – 60
Smärtinvaliditet	M = 42.65, SA = 10.04, Intervall = 9 – 60
Diagnosticerad smärta	Nej = 13.7 %, Ja, minst en smärtdiagnos = 86.3 %
Prevalens av specifika diagnosgrupper	Sjukdom i nervsystemet (G) = 32.3 %, Muskuloskeletal sjukdom (M) = 51.9 %, Sjukdom i urin- eller könsorganen (N) = 4.5 %, Medfödda missbildningar (Q) = 3.0 %, Sjukdom ej klassificerad annorstädes (R) = 5.6 %, Skador till följd av extern orsak (ST) = 6.6 %, Övriga diagnosgrupper = 4.0 %
Upplevd kontakt med Försäkringskassan	M = 3.60, SA = 2.07, Intervall = 1-7
Innehar sjukpenning	Nej = 41.6 %, Ja = 58.4 %
Fått en sjukskrivning ifrågasatt av Försäkringskassan	Nej = 45.4 %, Ja = 53.0 %, Bortfall = 1.6 %

Notering. M = Medelvärde, SA = Standardavvikelse

- ^a Indelningen är gjord enligt International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10; se Claréus & Bäck, 2018).
- ^b Inkluderar infektions- och parasitsjukdomar (A), tumörer (D), endokrina sjukdomar (E), psykiska tillstånd (F), sjukdomar i örat (H), cirkulationsorganens sjukdomar (I), andningsorganens sjukdomar (J), matsmältningsorganens sjukdomar (K) och graviditets- och förlösningssjukdomar (O).

Tabell 2. Enskilda variabelers association till deltagarnas förtroende för Försäkringskassan i en trestegs linjär regressionsmodell.

Variabler	Steg 1 (justerad $R^2 = 0.06$, $F(12, 897) = 6.17$, $p < 0.001$)		Steg 2 (justerad $R^2 = 0.08$, $F(22, 887) = 4.81$, $p < 0.001$)		Steg 3 (justerad $R^2 = 0.61$, $F(26, 883) = 54.94$, $p < 0.001$)	
	<i>b</i>	<i>SF</i>	<i>b</i>	<i>SF</i>	<i>b</i>	<i>SF</i>
Ålder	.00	.01	.00	.01	.00	.01
Könsidentitet^a						
Kvinna	-.29	.70	-.30	.70	-.11	.46
Man	.14	.71	-.14	.72	-.03	.47
Högsta utbildningsnivå^a						
Grund-/folkskoleutbildning	-3.18	2.08	-2.73	2.06	-2.18	1.35
Gymnasieutbildning	-3.50	2.07	-3.04	2.05	-2.27	1.34
Högskole- /universitetsutbildning	-3.24	2.07	-2.81	2.05	-2.31	1.34
Nuvarande sysselsättning^a						
Anställd eller student	.45	.29	.33	.29	.14	.19
Arbetslös	-.08	.37	-.08	.37	.01	.24
Pensionär	2.33***	.52	2.61***	.52	.89*	.36
Nuvarande sjukskrivningsgrad^a						
Inte sjukskriven	5.00	2.91	4.56	2.89	2.28	1.91
Deltidssjukskriven	5.77*	2.92	5.45	2.90	2.56	1.90
Heltidssjukskriven	6.02*	2.92	5.89*	2.90	2.79	1.90
Smärtduration			-.01	.01	-.01	.00
Smärtinvaliditet			-.02**	.01	-.01	.00
Diagnosticerad smärta (<i>Nej</i> = 0, <i>Ja</i>, minst en smärtdiagnos = 1)			.37	.28	.35*	.18
Prevalens av specifika diagnos- grupper^b (<i>Nej</i> = 0, <i>Ja</i>, minst en = 1)						
Sjukdom i nervsystemet (G)			-.17	.20	-.21	.13
Muskuloskeletal sjukdom (M)			-.67***	.20	-.47***	.13
Sjukdom i urin- eller könsor- ganen (N)			-.34	.36	-.54*	.24
Medfödda missbildningar (Q)			.35	.41	-.14	.27
Sjukdom ej klassificerad annorstädes (R)			-.17	.30	.09	.20
Skador till följd av extern orsak (ST)			-.43	.29	-.39*	.19
Övriga diagnosgrupper ^c			-.36	.35	.14	.23

Fått en sjukskrivning ifrågasatt av Försäkringskassan^a

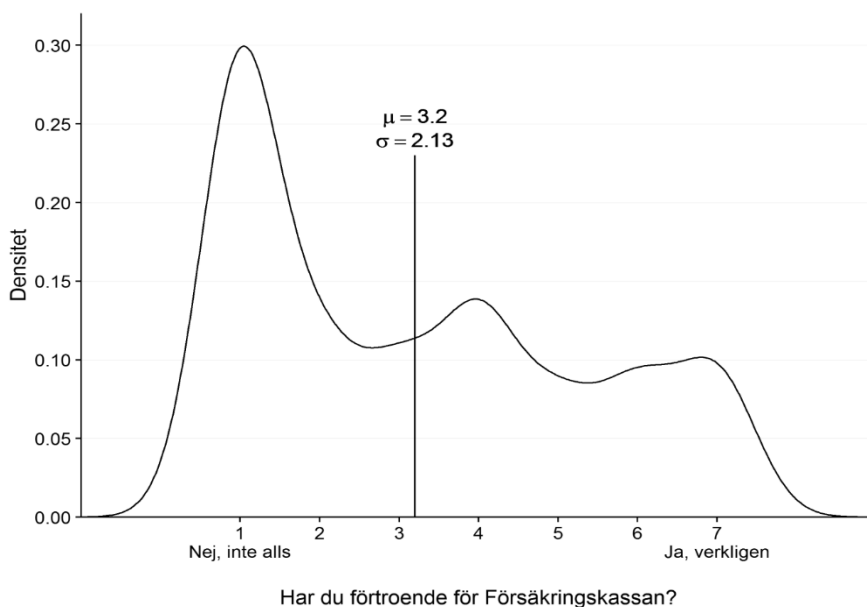
Nej	-.02	.36
Ja	-.92*	.36
Innehar sjukpenning (Nej = 0, Ja = 1)	.22	.16
Upplevd kontakt med Försäkringskassan	.63***	.03

