

Monica Hane

Processer som slår ut
respektive integrerer oss i
arbeetslivet

Samtal med 17 personer
med erfaringer

ABONNEMANGSRAPPORT 73
NOVEMBER 1999

Processer som slår ut respektive integrerar oss i arbetslivet
Samtal med 17 personer med erfarenhet

Rapporter om Organisationens Mänskliga Sida
ISSN 1102-4615, no 73, november 1999
ISBN 91 85396 57 5

Samarbetsdynamik AB,
Box 120, 439 23 Onsala, 0300-61936
Ölsdalen 6173, 693 91 Degerfors, 0586 726121

Tryckt av Elanders Digitaltryck, Göteborg

© Författaren och Samarbetsdynamik AB 1999

Innehåll

Förord	3
Tack	5
Kapitel 1 Om att utforska processer som slår ut respektive integrerar oss i arbetslivet	7
Kapitel 2 Metod, medverkande och grunddata	21
Kapitel 3 Exempel på svagheter, svårigheter och motriktade krafter i aktuell praxis	29
Kapitel 4 Öppningar för en diskussion om rätten till rehabilitering	73
Referenser	81
Bilaga 1. Berättelser från 17 personer med erfarenhet av arbetslivsinriktad rehabilitering	85

Förord

I projektet *Hälsa arbetsliv kvinnoliv* fokuseras på arbetsplatsen som arena för hälsofrämjande insatser för kvinnor anställda inom vård och omsorgsarbete. Projektet är initierat av Folkhälsoinstitutet. Genom samverkan med fem olika län ska frågeställningar, erfarenheter och kunskap utvecklas med utgångspunkt i att främja hälsa för kvinnor. Hälsofrämjande arbete är den process som ger kvinnorna möjlighet att påverka sin hälsa. Detta knyter an till inflytande, att utveckla påverkansmöjligheter och kontroll över egna livsbetingelser. I Östergötland deltar arbetsplatser inom Finspång- och Norrköpings kommun samt Lasarettet i Motala.

För att förändring ska ske krävs att det hälsofrämjande arbetet utformas så att det skapar motivation och ger möjlighet för deltagande kvinnor att utvecklas. Samtidigt måste processen ge deltagarna redskap att förändras. För att utveckla ett trovärdigt förändringsarbete måste organisationen i övrigt involveras genom att berörda chefer på olika nivåer är involverade.

I ett parallellt utvecklingsprojekt *Kvinnors hälsa och samverkan* finns ett komplementärt synsätt till det hälsofrämjande. Detta fokuserar på samarbete och metoder för att arbeta med de grupper som löper risk för långvarig sjukskrivning. En utgångspunkt är att bidra till att berörda aktörer kan utveckla gemensam kompetens för ett mera ändamålsenligt bemötande av sjukskrivna kvinnor.

I detta projekt prövas om man utifrån tvärssektoriellt perspektiv i dialog med den vård-/ hjälpsökande kan möta dennas behov av insatser genom att det finns utrymme för inflytande och utveckling av egna målsättningar i rehabiliteringsprocessen. Tanken om inflytande, att stärka påverkansmöjligheter samt ge redskap för förändring kan sägas vara projektens minsta gemensamma nämnare.

Innan det tvärssektoriella samarbetet startade fanns ett intresse att konkret belysa den samverkan som idag sker inom området arbetslivsinriktad rehabilitering. Processanalysen genomfördes av Monica Hane, Samarbetsdynamik AB, och bygger på berättelser från 6 kvinnor som själva är eller nyligen varit föremål för rehabilitering. Dessutom berättade 11 personer, som är professionella aktörer på olika positioner inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, om sina observationer av hur insatser i olika skeden och från olika håll inte alltid befrämjar hälsa och livskvalitet utan hur den sammanlagda effekten till och med kan bli att man försvårar för den enskilde att återknyta till arbetslivet.

Analysen har under året använts som diskussionsunderlag i de olika nu aktuella delprojekten. Vi har då i olika sammanhang funnit att de svårigheter som man brottas med inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har många paralleller i många andra sektorer i samhället. Genom att publicera denna rapport också som en abonnemangsrapport hoppas vi att genom abonnentkretsen få ytterligare exempel och ytterligare bidrag till en allt djupare belysningen av denna problematik.

Samtliga 17 berättelser liksom processanalysen återges i denna rapport i sin helhet. Samtliga personer har givit sitt tillstånd till att deras berättelser också sprids i denna form.

Linköping i oktober 1999

Elsy Söderberg/Projektledare

Folkhälsovetenskapligt Centrum, Linköping

Tack

Kunskapsabonnemangets syfte och funktion är att bidra till att aktuella samhälls- och arbetslivsfrågor kan diskuteras utifrån en nyansrik och saklig grund. Vår ambition är att kunna sprida sådana intressanta texter från våra uppdrag och på så sätt erbjuda abonnentkretsen tillfälle att tidigt ta del av de tankar som diskuteras inom olika projekt samtidigt som aktuella aktiviteter inom abonnemnet kan bidra till uppdragsgivarnas fortsatta arbete.

Ett antal abonnenter har under året påbörjat ett arbete inom ramen för Samarbetsdynamiks Fokusgrupp om Rehabilitering. I gruppen ingår, förutom **Elsy Söderberg**, **Jorunn Antonsen**, HjälpmedelsCentrum i Östergötland. **Kerstin Ekberg**, Rikscentrum för Arbetslivsinriktad Rehabilitering i Linköping, **Margareta Håkanson**, sjukgymnast inom psykiatri i Norra Älvsborg, **Fredrik Lundquist**, forskarstuderande inom området humanvetenskaplig handlingsteori, **Christina Schön Olsson**, sjukgymnast och doktorand vid kirurgiska institutioner vid Göteborgs universitet och **Berit Ydreborg**, Master of Public Health och utredare vid Samhällsmedicinska enheten vid Landstinget i Örebro. Gruppen har en ambition att utifrån sina erfarenheter och detta material försöka beskriva den kunskapskultur som finns hos olika grupper av aktörer och som skulle kunna bli den fond mot vilken olika myndigheters insatser och strategier kan förstås och göras begripliga.

Vi vill här rikta ett stort tack till **Gunilla Gelbert**, **Ylva Gustavsson**, **Annika Nygren**, **Inga-Lill Vågeland** och också till **Er två** som väljer att inte framträda med namn, för att Ni låter oss ta del av Era erfarenheter av att ha varit föremål för rehabiliterande insatser.

Tack också till **Anne Habbe**, SKAF, som gjort urvalet. Ett stort tack till **Lillemor Brage** för att Du ger oss ett exempel på hur en stor arbetsgivare

resonerar kring rehabilitering och de svårigheter som Du möter i det praktiska arbetet att finna väl anpassade och lämpliga uppgifter för de anställda som inte längre kan ha kvar sitt tidigare arbete.

Ett stort tack också till **Anki Berglund, Anne-Charlotte Engberg och Anna-Karin Schöld** för att Ni erbjuder oss en inblick i Primärvårdens arbete, möjliga roll och nuvarande begränsning som stöd under patienternas väg tillbaka till ett aktivt liv. Ett lika stort tack till **Mikael Fransson, Marie Karlsson, Monika Klyve, Tomas Reigo och Birgitta Wågbrandt** för Era erfarenheter och synpunkter med utgångspunkt i Försäkringskassans centrala roll som samordnare av samhällets olika rehabiliterande insatser.

Rehabiliteringsarbetet bygger också i hög grad på insatser från institutioner och företag som arbetar på konsultbasis – eller är externt finansierade och organiserade i olika former av projekt. Ett varmt tack till **Gunnel Nylander** vid Arbetslivstjänster i Östergötland för Din beskrivning av Ert konsultativa arbete och till **Ann-Kristin Lindgren**, Rehabhuset von Platen, för att Du låter oss ta del både av Era utgångspunkter, Ert arbete och av Era framtidsplaner. Ett riktigt stort tack också till uppdragsgivaren **Elsy Söderberg**. Den distinktion mellan samverkan, samordning och samarbete, som föddes i detta uppdrag, har vi haft mycket stor glädje av och kunnat vidareutveckla i flera senare uppdrag.

Degerfors den 5 november 1999

SAMARBETSDYNAMIK AB

Monica Hane

Bengt-Åke Wennberg

Kapitel 1

Om att utforska processer som slår ut respektive integrerar oss i arbetslivet

Sjuktalet ökar igen. Down-sizing, omstruktureringar, globalisering och en utveckling som ställer oss inför helt nya kompetenskrav medför att egentligen inte några anställningar är särskilt trygga längre. Både i nationell statistik och i många lokala kartläggningar finner man också att gruppen som inte lyckas komma tillbaka i arbetslivet efter en tid av sjukskrivning blir allt större - även om konjunktursvindarna och arbetslivets transformation mot andra kompetenskrav kan göra det svårt att entydigt tolka sådana siffror. Unga kvinnor är en särskilt utsatt grupp.

Diffusa symtom med trötthet, värk och smärta i leder och muskler är särskilt vanliga i den gruppen och många lever också i en mycket tuff social situation. De sliter hårt, tar stort ansvar för barn och familj och har ofta redan innan de blir sjuka en ganska svag ekonomi. De som har ett sk arbetshandikapp av någon form - även ganska lindriga funktionshinder - har mycket svårt att hitta ett arbete. Arbetslösheten bland invandrare är stor trots att väldigt många i denna grupp startar eget företag.

Det finns således starka motiv till att försöka belysa de processer som mot vår vilja driver ut oss från arbetslivet och de processer som motverkar vår strävan att knyta an igen när vi känner att vi är arbetsföra.

Samhället satsar redan idag mycket stora resurser på att stödja dem som av något skäl behöver extra hjälp att integreras i arbetslivet. Det förs också en debatt i samhället - och det har startats en lång rad projekt - som har en undertext som ställer frågan huruvida alla dessa resurser verkligen används effektivt. Riksdagen fattade t.ex 1990 beslut om Lokala samverkansgrupper i varje kommun för att utnyttja de befintliga resurserna bättre genom ett myndighetsövergripande samarbete mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Primärvården och Socialtjänsten. Många liknande projekt och många gjorda utvärderingar har fokuserat på potentialen i att utveckla ett bättre förhållningssättet till klienten/patienten, på ett mera konstruktivt bemötande och på bättre samverkan mellan de olika aktörer som involveras för att biträda en person.

Olika mål för de olika aktörsgруппerna beskrivs ofta som en förklaring till bristerna i samarbetet. Olika mål är ett faktum. Olika mål gör det naturligtvis svårare och mera krävande att skapa de gemensamma aktiviteter där olika parter underlättar för varandra att nå sina respektive mål. Jag vänder mig egentligen bara mot användningen av detta faktum som en bortförkla-

ring som i förlängningen säger att ”så länge vi har olika mål så kan det inte vara annorlunda än det är”. Argumentationen legitimerar att man inte försöker komma vidare - ”det är ju ingen idé så länge som”.

Ett språk som kan beskriva en process

Nittio procent av alla företag och organisationer - 98 % av alla börsnoterade företag - säger sig idag arbeta processorienterat (Alarik 1998). Samordning, samverkan och samarbete är synnerligen frekventa begrepp i alla diskussioner om bättre produktivitet, dvs bättre utnyttjande av tillgängliga resurser. Populariteten kan vara uttryck för en ytlig modetrend - ett retoriskt knep att flytta ansvaret bort från sig själv - eller - ha sin rot i upptäckten av en alternativ organisatorisk utgångspunkt vars potential ännu inte utnyttjats. Redan med ”blotta ögat” kan man dock se - och höra - att både termen process och termen samverkan används som ett samlingsnamn för att beskriva många och sinsemellan mycket olika företeelser.

Regeringens proposition 1996/97:63 kan tas som ett exempel. Där ”godkänner man t.ex regeringens förslag till inriktningen av samverkansformer inom rehabiliteringsområdet.” Senare i texten skrivs att :

”skälen till förslaget om samverkan är ett stort behov av att mer effektivt utnyttja samhällets resurser” (s 52 -53).

”Tvärssektoriell samverkan är nödvändig för att effektivare få människor med sammansatta problem till en egen försörjning./.../ Samverkan bygger på gemensamt ansvar. Det kräver ett annat arbetssätt än vad många är vana vid. Ett sätt att främja samverkan är att arbeta i projektform /.../. Det är viktigt att skilja på samverkan för att samordna kartläggningar, göra handlingsprogram, utnyttja och utveckla den professionalitet som finns och /.../

Nya former för samarbete kan dock behöva vissa stödstrukturer /.../” (s 61).

Lokala myndigheters samverkan inom rehabiliteringsområdet har utvärderats i en statlig utredning SOU 1996:85 – kallad ”Egon Jönsson; en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet”. Utredningen uppfattas ge en mycket kritisk bild av en hierarkisk och oflexibel organisationsstruktur med en utpräglat instrumentell syn på individen och med låg grad av samverkan och med separata ”trappuppgångar” där varje myndighet och aktörsgrupp har sin kultur och sina regelverk (Edlund oa 1998). Metaforen om ”trappuppgångar” antyder att varje aktör helt lever sitt eget liv, dvs alltså inte samarbetar.

Också i den professionella debatten beskriver man bättre samverkan, bättre samarbete, bättre samordning som lösningen på samhällets problem både vad avser resurser och kvalitet.

Att så triviala påståenden som att ”dubbelarbete, missförstånd och onödiga väntetider måste undvikas” sägs i betänkan- den och myndigheters PM, och framförs i debatten i seriösa facktidningar inom området, tolkar vi som ett tecken på att man i de samtal som förs saknar ett språk som tillräckligt väl täcker de distinktioner som man vill kunna göra (Lindén 1997a,b,c; 1998 a,b; Iseskog 1994; Johansson 1997 a,b; Gottfrich 1997).

Den frustration som aktörerna i dessa debattartiklar utstrålar ger samma budskap. Språket är det verktyg med vilket vi kan uttrycka och avslöja våra observationer, reflektera över våra erfarenheter och förmedla våra intentioner till andra. Missförstånd uppstår när olika människor i samtalet med varandra använder samma ord för att uttrycka olika innebörder. Komplikationen att man också använder olika språk - dvs olika ord för samma innebörd - stjäl tid men är i princip mindre allvarligt, eftersom man i alla fall så småningom upptäcker dessa misstag.

Ordböcker - som beskriver en när ordboken skrevs gängse uppfattning om ordens användning - underlättar inte kommunikationen. Ordens betydelse glider alltid och språkets tvetydighet är också själva grunden för utveckling. Samtalets syfte är att utreda vad vi egentligen menar och vill förmedla till de andra. Nya preciseringar av orden innebär att vi kan se och

uppfatta ytterligare detaljer och dimensioner som vi därför ännu inte har ord för osv. Eskimåerna har som bekant behov av många ord för snö. Skälet till att man använder olika ord är att man behöver kunna skilja på ”snö och snö”. Behöver vi kunna skilja på samordning, samverkan och samarbete?

Valet av ord är inte godtyckligt eftersom orden förutom sin tvetydighet också är behängda med många associationer och bibetydelser - ofta genom de rötter de har från att ha använts i olika sammanhang. Samordning, samverkan och samarbete är distinkt olika saker för mig och både deras olika innebörder och olika ”rotsystem” får stor praktisk betydelse för hur jag kan rita en processkarta som kan användas också av andra.

En plan som samordnar

Människor samordnar sig genom att relatera sig till ett regelsystem, en handlingsplan, rutiner etc eller låter sig samordnas av en chef, en koordinator eller dylikt. En väl fungerande plan (eller en chef) anger väl avgränsade aktiviteter och i vilken ordning de skall utföras. Både kvalitet och produktivitet uppstår på grund av att befattningshavarna utför sina uppgifter exakt och enligt planen och utan att gå utanför sina uppgifters gränser. Själva planen skapar den trygghet som behövs. Planen garanterar permanens, pålitlighet och tydlighet och att det inte

görs dubbelarbete. Planen definierar gränserna för det fria handlingsutrymme som var kan ha utan att effektiviteten i samordningssystemet äventyras. Ju större variation som skall hanteras och ju större krav som ställs på anpassning och precision i insatserna - t.ex på grund av knappa resurser - desto mera detaljerat måste planen utformas och desto mindre blir handlingsutrymmet för varje person.

Planer kan vara bättre eller sämre. Förutsättningar ändras och planer kan behöva skrivas om. Någon - en "överordnad" - har ansvar för att dessa planer är aktuella, skrivs om när det behövs, att den nya planen bemannas adekvat och att berörda informeras om sina nya uppgifter och befogenheter. Produktivitetssökningar innebär med nödvändighet att färre människor behövs givet samma volym och ökad produktivitet är i sig ett skäl till att planer ständigt behöver ändras.

Människorna som samordnar sig enligt en plan åtar sig emellertid inte något ansvar för det övergripande resultatet av den plan de medverkar i. De kan mycket väl ha varit delaktiga i att besluta om "den nya planen" men både positiva och negativa utfall av det gemensamma arbetet måste tillskrivas själva planen - och möjligen den som haft det slutliga ansvaret för att detaljutforma planen.

De flesta processorienterade arbetssätt, verktyg och tekniker utgår från ett sådant samordningsperspektiv. Verktyg och

tekniker utformas för att hitta ”rakare vägar”, ta bort aktiviteter som inte skapar värde, eliminera väntetider, ta bort buffertar osv. En bra processkarta - till skillnad från en organisationsplan – visar då den smartaste vägen ”från ax till limpa” genom de olika stationerna, avdelningarna, disciplinerna etc. Processen brukar beskrivas som en horisontell axel i en organisationsmatris till skillnad från den vertikala avdelningsindelningen. Ju mindre oplanerad variation i ”input”, ju bättre preciseringar av respektive operation och ju mindre handlingsutrymme för respektive aktör, desto mindre avvikelser från den ideala linjen och desto säkrare utfall.

Sådana processkartor finns redan i de flesta verksamheter, både för det interna arbetet i respektive aktörsgrupp och för när och hur överlämnandet till nästa aktör i kedjan skall ske.

Åtminstone i verksamheter som arbetar med människor blir emellertid en utvecklingsstrategi som bygger på standardiseringens princip snabbt improduktiv (Norrgrén o.a 1996). De professionella medarbetarna behöver där ett så stort handlingsutrymme som möjligt för att flexibelt och på basen av sitt yrkesmässiga kunnande kunna välja just den insats som bäst stödjer just den aktuella unika klienten just då. Det krävs då en helt annan typ av processkarta för att utnyttja tillgängliga resurser väl, minimera friktioner och störningar och undvika oönskade bieffekter.

Samverkan som ett faktum

Det enkla faktum att många skeenden inte är oberoende av varandra skapar en samverkan mellan olika insatser - vare sig vi vill detta eller inte. Denna samverkan kan både vara konstruktiv och destruktiv och ingen behöver egentligen ens vara medveten om dess existens. Man kan felaktigt tro att man inte är delaktig i och påverkar ett skeende eller man kan kraftigt överdriva sin egen betydelse. För att förstå effekterna av en samverkan krävs en beskrivning av hur olika aktiviteter löpande kopplar till varandra och ömsesidigt påverkar varandra. När aktörer som är delaktiga i ett skeende kan se hur de i samspelet med andra inverkar på skeendet, hur interaktionerna i systemet bildar ett mönster och när de kan förutse konsekvenserna av sina handlingar, kan de också välja att handla annorlunda än tidigare. De samspelsmönster som visar sig kallar vi aktuell praxis - dvs det är så man brukar göra och det blir som det blir när man gör som man gör.

En processkarta beskriver i detta perspektiv hur olika effekter uppstår och hur olika aktörers beteenden medverkar till eller motverkar olika effekter. Till skillnad från beskrivningar av statistiska samband krävs för detta grunddata som speglar unika individers utveckling över tid - unika individer som är allmängiltiga exempel på hur det kan vara.

En bra processkarta föreskriver inga handlingar och begränsar inte handlingsutrymmet för någon aktör. En bra processkarta ger i stället möjlighet för alla aktörer att upptäcka att de kanske motverkar andra aktörers strävan och att de kanske helt i onödan begränsat sitt eget handlingsutrymme. En sådan processkarta är utgångspunkt och bas för den utvecklingsstrategi som bygger produktiviteten på att organisationens medarbetare blir allt skickligare att välja det just då bästa handlingsalternativet inom ett så stort handlingsutrymme som möjligt.