Notering. Antal deltagare = 910. För enskilda variabler gäller följande signifikansnivåer; * $p \leq 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. SF = Standardfel.

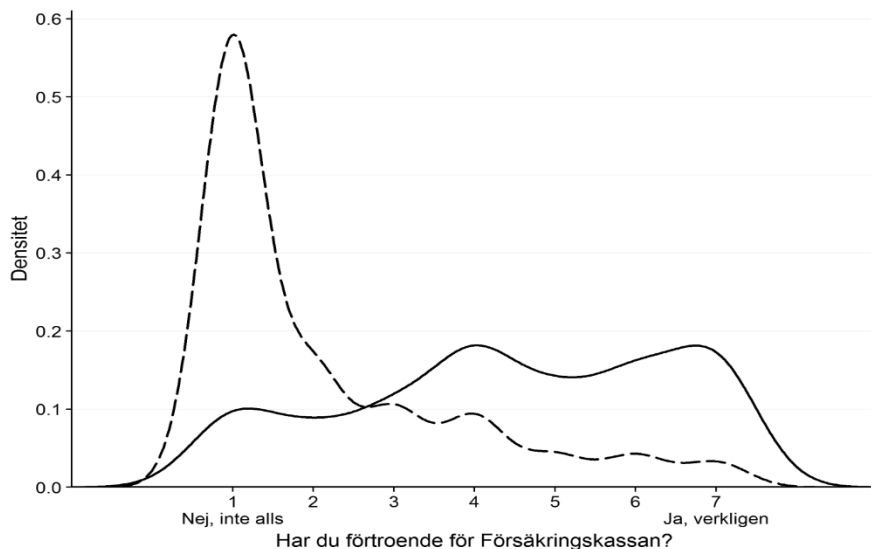
^a Effektskodad, sådan att bortfall utgör referensgruppen

^b Indelningen är gjord enligt International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10; se Claréus & Bäck, 2018).

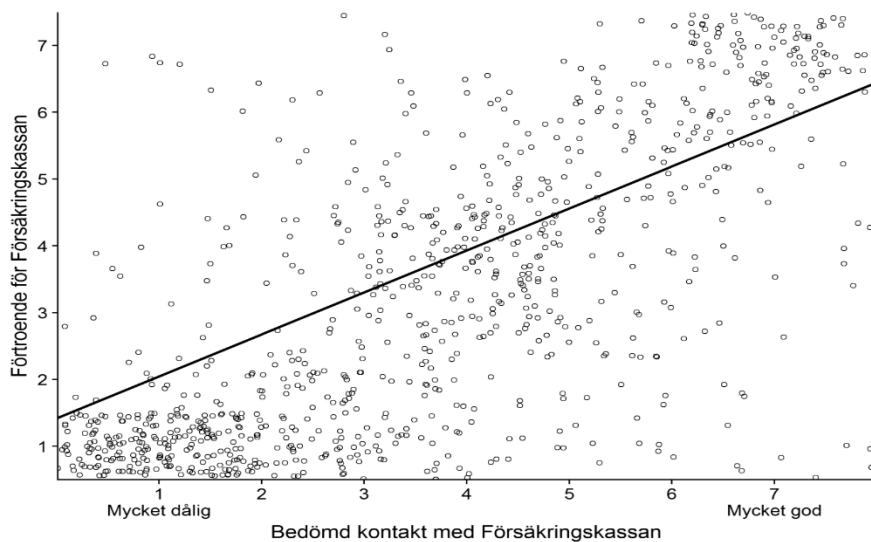
^c Inkluderar infektions- och parasitsjukdomar (A), tumörer (D), endokrina sjukdomar (E), psykiska tillstånd (F), sjukdomar i örat (H), cirkulationsorganens sjukdomar (I), andningsorganens sjukdomar (J), matsmältningsorganens sjukdomar (K) och graviditets- och förlossningssjukdomar (O).



Figur 1. Densitetsdiagram över samtliga deltagares förtroende för Försäkringskassan med populationsmedelvärde (μ) och standardavvikelse (σ).



Figur 2. Densitetsdiagram över förtroende för Försäkringskassan, uppdelat på huruvida deltagaren har erfarenhet av att få en sjukskrivning ifrågasatt (streckad linje) eller inte (heldragen linje).



Figur 3. Sambandsdiagram över deltagarnas förtroende för Försäkringskassan och deras bedömda kontakt med densamma. Den heldragna regressionslinjen är baserad på koefficienten från steg 3 i den stegvisa linjära regressionen ($\hat{Y} = 1.42 + 0.63x$), vilket innebär att den är kontrollerad för deltagarnas demografi samt smärtkaraktäristiska.