Denna strategi kallas ibland en lärande strategi till skillnad från den tidigare beskrivna samordnande programmatiska strategin (Norrgren o.a. 1996). En utveckling i enlighet med denna lärande strategi kräver - förutom en aktuell och gemensam processkarta - också information som ökar kompetensen att välja klokt och en infrastruktur av möten där man genom successiva överenskommelser kan vidga alla aktörers tillgängliga handlingsutrymme. En processkarta skall i detta fall demonstrera hur de dynamiska effekterna av den praxis som tillämpas idag uppstår.

En sådan karta skall - om den görs bra - kunna visa på de potentialer som finns att öka en önskvärd samverkan, dvs att handla så att olika insatser förstärker varandras effekter.

Vad innebär då Samarbete?

Samarbete uppstår när aktörer medvetet och frivilligt väljer att samordna sina handlingar. Aktörer som kan se och förstå dynamiken i sitt samspel kan välja att samarbeta. De kan också välja att inte samarbeta eller välja att motarbeta varandra.

Samarbete förutsätter dock att vi ingår i samma sociala system, dvs att det jag gör samverkar med det Du gör. När vi inte ingår i samma system kan vi visserligen ”hjälpa till” men det är egentligen inget samarbete, frigör inte resurser och förstärker inte några effekter. När vi ”hjälp till” tar vi tid från arbetet i vår egen verksamhet för att vara arbetskraft i ett annat system. Det kan vara en helt rätt prioritering, lösa många problem med ojämn belastning osv, men ökar inte vår gemensamma resurs.

Uppfattningen att man måste ha ett gemensamt mål för att samarbeta är förlegad - det är fullt tillräckligt att man har förenliga mål. Om man upptäcker att man faktiskt har ett gemensamt mål är detta naturligtvis ett tungt motiv att välja att samarbeta - men absolut inte en nödvändig förutsättning.

Syftet med ett samarbete är att öka den gemensamma styrkan och öka tillgången på resurser. Samarbete kan därför också innebära att en part avstår från att göra det han brukar göra eftersom han ser att detta i ett senare led försvårar uppgif-

ten för en annan part och att han därför egentligen tär på den tillgängliga resursen. Att kunna avstå från att göra det man brukar göra kräver dock ett handlingsutrymme och en faktisk tillgång på andra och internt likvärdiga handlingsalternativ. Att kunna avgöra effekten av sådana avsteg från ”det man brukar” - och kunna se en likvärdig väg till samma mål - kräver en mycket djupare kompetens än att följa beprövad erfarenhet och rutinen. Sådana avsteg kräver en stor kunnighet om den verksamhet man medverkar i. Ett bristande samarbete kan därför lika väl vara en kompetensfråga som en attitydsfråga. Det finns många exempel där ökad kunskap om helheten och de andra aktörernas situation inneburit att många aktörer lätt och helt utan uppoffringar för egen del kunnat välja lösningar som skapat mindre problem för samarbetspartnern (Whitaker 1995).

Hur man sedan fördelar det tillskott av resurser som det effektivare samarbetet genererar är en förhandlingsfråga. Det finns i detta fall även många dåliga exempel där man avstått från att välja ett för en själv likvärdigt handlingsalternativ - som uppenbart också hjälper ”grannen” - därför att det befintliga ”systemet” innebär att den upparbetade vinsten helt skulle tillfalla ”grannens” organisation. Det må vara ett vanligt förekommande mänskligt drag - men etiken och ansvaret för sitt ställningstagande att inte samarbeta behöver diskuteras.

Hänvisning till att samarbete förutsätter ”ömsesidighet”, dvs att man måste få något tillbaka, är ett annat svepskäl - på samma sätt som kravet på gemensamma mål - och ett vanligt retoriskt knep för att slippa ta ansvar för sin insikt om vad som skulle vara möjligt.

Eftersom samarbete per definition (åtminstone enligt min definition) är ett medvetet och frivilligt val av två suveräna parter att samordna sina handlingar förutsätter samarbete dock en jämställd relation. Ett samarbete avbryts direkt om någon part känner sig kränkt, utnyttjad eller lurad - kanske till och med redan när förtroendet för att bli fullständigt respekterad som suverän part av sin partner naggas i kanten.

Alla tjänster är i grunden och till sin karaktär alltid ett samarbete och där den part som brukar kallas kunden/klienten/patienten har en lika betydelsefull roll som alla andra för utfallet och tjänstens kvalitet. Det är sannolikt därför som de professionella aktörernas människosyn och förhållningssätt - som avspeglar sig i bemötande och språkbruk - så ofta betonas i debatten. Det är sannolikt därför som just de ”mjuka faktorerna”, dvs de som inte låter sig regleras genom rutiner och riktlinjer och som fortplantar sig i systemet genom att påverka allt samarbete, blir så betydelsefulla för utfallet av en samverkan.

Kapitel 2

Metod, medverkande och grunddata

Rapporten är baserad på enskilda samtal med 6 kvinnor som på olika sätt varit föremål för rehabiliteringsinsatser och på samtal med 11 aktörer med samhällets uppdrag att på olika sätt medverka i och stödja en rehabilitering tillbaka till arbetslivet. De 6 kvinnorna har alla tidigare arbetat inom sektorn vård och omsorg i yrken som barnskötare, som undersköterskor eller som ekonomibiträden. De 11 aktörerna bidrar med perspektiven från att vara handläggare vid en personalavdelning, från arbete inom primärvården, från arbete inom Försäkringskassan samt från arbete som utredningskonsult och från att i projektform utveckla en kompletterande tjänst som stöd i rehabiliteringsarbetet.

De medverkande har valts därför att just deras erfarenheter av rehabiliteringsarbete tillsammans kan förväntas ge en allsidig bild av hur processen fungerar idag. Genom att de kan beskriva ett skeende från olika perspektiv kommer deras beskrivningar att tillsammans kunna ge den flerdimensionella bild som krävs.

Var och en av de medverkande har ombetts att beskriva sina erfarenheter med fokus på vad som i deras fall fungerat väl och vad som skulle kunna fungera annorlunda eller fattas för att tillgängliga resurser och erbjudanden skulle bli till större nytta.

Dessa beskrivningar får inte uppfattas som ett statistiskt representativt urval varken för patienter eller för aktörer i kedjan, utan som ett antal sanna exempel på hur processen kan upplevas inifrån personer med olika utgångspunkter och olika position. Genom summan av dessa exempel kommer vi som läsare - då med referens också till våra egna erfarenheter och värderingar - att allt bättre kunna se den praxis som idag tillämpas; dess potential och dess behov av förändring.

De 17 samtalen har sammanfattats i separata skriftliga berättelser. Var och en har sedan haft tillfälle att läsa, komplettera och korrigera sin egen berättelse. De medverkande har uppmärksamats på att det lilla antalet personer i urvalet gör, att de detaljer som är nödvändiga för att berättelsen skall bli belysande för det man vill förmedla, kan innebära att en något initierad läsare lätt kan förstå vem som sagt vad. Vi har därför arbetat efter principen att hellre då utelämna sådant som vi befarat skulle kunna misstolkas och skada professionella relationer och sådant som skulle kräva mycket mera omfattande resonemang för att kunna bli begripliga och bidra på ett

konstruktivt sätt till förståelsen av aktuell praxis. Sådana fördjupningar får i stället ske i senare delar av projektet och i arbetsformer som bättre kan garantera den enskildes integritet och säkerhet mot att uppgifter och uppfattningar missbrukas.

Dessa 17 berättelser är våra grunddata. De återfinns i sin helhet i Bilaga 1. Vissa särskilt belysande avsnitt är också insprängda i Kapitel 3. Detta resultatkapitel struktureras utifrån de signifikanta drag som jag tycker träder fram vid upprepade genomläsningar av dessa grunddata. Kapitel 3 utgör således den kartbild som var mitt uppdrag för delprojektet ”processanalys” och som vuxit fram genom samtalen och genom de 17 berättelserna. I Bilaga 2 finns en kortfattad beskrivning av mig som sammanställt samtalen och som gjort denna preliminära analys.

Metoden är en för ändamålet anpassad variant av vad som nu allt oftare kallas ett utforskande partnerskap (Hane 1998 a,b; Wennberg ,Hane 1998). Vi beskriver egentligen inte individuella upplevelser. Vi utgår från individuella berättelser men belyser genom summan av dessa berättelser den samverkan - dvs ett kollektivt begrepp - som uppstår genom att man gör som man gör inom området arbetslivsinsriktad rehabilitering.

Samtliga intervjuade har läst processkartan. De har också inbjudits att delta i en diskussion av materialet även om få då

hade möjlighet att delta. Det bör påpekas att beskrivningen av praxis t.ex i termer av ”framsidor” och ”baksidor” inte är svar på ställda intervjufrågor. Processkartan är den bild som visar sig för mig genom samtalen och när jag läser de 17 olika intervjuerna.

Rehabiliteringsprocessens huvudlinjer och principer - basen för urval av medverkande personer

Huvudprojektet ”Hälsa, arbetsliv, kvinnoliv ” kommer att drivas genom främjande aktiviteter för kvinnor i vård- och omsorgsarbete vid tre stora arbetsplatser inom Östergötlands län – Norrköpings Kommun, Finspångs Kommun och Lasarettet i Motala.

Lagar och avtal inom arbetsmiljöområdet bygger alla på principen att arbetsgivaren är den som är bäst lämpad att ha huvudansvaret för att arbetsmiljön inte äventyrar de anställdas hälsa och för att man vidtar alla relevanta åtgärder för att underlätta för den anställda som blir sjuk att återvända till arbetslivet. Försäkringskassan har ansvaret att övervaka att de insatser som görs av olika aktörer samordnas. Föreliggande delprojekt berör alltså den praxis som tillämpas om någon anställd - oberoende av orsak och diagnos - blir mera långvarigt sjuk.

De aktuella arbetsgivarna har regelmässigt delegerat detta ansvar till arbetsledaren på varje lokal enhet och har också regelmässigt klart beskrivna rutiner för hur man förfar när en anställd drabbas av en mera långvarig ohälsa - särskilt om sjukskrivningarna blir återkommande och symtombilden diffus och med oklar prognos.

Lagstiftarnas princip bygger på den självklara insikten att det är aktörerna på arbetsplatsen som har den största möjligheten att tidigt se och gripa in när någon sviktar. Det finns en mycket entydig statistik som talar för att det endast är de insatser som kan göras under de tre första månaderna av en sjukhistoria som har någon mera synlig inverkan på rehabiliteringsförloppet.

Det finns också ett entydigt vetenskapligt stöd för att de anställda som lyckas ha kvar sin kontakt med den gamla arbetsgruppen också är de som så småningom återvänder till arbetslivet. Detta är den statistiska bilden. Självfallet finns enskilda dramatiska undantag.

De anställda som blir sjuka söker vanligen i första hand primärvården. Någon kan naturligtvis redan ha kontakt med privatpraktiserande läkare och i andra fall kan företagshälsovården vara den institution som medarbetaren vänder sig till.

Som internt stöd för den lokala arbetsledaren i dennes arbete att tillsammans med den sjuke anställde utforma en

rehabiliteringsplan finns hos de flesta större arbetsgivare särskilda sk rehabhandläggare. Dessa fungerar numera oftast som interna konsulter som anlitas på avrop från den lokale arbetsledaren och är vanligtvis organisatoriskt placerade på personalavdelningen.

Rehabiliteringsplanen skall inom 8 veckor från sjukskrivningens början lämnas till Försäkringskassan (FK) , som därefter har det samordnande ansvaret för att planen är realistisk och relevant och att det som finns i planen genomförs. FKs andra uppgift är att avgöra den försäkrades rätt till sjukpenning. För de försäkrade som har ett arbete åligger det arbetsgivaren att ombesörja och betala de utredningar som behövs för att ta ställning till hur den sjukes framtida arbete kan utformas. I de fall den anställde behöver ”rustas” för att kunna utnyttja sin resterande arbetsförmåga kan FK medverka i rehabiliteringen genom att bevilja rehabiliteringsersättning eller utbildningsbidrag.

Arbetsträning på den gamla arbetsplatsen under i början mycket korta arbetspass är en vanlig form av aktiv åtgärd. Arbetsträning inom andra verksamheter eller kompetensstärkande utbildningar är en annan. Rehabhuset von Platen i Norrköping är ett exempel på institutioner som erbjuder stöd och aktiviteter i ”glappet” mellan den befintliga vården och de yrkesinriktade rehabiliterande tjänsterna.

Arbetslivstjänster erbjuder - när den medicinska rehabiliteringen nått så långt det går - utredningar där den anställde kan få hjälp att se både vilka funktionella hinder som finns och vilka potentialer som faktiskt finns kvar, få hjälp att artikulera sina egna intresseområden och också få inblick i vilka andra möjliga arbetsfält som finns. Det finns dessutom många privata eller halvprivata institutioner på marknaden där FK inom ramen för uppgjorda avtal och arbetsgivaren också upphandlar andra typer av utredande och behandlande tjänster.

Om FK bedömer att utredningarna är tillräckliga och att den anställde då kan sägas ha en användbar arbetsförmåga - hel eller delvis - dras rätten till sjukpenning in - helt eller delvis. Försäkringskassans bedömning av en persons arbetsförmåga relateras enligt direktiven till en i princip tillgänglig arbetsmarknad - inom rimliga geografiska gränser - och relateras inte alls till det arbete man har eller har haft.

När arbetsgivaren gjort allt som är rimligt inom ramen för tillgängliga resurser för att finna ett lämpligt arbete inom sin verksamhet - dvs när den anställde inte kan återgå till den tidigare tjänsten eller där tjänsten kanske inte längre finns kvar - och den anställde därför sägs upp på grund av arbetsbrist - överförs ansvaret för samhällets stöd till rehabiliteringen tillbaka till arbetslivet till Arbetsförmedlingen.

Det finns således ett stort antal aktörer kring den som behöver hjälp i rehabiliteringen tillbaka till arbetslivet. Gränserna mellan aktörernas ansvar är mycket tydlig liksom den sekventiella samordnande strukturen. Den föreskriver i vilken ordning olika aktörer skall engagera sig och är utformad så att man skall undvika samtidig inblandning från flera håll. Trots detta finns stora - och inte alltid positiva - samverkans effekter.

Kapitel 3

Exempel på svagheter, svårigheter och motriktade krafter i aktuell praxis.

En process - i samverkansperspektivet - kan bara bli synlig om ett stort antal individuella utvecklingar läggs parallellt och betraktas samtidigt. Sex olika kvinnors beskrivningar kan då tyckas vara ett alldeles för litet material att utgå från. Min erfarenhet är dock att redan ganska få berättelser erbjuder ett så rikt material att man i stället snarast får svårigheter att kunna göra all denna information rättvisa. De är heller inte valda på måfå utan därför att de av en insatt person - i detta fallet en facklig företrädare - bedömts ha sådana erfarenheter som tillsammans väl speglar den praxis som skall tydliggöras. Genom att dessutom 11 aktörer - alla med lång erfarenhet och med personlig kännedom om ett stort antal liknande berättelser - beskriver rehabiliterandet utifrån sina positioner i systemet kan det som kan tyckas vara tillfälligheter ges den relief som krävs för generaliseringar.

Alla 17 berättelserna återfinns i sin helhet i Bilaga 1. I detta avsnitt redovisar jag huvuddragen i den ”kartbild” som växer fram hos mig när jag läser dessa berättelser. En allmän reflek-

tion är att många av de grundprinciper som formar verksamheten både har en framsida och en baksida när de tillämpas.

”FK ringer ibland och uppmanar mig ”Du kan lika gärna säga upp Dig” och ställer frågor i stil med ”Finns det verkligen ingen del på Dig som fungerar?” Det känns tydligt att de inte tror på mig utan tror att jag ”fejkar” min sjukdom. Jag bad därför min läkare att intyga att jag inte var ”arbetsskygg” men hans formuleringar att jag visst det skulle ta ett arbete om det bara fanns (på mina villkor) misstolkades som att han skrev att jag nu kunde arbeta 50%. Det kan hända att de bara vill ”muntra upp mig” och få mig att se positivt på min situation” - men det är inte hjälpsamt”.

- Gunilla

Bakom detta exempel ligger en mycket konstruktiv princip ”att aldrig ge upp, att det kan ske under, att hålla alla dörrar öppna”. Framsidan är uppenbar - baksidan leder oss däremot mot känslan att bli misstänkliggjord, otrygghet, kort planeringshorisont på grund av ”täta omprovningar”. Det blir också uppenbart att det krävs en mycket stor skicklighet hos alla aktörer för att i sin dagliga verksamhet kunna tillämpa ”fram-

sidan” utan att få med ”baksidan”. Denna dubbeltydighet hos de styrande principerna återfinns i många berättelser. Den nära kopplingen mellan ”fram och baksida” innebär att goda lösningar verkligen inte bara är en balansgång mellan dessa två sidor utan att god praxis faktiskt kräver att de kan separeras så att baksidan kan undvikas.

Praxis som förstärker ovissheten och otryggheten

Hälsa främjas genom trygghet och självkänsla (Nilsson 1998)
Alla 17 berättelserna visar dock - trots sina olika utgångspunkter och positioner - att den grupp kvinnor som fokuseras i projektet lever i en mycket oviss, otrygg och osäker situation. Berättelserna från de sex som själva varit föremål för rehabiliterande åtgärder uttrycker alla en känsla av att de alldeles på egen hand måste känna till och kunna bevaka sina rättigheter. Just dessa sex är valda som exempel av den fackliga organisationen och har därför definitionsmässigt en bra kontakt med sitt fackombud.

Trots detta känner sig många mycket sårbara och utlämnade i sin situation och menar att fackets resurser knappast kan räcka till att också känna till allt som man måste känna till som sjuk.

”Det finns också massor med ”fällor” i våra olika trygghetsförsäkringar som gör att tillfälligheter och att man själv inte var tillräckligt insatt kan påverka ens ekonomi på ett sätt som uppfattas mycket orättvist.

Denna känsla av att ”veta att man kanske inte vet det man borde känna till” och en gnagande oro att man i varje läge kanske borde handla annorlunda innebär också en stor barock och onödig stress i en redan svår situation. Man är utlämnad till en djungel av för en själv - och för många av de aktuella aktörerna - okända spelregler.

Ett exempel: TT är tandsköterska och skadar handleden och kan då inte fortsätta i sitt yrke. En gammal dröm är att öppna butik. Butiken arbetar dock inom en svår nisch och går omkull. Maken blir samtidigt allvarligt sjuk. Hamnar i en ångestkarusell inför framtiden. Blir hänvisad till AMI men där tappar man bort hennes ärende. Därför blir det ett glapp under ett halvår då hon varken var sjukskriven eller arbetade. Därför påverkas nu hennes sjukpension avsevärt”.

- Anki, primärvården

Att känna sig kompetent att klara sin livssituation utgör livskvalitet (Wennberg, Hane 1998) - att känna sig sårbar, beroende, utlämnad till godtycke, innebär dess motsats.

”Vi vet också att tiden är en mycket kritisk faktor. Klienter som går sjukskrivna utan aktiva åtgärder mer än tre månader har en mycket stor risk att ”fastna i systemet”. Eftersom gränsdragningen mellan FK, Socialförvaltningen och vården i praktiken inte är så lätt skulle vi behöva satsa ändå mera på effektivare samverkan mellan aktörerna för att inte förlora tid och inte riskera att ärenden hamnar mellan stolar. Vi vet ju att man ibland sjukskriver för att ordna försörjningen i stället för socialbidrag. Många ärenden försenas kraftigt därför att vi inte får in läkarutlåtanden eller får in utlåtanden som är formellt felaktiga”.

- Birgitta

Det kortsiktiga perspektivet - ”en termin i taget”, ”över sommaren” förstärker hoppet men försvårar också den tillräckligt långa planeringen.

”Under våren nu 1998 startade Komvux en ”orka-kurs”, dvs en kurs för att under en kortare tid pröva på att läsa där. AF gav sken av att det skulle kunna ordna sig men det visade sig att min anmälan kom in för sent till CSN för att jag skulle kunna få bidrag. Planen att ”pröva orka” sprack och jag kände att jag invaggats i en falsk trygghet att ”det ordnar sig”. Min känsla är att man måste vara ”på bettet” hela tiden och väl insatt i alla bestämmelser för att klara av att komma igen.”

- usk

”Otrygghet försvårar varje rehabilitering. Den diffusa diagnosen och vår oförmåga att göra prognoser för hur symtomen kommer att utvecklas ökar inte precis på tryggheten. Den ekonomiska otryggheten dominerar ändå. Man upplever sig mycket sårbar och hela ens ekonomi är beroende av intyg. Många känner att de måste tigga om sjukintyg och att detta är synnerligen förnedrande. En ständig oro att de måste byta läkare, att de måste berätta sin historia igen och som kanske då gör en helt annan bedömning, som kanske inte uppfattar viktiga detaljer osv osv.

Vi tänker kanske inte alltid på att patienter är så till 100% beroende av att deras intyg skrivs i rätt tid. En ständig oro finns också över att behöva byta handläggare vid FK. Många patienter har varit mycket illa i de omfattande omorganisationer och neddragningar som varit inom FK och som inneburit att man faktiskt fått byta kontaktperson oplanerat och flera gånger. Många blir på något sätt fullt upptagna med att ”ordna med sin sjukdom” och ”jaga pengar” och kan inte alls koncentrera sig på framtiden.”

- Anki, primärvården

Praxis som kränker självkänslan

Otryggheten handlar mycket om den ekonomiska situationen. En redan svag ekonomi blir fort ansträngd redan bara genom att man under en längre tid skall klara sig på 80%. Flera beskriver hur man inte har råd att gå på den behandling de uppmanats gå på eller köpa den medicin de behöver. Kortsiktiga beslut innebär att man bara kan överblicka sin situation de närmaste veckorna och därför aldrig göra några mera långsiktiga planer.

Nästan alla berättar om känslan att man när som helst - och utan egentlig förvarning - kan bli av med sin ekonomiska bas. Sjukpenningen kan plötsligt dras in utan att man förstår varför. Sjukbidrag halveras trots att man inte har någon som helst reell chans att få ett arbete. Intyg med olyckliga formuleringar misstolkas. De uppenbart helt olika utgångspunkterna för läkares bedömning av arbetsförmåga vid sjukskrivning respektive för rätten till sjukpenning förstärker känslan att det är lätt att hamna mellan stolar.

Osäkerheten förstärks delvis på grund av att denna denna brist på koppling inte är känd men också för att den uppfattas orimlig av gemene man i samhället (Goffrich 1998). En olycklig tolkning av en formulering innebär att man plötsligt en dag kan ha en ekonomi som grundar sig på socialbidragets norm.

Intyg kommer inte in i tid till FK och utbetalningen av pengar blir fördröjda, ibland månadsvis. Flera berättar hur man själv måste tjata och jaga sin intyg - t.o.m sitta hela dagar i vårdcentralens väntrum - för att inte försinka utbetalningarna. Beslut om indragna rättigheter grundas på felskrivningar och på flera år gamla utredningar. Nya handläggare gör andra oberoende bedömningar och gamla löften gäller inte längre och möjligheten att hävda sin rätt känns mycket liten. Upprepas en missad utbetalning är kronofogden snabbt på plats.

”Ett stort bekymmer är ekonomin. Jag har haft många olika former av försäkringar, bidrag och lån. Jag har t.ex haft särskilt utbildningsbidrag, SVUX, studielån från CSN osv blandat med rehabiliteringsbidrag, sjukbidrag och sjukskrivningar. För närvarande har jag fått ta studielån därför att jag var för sent ute med min ansökan om andra former.

Jag är singel och hyr sedan 1983 ett litet hus på landet. Tycker att jag måste ha busskort, telefon och TV för att inte bli alltför isolerad. Har inte längre någon tidning. Sjukdomen i sig gör att man blir ganska ensam. Jag fick också en restskatt på 4000:- eftersom FK inte dragit tillräckligt med skatt.

Jag behandlas med cellgift och kortison. Min medicin förstörde mina tänder. Mina pengar räckte absolut inte till tandläkarräkningen. Socialen var helt kallsinniga och ansåg att man inte har rätt till socialbidrag när man studerar. Efter 5 sorger och 7 bedrövelser har det i alla fall gått till slut.

Jag har hela mitt liv varit mycket noga med alla mina räkningar men de senaste åren har jag ofta inte haft någon möjlighet att betala. Ekonomin är helt beroende av att jag lämnar in olika intyg. Pengarna

blir kraftigt försenade på grund av att det fattats läkarutlåtande. Skarven mellan augusti och september är alltid svår eftersom man då t.ex byter från sjukpenning till SVUX. Det har regelmässigt varit så att jag måst tjata för att min läkare skulle skriva dessa papper i tid. Det har hänt mer än en gång att jag fått fara upp till vårdcentralen och väntat ut att doktorn skulle skriva mitt papper. Det har hänt mer än en gång att man lovat att skriva ut papperet t.ex. till måndag men då jag kommit för att hämta det har han haft semester. Det kan gå veckor på detta sätt. Jag har nu bytt läkare och det har blivit mycket bättre.

FK hotar nu när min rehabiliteringspeng gått ut att det är sista gången som jag får dispens. Det värsta är den ständiga oron.

När mina pengar blir försenade kan jag inte betala mina räkningar. Visserligen kommer pengarna retroaktivt men då har jag redan tvingats "träla med" socialen och fått problem med kronofogden. Det har hänt att jag fått låna tabletter på apoteket därför att jag inte har haft pengar att betala den medicin jag måste ta dagligen. Fick också akut tandvärk på grund av plastfyllningar -

men efteråt ett surt brev från socialen att man måste ha ett godkännande innan man lagar sina tänder.”

- Annika

Att bli fattig är kränkande. Den som tidigare varit mycket noga med och satt en ära i att sköta sina pengar drabbas ändå hårdare. Både de sociala myndigheterna och Försäkringskassan uppfattas av flera som en motpart vars första uppgift är att försvara samhällets pengar gentemot den enskilde.

”Det ligger också en extra press i att man har en känsla av att man kanske inte blir trodd. Någon har sagt att man kan bli utförsäkrad om man inte kan bevisa att man verkligen är sjuk. Det ligger liksom på mig att fixa alla intyg både till Försäkringskassan och till försäkringsbolagen. Nu skall mitt ärende t.ex bedömas igen i Trafikskadenämnden och graden av invaliditet avgöras.

Det känns också knepigt att dessa för mig och min försörjning så viktiga beslut fattas av en försäkringstjänsteman eller försäkringskasseläkare som aldrig sett mig - bara genom att läsa dessa olika papper”

- Inga-Lill

Praxis som förstärker beroendet av andra och fokuserar intresse och aktivitet på läkarintyg

Praxis innehåller många aktiviteter som uttrycker en misstro mot den enskilde. Sjukdom skall bevisas av den enskilde (Iseskog 1994). Ytliga utlåtanden från en läkare efter 10 minuter - eller på basen av tidigare intyg - väger mycket tyngre än den försäkrades egen bedömning och beskrivning.

”Vi har sedan början av 1987 haft årliga möten på min arbetsplats. Senast var det dock 1996. Chefen på servicehuset, FK, facket, jag och min läkare har deltagit. Vi har pratat mycket men det finns inga lämpliga jobb för mig inom kommunen. Alla uppmanar mig att söka mig ett möjligt arbete genom AF. Jag har med hjälp av facket överklagat beslutet om bara 50% sjukbidrag. Detta har lett till att jag nu i september skall åter till AMI för samtal om en ny funktionsprövning. Jag har uppmanats att fixa ett läkarintyg av en oberoende ortoped”.

- Gunilla

Den praxis som driver den försäkrade att jaga och bevaka ”rätten till sjukpenning” förstärker också intresset på ”det sjuka” i stället för att utveckla och bejaka de friska delarna.

” Vi skulle behöva också andra yrkeskategorier i vårt team som kan dra fram ”det friska” och som arbetar med begrepp som tar tag i andra delar av patientens livssituation än vi inom vården normalt gör.

Försäkringskassan har idag inte denna ”friska” inriktning utan skall i första hand se till rätten till sjukpenning. Deras insatser fokuserar det ”sjuka” och förstärker genom kravet på olika intyg osv på så sätt den delen av situationen. Det skulle kännas mycket riktigare att kunna erbjuda hjälp utan att tvingas göra en sväng in i FK”.

- Anna-Karin, Primärvården

Kraftig obalans mellan resurser som satsas på möten och utredningar av funktionsnivå och på ”resten” av vägen till ett aktivt liv

Meningslösa möten

Praxis föreskriver en lång rad möten där alla aktörerna i rehabiliteringsprocessen samlats och på en gång skall kunna fatta beslut om ett lämpligt ”nästa steg” utifrån helheten. Många av de olika möten som anordnas och där olika aktörer och exper-

ter samlas kring den enskilde innebär emellertid också blandade känslor. Man kan å ena sidan känna sig behagligt betydelsefull då alla dessa experter under en stund helt fokuserar sitt intresse på den egna personen. Det kan samtidigt lätt uppstå en känsla av ”överkörd och krossad” av denna massiva insats. Några känner sig också klart besvärade av att dessa strängt upptagna människor - som på olika sätt signalerar att deras tid är mycket dyrbar - tvingas av lagstiftarna ta sig den tiden ”bara för min skull”.

”FK uppmanar mig att ta kontakt med min chef för att ordna att jag får komma till Arbetslivstjänsten. Det är arbetsgivarens sak att ordna detta eftersom jag är anställd. Där skulle jag kunna få hjälp att se vilka möjligheter som finns, vilka jobb som skulle vara möjliga för mig osv. Vi uppmanas att ordna ett möte på min arbetsplats för att göra en plan för mig. Inför detta har jag mycket blandade känslor. Jag vill kunna klara mig själv, styra mitt eget liv, ta de beslut som skall fattas osv...”

- usk

Många berättar också om frustrationen att behöva medverka i dessa i grunden meningslösa formella möten där inget utöver

det alla redan vet avhandlas och där inga nya möjligheter realiserar. Man förstår och uppskattar de goda avsikterna med ”kontakt och glada tillrop” liksom attityden att inte ge upp men lider också av att behöva delta i spelet, dvs att inte kunna prata om att det kanske inte blir så lätt att hitta ett lämpligt arbete hos den gamle arbetsgivaren och att arbetsmarknaden för behandlingsassistenter kanske är mättad.

”Vi – dvs jag, en av mina chefer, fack, försäkringskassa, rehabansvarig - har under åren haft en rad ganska meningslösa möten om ”vad är nästa steg i min rehabilitering”. Det som avhandlats där skulle lika gärna ha kunnat skrivas i ett brev. Ingen ny information har kommit fram under mötet och ingen ny dialog har vuxit fram under själva mötet. Det är vidare ganska jobbigt att vara ”föremål för åtgärder” eftersom alla är så väldigt upptagna att det är svårt att hitta tider att träffas då alla inblandade kan. Att vara den som alltså är orsak till att dessa upptagna människor måste ha dessa möten som när de väl kommer till stånd ändå blir meningslösa känns som ett slöseri med dyrbar tid och därför bara en extra press i situationen”.

- barnskötare

”I den arbetsmarknadssituation som vi har får vi också en allt större grupp där funktionsutredningen av alla inblandade uppfattas som en utredning för utredningens skull men utan realism. Våra tydliga direktiv att minska våra pensionsåtaganden har också gjort detta ”spel för galleriet” ändå mera omfattande än tidigare”.

- Monika, FK

Funktionsbedömning med decimalkomma

Praxis inriktas i hög grad på att genom omfattande utredningar avgöra den försäkrades funktionella nivå, intresseinriktning osv. Åtminstone i den arbetsmarknad som nu finns kan den precision som åstadkommes i utredningen få ett löjets skimmer över sig.

Möjligheten att återkomma i arbetslivet påverkas oftast av helt andra faktorer och bara marginellt av skillnader på denna detaljnivå. Fokuseringen på intresseinriktning kan också riskera att invagga förväntningar och förhoppningar om möjligheterna att välja och ”förverkliga sina drömmar”.

”Vid ett möte under försommaren med representanter både för ALT och FK kommer vi fram till att jag maximalt klarar tre timmar utan stress och kanske bara två timmar per dag om det är det minsta pressat. Vi kommer också fram till att jag skall sluta på den arbetsplatsen och att vi skall försöka hitta ett annat företag där chansen finns till fortsatt anställning.

Men då vill plötsligt företaget anställa mig på lönebidrag halvtid under ett år. Jag har nu att välja mellan att ta denna ettåriga anställning på ett företag med svag ekonomi och inte veta exakt om jag klarar av fyra timmar eller vänta på att bli uppsagd av kommunen (de har inga administrativa tjänster). Jag har nu med hjälp av FK bett om att få vara tjänstledig från kommunen under mitt första år på företaget - dels på grund av företagets ekonomi och dels för min remiss till Mölndal - kanske kommer min sysselsättningsgrad att ändras efter behandlingen.”

- Ylva

Utbildning i brist på realistiska alternativ

För många är utbildning en brist på alternativ. Det finns dom som genom sin sjukdom lyckas förverkliga sina drömmar - det finns också dom som upptäcker studiemöjligheter de inte trodde hade - men det finns också en risk att även en utbildning utan direkta mål kommer att betraktas som en framgång. Det finns naturligtvis lyckade fall som man glädjer sig tillsammans med:

“NN är i 50-årsåldern, söker hit för ont i kroppen, har jobbat på dagis i alla år men kan inte vara kvar där. Orkar inte lyfta barnen. Det visar sig att det varit - eller möjligen blivit - lite gnissel på jobbet. Hon har sökt FHV som sjukskrivit henne i omgångar. Söker VC eftersom hon tycker att hon blivit hängande i luften; företagsläkaren har slutat och hon har bara fått förlängda sjukskrivningar i fyra månader. Hon tycker att hon nu också blivit deprimerad. Hon erbjuds besök hos sjukgymnast och ärendet diskuteras med alla i vårt team här på VC. Hennes arbetskapacitet är långt under 100%. Hennes dröm har varit att arbeta med handikappade barn. En aktiv handläggare i vårt team arbetar aktivt

med patienten och man hittar en assistenttjänst - 75%, för lite större barn som inte behöver lyftas - ledig just då. Hon stortrivs och har nu också hittat en livspartner efter att i alla år varit ensamstående.

Delvis var detta ren tur att det fanns en sådan tjänst just då men också ett mycket aktivt förarbete och ett sökande efter var det fanns behov. Många av våra patienter har heller inte samma klara bild över hur de skulle vilja ha det i stället.

Några av våra patienter hittar vidare i en lämplig utbildning. Några få av dessa förverkligar en dröm men de allra flesta utbildar sig i brist på alternativ.

De som inte är fullt arbetsföra blir hänvisade till AMI och Arbetslivstjänsten för arbetsprövning. Vi är djupt oroade över att det dels är mycket lång kö till dessa utredningar och dels att de förslag om ny yrkesinriktning som erbjuds våra patienter känns synnerligen otidsenliga och baserade på en arbetsmarknad som vi tror inte finns längre.”

- Anki

”Jag väljer därför att nu i höst läsa baskurser på Komvux och finansiera med utbildningsbidrag. Jag tar ett år i taget. Läsandet är naturligtvis lite

skojigt, det går bra så vitt man kan säga efter bara några veckor, det känns inte bortkastat, men läsandet är en mellanperiod för mig. Jag går här som tidsfördriv; jag räknas inte längre; vad jag gör spelar ingen roll. Jag skulle hellre vara på min arbetsplats om det bara gick.”

- usk

Arbetsgivaransvaret som kan bli både en fälla och en återvändsgränd

Många av berättelserna visar hur svårt det trots allt är för medarbetare och chefer på arbetsplatsen att tillräckligt tidigt uppmärksamma att en enskild anställd är på väg att utveckla en mera problematisk sjukdom. Tecknen är i början ganska svaga och situationen utvecklas gradvis. Först med facit i hand kan man se de tidiga signalerna. Den i många sammanhang mycket konstruktiva tillvänjningen vid en långsam förändring gör oss samtidigt till ganska dåliga observatörer. Grodor låter sig t.ex kokas utan protester om vattnet värms upp tillräckligt långsamt medan de hoppar ur grytan om det går för snabbt.

De flesta som här berättat ”sin historia” visar också bilden av en i början ganska passiv arbetsplats. Efterhand som symto-

men blir mera uttalade blir också de rent praktiska problemen allt större att på arbetsplatsen lösa arbetsuppgifter och arbets-scheman med en medarbetare som allt oftare och oplanerat är frånvarande. Berättarna påtalar ofta att de mycket väl förstår sina arbetskamraters frustration - även irritation - eftersom dessa på grund av en funktionsbegränsad arbetskamrat måste fördela alla tunga moment mellan sig och ibland därför får dra ett orimligt stort lass.

Det finns en ton i många av berättelserna av att man inte känner sig särskilt välkommen på arbetsplatsen - även om inte alla mött kommentaren ”det vore bättre med en frisk heltid-are”. Man känner sig som ett ”problem som är svårlöst”, man trasslar till schemat, man kan inte bidra till arbetet så som man vill och tycker att man måste. De kontakter man upprätthåller med arbetsplatsen innehåller därför mycket blandade känslor. Man känner sig ofta inte välkommen och inser att man själv skulle reagerat likadant.

Vissa ser det också som helt fruktlöst och ”bara ett spel för galleriet” att upprätthålla skenet av att man någonsin skall kunna komma tillbaka till just den tjänsten man har haft i arbetslaget. Eftersom detta faktum inte diskuteras öppet blir också relationen till arbetskamrater och chefer falsk - tystna-den breder ut sig och båda parter försöker skydda den andres ansikte t.ex vid olika typer av planeringsmöten.

De allt mera ”slimmade och figursydda” arbetslagen med eget totalt ekonomiskt ansvar innehåller också väldigt små marginaler att ta hand om en arbetskamrat som kräver speciell hänsyn och som kanske till och med ”mår dåligt”.

“Det råder inga oklarheter om att det är arbetsgivaren som har hela ansvaret för rehabiliteringen av sina anställda. Detta ansvar är känt av de flesta och ligger ofta delegerat på den chef som har god kunskap om den sjukets arbetssituation. Detta lokala kunnande är mycket värdefullt men kan inte kompensera bristen på ”rehab-kunnande”, dvs kunskap om vilka möjligheter som finns, vad man måste beakta, vad som vore konstruktiva insatser för en framgångsrik rehabilitering osv. Innehållet i de utredningar som lämnas in är därför oftast mycket summariskt och utan substans. Det finns genom denna decentralisering också som regel en mycket begränsad yta för att hitta lösningar och omplaceringar.”

-Mikael

Det förefaller också som om lagstiftare och myndigheter ibland glömt bort att det är en synnerligen svår uppgift att inom gruppen organisera en arbetssituation som medger att den arbetsträning under ett par timmar som föreslås både innehåller lämpliga, meningsfulla "riktiga" uppgifter och är ett bidrag som underlättar i själva verksamheten. En sådan flexibel organisering kräver en erfarenhet och en skicklighet både hos arbetsledare och grupp som man idag inte kan utgå ifrån att den finns på alla arbetsplatser.

Decentraliseringen mot allt "plattare" enheter har inneburit att de arbetsledare som nu fått ansvar för att bevaka de anställdas hälsa och ta initiativ till stödjande rehabiliterande insatser kanske gör en sådan rehabiliteringsplan för första - och kanske enda - gången. Det är därför långt från självklart att dessa känner till allt det som man behöver veta om den aktuella sjukdomen och om rehabilitering för att en sådan plan verkligen skall bli välgrundad och realistisk och väl utnyttja de resurser som finns i samhället. Det finns bland berättelserna flera exempel både på att man på arbetsplatsen missbedömt vad som är rimligt och möjligt och exempel där man upphandlat en behandling som experter senare skrattat åt och som i värsta fall förvärrat situationen.

“Efter barnledigheten återupptogs rehabiliteringsförsöken. Nu blev jag också uppsagd från kommunen på grund av arbetsbrist. Många andra hade också blivit uppsagda. Facket hjälpte mig att driva mina rättigheter och frågan gick ända upp på central nivå eftersom man inte kan säga upp mig på just de skäl som anförts. Jag fick tillbaka min anställning.

Den 1/1 1997 blir jag friskskriven. Strax efter nyår har vi ett möte på min gamla arbetsplats då man tror att man hittat en lösning. Jag erbjuds 75% tjänst - min gamla ordinarie tjänst är 87,5% och jag får tjänstledigt ner till 75% - inom den särskilda omsorgen. Min nya chef och jag kommer snabbt överens. ”Du kan börja på måndag”.

Jag fick ta tjänstledigt några dagar för att komma i takt med schemat men började i princip alltså arbeta 75% direkt. Eftersom jag har små barn slipper jag alla tidiga pass men arbetar i gengäld nästan alla kvällar. Under dagen arbetar jag ju hemma med barnen, tvätt, städning osv. Jag jobbar hårt och i hård takt och får en väldig träningsvärk men hoppas att det skall gå över. För att orka arbeta börjar jag äta värktabletter. Ökade dosen efter hand

och var vid semestertid sommaren 1997 uppe i 16 Alvedon per dag. Detta är mer än dubbelt så mycket som det som är tillåtet.

Efter semestern kollapsade jag på jobbet och blev ”hemkörd” av mina kamrater. Min läkare konstaterade då att jag borde ”skolats in” i mycket långsam takt. Ingen kan gå från 0 till 75% direkt. Det visste ingen av oss som deltog i mötet vid nyår då mitt nya arbete beslutades. Vi trodde alla att friskskrivning - dvs inte längre sjukskriven - innebar att man skulle kunna arbeta 100%. Även jag själv trodde detta vid detta tillfälle – men det har jag fått lida för i efterhand.”

- Inga-lill

I de flesta fall har en arbetsledare formellt tillgång till kompetens och resurser t.ex via internkonsulter på personalavdelningen eller inom företagshälsovården. Några av de intervjuade aktörerna påpekar dock att decentraliseringen som organiseringsprincip bygger på att arbetsledaren själv skall söka det stöd han/hon behöver. Bristen på erfarenhet av dessa frågor innebär helt naturligt att man inte vet att man inte vet och därför inte heller vet att man måste fråga.

Aktörerna från FK påpekar att de ofta måste påminna arbetsgivaren om deras skyldighet att lämna rehabiliteringsutredningar och tidigare uppföljningar har visat att det trots påstötningar saknas sådana planer i väldigt många fall. Den stora generella svagheten i nuvarande praxis kring rehabiliteringsplaner är dock att de utredningar som görs i de allra flesta fall ändå bara är en beskrivning av nuläget - och att de både saknar analyser och konkreta planer för stödjande insatser. Andra brister kan vara att man på arbetsstället inte har tillräcklig kompetens att utforma uppföljningar av försök och prov med olika nya uppgifter, vilket leder till att sådana provperioder egentligen blir utan värde.

“En liknande fara för irriterade relationer ser vi i de fall då en arbetsgivare på egen hand i all välmening verkligen försöker hitta alternativa jobb. Man försöker än det ena än det andra, och försöker och försöker och försöker. Som ”amatör” på den sortens arbetsprövningar är det lätt att sätta orealistiska och allt för ambitiösa mål med stor risk att misslyckas. Informativa uppföljningar och utvärderingar där det korrekta nästa steget tillåts visa sig är en professionell kompetens som mycket sällan finns på själva arbetsplatsen. När man sedan

”prövat allt” och man vänder sig till Arbetslivs-tjänster är engagemanget att börja träna igen självfallet i botten - både hos individen och hos arbetsgruppen. Mycket ”krut” får då läggas på att reparera dessa relationsskador och den bristande självfallet som upprepade misslyckanden fött. En rejäl och också väl designad satsning i ett tidigt skede skulle öka sannolikheten att tillvarata allas intressen.

Företagshälsovården har en god kunskap om arbetsplatsen. Ett samarbete där våra resurser kan komplettera företagshälsovårdens insatser kan vara en god lösning vid svårare rehabiliterings-ärenden. Det finns naturligtvis en principiell risk att vi i enstaka fall skulle kunna uppfatta oss som konkurrenter - men i de allra flesta fall skulle detta säkert kunna redas ut. Vi har inga sjukgymnaster - de har t.ex inga arbetsterapeuter.”

- Gunnel

De sex kvinnornas berättelser är också exempel på hur det går mycket lång tid innan olika utredningar sätts igång men också hur själva utredandet - blandat med perioder av arbets-träning - innebär att man först efter flera år officiellt konstate-

rar att den aktuella arbetsgivaren har försökt men misslyckats med att finna ett lämpligt annat arbete inom sin verksamhet. Då - efter flera års kanske bara mycket sporadiska kontakter med arbetslivet - blir man uppsagd. Eller kanske snarare inser själv att en fortsatt anställning, utan egentliga möjligheter att hitta ett anpassat arbete, bara leder ändå längre in i en återvändsgränd.

Den nu tillämpade praxisen - väl tänkt utifrån vetskapen att den gamla arbetsplatsen är den statistiskt sett bästa grunden för en lyckad rehabilitering - innebär samtidigt att man i dessa fall hindrar och med flera år fördröjer den anställdes orientering mot ett helt annat men kanske mycket mera möjligt segment på arbetsmarknaden. Den konventionella fackliga strategin att till varje pris hålla en anställd kvar hos sin gamla arbetsgivare skulle behöva ersättas med en lika kraftfull strategi att hjälpa varje anställd att kunna ha en trygg karriär i arbetslivet oberoende av om företag flyttar, verksamheter omorganiseras eller läggs ner eller den egna förmågan förändras.

”Vi försöker också ta hänsyn till individens rättmätiga behov av ett meningsfullt - inte konstruerat - arbete. Människor vill inte vara onyttiga och vill inte vara till besvär genom att

behöva handledning, vill inte behöva ”bli väntade på”. Det är också viktigt att inse och erkänna att arbetsgrupper i vårt hårt ”slimmade” läge inte orkar att ha ytterligare någon i gruppen som frågar, som tar tid, som är psykiskt nere. Vi vill erbjuda avlönade arbeten - inte konstruerade arbeten.

Det finns dock en motsägelse inbyggd i vår nuvarande praxis - ett äkta etiskt dilemma. Vi delar uppfattningen att en aktiv sjukskrivning är det absolut bästa och att alla skall stimuleras att hålla kontakten med sin arbetsplats - i de svåraste fallen av funktionshinder åtminstone genom att vara med på personalmöten och liknande.

En arbetsträning där sannolikheten är ganska god att man efter träningen kommer att kunna återgå till sitt gamla arbete utgör heller inte några etiska komplikationer. Vi gör alltid en omfattande medicinsk bedömning av sannolikheten att på sikt klara sitt gamla jobb.

Problemen uppträder när det blir uppenbart att man inte kommer att kunna återvända till sitt gamla arbete. Vår policy är att i det längsta leta efter omplaceringsmöjligheter inom företaget. Eftersom vår verksamhet är ganska lika från avdelning till

avdelning är dock den faktiska möjligheten liten. Under tiden görs olika utredningar bl.a anlagstester och funktionsanalyser, och vi kan ta hjälp av ALT.

Dessa analyser kan då visa att vederbörande faktiskt har en ganska stor restarbetsförmåga - t.ex 75% - men att det krävs en viss form av ”extrarustning” för att exempelvis - åtminstone i princip - kunna arbeta som läkarsekreterare. Under utbildningstiden kan vederbörande få rehabiliterings- eller utbildningsbidrag. När utbildningen är slut upphör rätten till sjukpenning - dvs vederbörande ”friskskrivs”. Om vi då har en ledig befattning som läkarsekreterare finns heller inget problem.

Men det finns i de flesta fall inget sådant arbete hos oss just då. Det kan dröja flera år innan en sådan tjänst blir ledig. Under tiden måste vederbörande återgå till sin ordinarie tjänst. Men den kanske inte längre finns kvar. Och även om den funnits - den tjänsten kan ju inte vederbörande återvända till. Här hamnar vi ofta - efter flera år av utredningar och utbildningar.

Landstinget har en policy att inte säga upp någon på grund av arbetsbrist. Men hur gör vi när vi inom vårt begränsade verksamhetsområde inte lyckas

hitta ett meningsfullt arbete under utrednings- och utbildningstiden?

Det etiska dilemmat är: Har vår policy egentligen bara lett in i en återvändsgränd och fördröjt den personens väg mot ett mera realistiskt yrkesalternativ utanför vården? Har vi hållit kvar en person i en utveckling som inte har någon framtid? Hade det inte varit bättre att så tidigt som möjligt i stället på alla sätt stödja den personen att lämna vårdsektorn och hitta ett alternativ?”

- Lillemor, personalavdelning

Den ökade specialiseringen inom olika verksamhetsgrenar som var en del i decentraliseringen begränsar utbudet av möjliga uppgifter inom en enhet ytterligare. Den enskilde arbetsledaren kan bara erbjuda ett utbud av i grunden väldigt lika uppgifter - vården innehåller nästan bara vård. Variationen har dessutom minskat genom att man också för att förebygga arbetsskador infört arbetsrotation inom alla de olika uppgifter som finns tillgängliga. Tjänster som bara innehåller vissa moment eller sk ”lätta uppgifter” skulle dramatiskt bryta denna förebyggande utveckling och är därför inget realistiskt alternativ ens i ett annat ekonomiskt läge då man inte längre skulle behöva ”tänka så snålt” vad avser resurser.

Primärvårdens möjligheter och begränsningar - och risken för medikalisering

”Målgruppen för projektet ”kvinnors hälsa” känner jag väl igen. Unga kvinnor, vanligen ensamstående, i yrken med låga krav på formell utbildning, ofta andra sociala problem, ensamma med barn och hund. De har ofta många men lindriga besvär, återkommer ofta till primärvården och ”blir kvar i systemet”. Deras stora problem är att ”själva livet är för tungt”.

Det finns naturligtvis många lyckade rehabiliteringsärenden men oroande många kommer inte kunna gå tillbaka till sitt arbete och kommer inte att hitta något annat heller”.

- Marie

Det finns några mycket tydliga ”undertexter” i vår trygghetsslagstiftning. Den ena är att ”avlönat arbete” är grunden för våra rättigheter till ekonomisk ersättning - och grundvalen för ett meningsfullt liv. Den andra är att det enda som ”befriar från skyldigheten” att försörja sig är sjukdom. Dessa grundläggande utgångspunkter diskuteras sällan i samhällsdebatten.

”Ett annat problemområde är vår tendens till medikalisering. Vårt arbete styrs till stor del av medicinska underlag som berättar om den försäkrades medicinska hälsotillstånd och hur det medicinska påverkar funktionsförmåga och arbetsförmåga. Det finns en risk att vi får för stor koncentration kring rehabiliteringen utifrån ett för snävt synsätt dvs det medicinska synsättet, i stället för att lägga vikten utifrån ett helhetsperspektiv. Detta vidare perspektiv krävs för att kunna konkretisera kärnan i rehabprocessen. Risken finns att vi blir för snäva i vårt förhållningssätt.”

- Birgitta

Det finns en entydig statistik som visar att efter tre månaders sjukskrivning minskar oddsen för tillfrisknande dramatiskt. Det upplevs därför mycket frustrerande att många med facit i hand har gått sjukskrivna i omgångar under mycket lång tid och utan att detta direkt har uppmärksammats genom primärvårdens egna ordinarie rutiner och system.

“När symtomen började 1987 gick jag till min vårdcentral. Den förste läkaren sade att jag nog skulle räkna med att ha dessa symtom i ett halvår.

Efter 6 månader sa de att jag nog fick räkna med ett år. Efter ett år att det säkert skulle ta tre år osv. Nu säger man att det är kroniskt. Hade man tidigare vetat detta hade jag kanske kunnat göra annorlunda. Jag har varit hos flera läkare och ibland träffat sådana som efter 10 minuter och utan att ens ha läst min journal skickar en remiss eller skriver ett intyg.

Jag har under åren arbetstränat både inom vården och på förskola. Jag har i perioder också haft tillfälliga tjänster som personlig assistent till barn och ungdomar.

De fyra första åren - 1987 - 1991 - fanns tanken att jag nog skulle kunna återvända till mitt jobb på servicehus och vi inriktade oss på detta. Först 1991 började jag leta utanför den egna enheten.”

- Gunilla

Det finns flera goda exempel på hur man inom ramen för olika projekt och extra resurser lyckats förändra sin praxis och åstadkomma mycket positiva resultat men att dessa projekt aldrig permanentats. Väntetider till exempelvis ett första besök hos sjukgymnaster är i dagsläget sällan under 3 månader - och man kan i en viss mening säga att alla patienter därför kommer för sent.

“Dessa kvinnor vet ibland inte var i samhället man kan protestera mot orimliga villkor, tänker i första hand på patienten och vet inte heller vart man kan vända sig för att få hjälp att komma ur sin svåra pressade livssituation. Primärvården kan i dessa situationer erbjuda tillfälliga behandlingar och en möjlighet att hämta sig. Vi kan också erbjuda sjukgymnastik för att bygga upp sin ork och i vissa fall också möjlighet att öva sin stresshantering.

Vi inom primärvården är oftast de som får den första kontakten med patienten - som ser de allra första symptomen - och skulle därmed vara den instans som skulle ha de bästa möjligheterna att tidigt ge hjälp att komma till rätta med dennes situation. Vi skulle om vi hade tillgång också till andra typer av resurser kunna anvisa vägar både individuellt personligt och utbildningsmässigt.”

- Anna-Karin

”Vi sjukgymnaster uppfattar att det nu till stora delar är slumpen som avgör vilka patienter som får remiss till oss. En misstanke är att det är de verbalt begåvade som själva kan ta initiativ och föreslå som också får utnyttja vår resurs. Många ringer direkt

till oss för att få hjälp. Vi saknar en dialog om, och en väl grundad policy för vår central, för vilka patienter som skulle ha bäst nytta av att få komma till oss på sjukgymnastavdelningen.

Vi har tidigare genomfört ett projekt där vi organiserade oss så att alla som bedömdes tillhöra riskgruppen ”blivande rehabärenden” fick komma till oss redan nästa dag. Erfarenheterna var mycket positiva men projektet förlängdes inte.

Jag skulle önska att vi kunde delta mera i den dagliga verksamheten på vårdcentralen. Vi skulle då betydligt snabbare få kontakt med de aktuella patienterna och vi skulle själva kunna medverka med vår kompetens i bedömningen av relevanta verkningsfulla insatser. Det kan kännas som att vi pratat med dubbla tungor eftersom vår kapacitet just nu inte ens räcker till dem vi får genom remisser.

Den begränsade resursen förstärker dock bara vår frustration över att den prioritering som slumpen och ”effekterna av att tiden bara går” skapar inte gynnar vår produktivitet. Genom ett annat arbetssätt skulle vår kompetens kunna utnyttjas mycket mera effektivt.

Jag skulle också önska att vi hade ett effektivare filter så att vi snabbare upptäcker att någon går oroväckande ofta och länge sjukskriven. Jag har en vision att vi mycket tidigare än idag skulle kunna samlas över yrkesgränserna till ett möte kring den patient som börjar visa dessa tecken. De tre månader som man idag står på väntelista innebär att vi regelmässigt och alltid kommer in för sent.”

- Anne-Charlotte

”Vi vet ju att tiden är vår största fiende. Patienter som tillhör riskgruppen måste uppmärksammas mycket snabbt. Aktiva insatser måste sättas igång under de första månaderna, annars blir verkningsgraden mycket blygsam. Den med våra mått mätt mycket långa och klumpiga handläggningen vid AMI medför att de insatser vi kan göra för att snabbt starta en rehabilitering blir verkningslösa eftersom ”ärendet” ändå stannar upp och vi tvingas ta till uppehållande men meningslösa återbesök. Det är ytterst pinsamt för oss alla att vi har så litet att erbjuda dessa patienter när själva vården är avklarad. De har sina handikappande symtom och

oftast en mycket diffus diagnos. Vi kan inte erbjuda bot och vi kan inte säga något om prognosen.”

- Anki

Det finns studier som visar hur den kompetens som finns skulle kunna användas mycket effektivare om kommunikationen mellan olika professionella grupper inom enheten kunde bli bättre (se t.ex Lindell, Engberg 1990).

Det finns också en utbredd kunskap om att de patienter som är ”blivande långvariga rehabfall” faktiskt kan diagnostiseras på ett mycket tidigt stadium men att deras besvär bara till en liten del är rent medicinska. Den kompetens och de resurser som dessa skulle behöva erbjudas för att komma till rätta med en i grunden ohållbar livssituation finns bara undantagsvis att tillgå i vården.

Rehabhuset i Norrköping är ett sådant exempel som erbjuder en tjänst som kan sägas ligga i ”glappet” mellan den psykiatriska vården och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

“Att reda upp livet kan också innebära att det krävs ett mycket konkret handtag från vår sida och någon som ”lägger axeln till”.

Britt (fingerat namn) har varit sjukskriven i 10 år under diagnosen ”nervösa besvär”. Hon bor

tillsammans med en tonårig son och lever sitt liv genom TVn.

Kontakten med Rehabuset börjar med oro för att sonen inte utvecklas normalt. Samtalen avslöjar dock att sonen nog är en mycket välartad och normal tonåring men att mamman helt saknar kunskap om hur tonåringar är. En första åtgärd är därför att genom biblioteket skaffa litteratur om ”barn i den åldern”. Ytterligare samtal visar en kvinna som verkligen ”hatar och föraktar sig själv”, som har ett tidigare dolt missbruk (eller kanske ingen frågat), som framför allt inte kan klara sitt eget hushåll och hålla rent. Hon har sedan en tid haft kommunal hjälp med städning 2 timmar per vecka men har då låst de rum där misären är som värst. Där har inte städats på många år, husdjuren har förorenat i sängen osv. Den energi som skulle krävas för att ta itu med denna situation saknas.

Rehabombudsmannen ordnar först 2 veckor på Loka Brunn för att bryta den onda cirkeln. Programmet inriktas på praktiska ting som kost och motion. Därefter hjälps man åt att städa upp hemmet. Det visar sig då att många problem bottnar i en ren okunskap - hur man handlar, vad extrapris

betyder, hur man tvättar osv. Gemensamt gör men sedan upp en ”skam den som ger sig- lista” där deltagaren för varje dag kryssar för vad hon då orkat ta itu med. Vi har nu tillsammans startat den utveckling som i sin förlängning innebär en möjlighet för Britt att också söka sig en plats i arbetslivet.

Vi tycker att vårt projekt har demonstrerat att det idag inte bara saknas resurser att få kontakt i tid utan att det också saknas ”lägre nivåer” i de erbjudanden som man traditionellt arbetar med. Det skulle också behövas flera ställen där man kunde öva sig för samhället och där man tillsammans med sin ombudsman bättre skulle kunna avgöra vad som skulle till för att man skulle komma vidare i sin önskade utveckling.”

- Ann-Kristin, Rehabuset

Det finns än så länge få exempel på sådana ”länk-tjänster” inom andra sektorer men verksamheten skulle kunna ses som en modell och en demonstration av hur förändringarna i en samverkansprocess inte bara är beroende av att befintliga aktörer förändrar sin praxis. Det kan många gånger vara mycket effektivare att alla befintliga fortsätter som tidigare - skoma-

kare vid sin läst - men att effekten av deras insatser förstärks genom ett tillskott från helt nya tjänsteföretag. På liknande sätt skulle man kunna se de företag som tecknat avtal med FK för ”köpta tjänster” och möjligen på så sätt kunna utnyttja dem allt mera kostnadseffektivt.

Försäkringskassans dubbla roller och olikheter i definitioner av arbetsförmåga

De handläggare som bidragit med berättelser påtalar en frustration över att tillgängliga resurser inte räcker till och att man inte heller alltid är organiserad så att dessa kan användas särskilt väl. Många ärenden bollas på ett mycket olyckligt sätt mellan FK och AF/AMI. Åtminstone delvis beror detta bollande på okunnigheten utanför FK om att deras bedömningar av arbetsförmåga inte grundar sig på förmågan att klara det jobb man har eller de jobb som faktiskt finns på orten utan på en i princip tillgänglig arbetsmarknad.

“Vi drar alltså in sjukpenningrätten när den försäkrade i princip skulle kunna arbeta - t.ex 50% - oberoende av om det just nu och på den försäkrades hemort finns sådana jobb att tillgå. Denna basala grundregel i försäkringen är inte tillräckligt känd

varken bland klienter eller andra aktörer i systemet och våra bedömningar kritiserar därför ofta på felaktiga grunder och våra beslut misstolkas.”

- Birgitta

Denna oklarhet ligger bakom många av de överklaganden som görs och mycket av den kritik som riktas mot kassans hantering. En effektivare kontaktyta och samverkan mellan FK och AMI planeras. Kanske beror kritiken inte bara på kunskapsbrist utan på att andra aktörer - kanske också allmänheten - inte tycker att det arbetsförmågebegrepp som FK använder är rimligt och i dagens arbetsmarknad acceptabelt (Goffrich 1998).

Försäkringskassans handläggare ser det också som en svårighet att de läkare som skriver intygen i första hand ser sig som en ”försvarsadvokat” för den försäkrade. Det ligger i den medicinska etiken att på alla sätt och ”till sista andetaget” göra allt för den enskilde patientens bästa. Handläggarna kan därför ensamma, och inte sällan i strid med utlåtanden och intyg, bära hela den objektiva bedömningen som försäkringen bygger på.

Det finns också en kraftig kritik - både internt och från olika samverkande parter - mot att man organiserat sig så att den sjuke behöver byta handläggare flera gånger under en normal rehabiliteringsprocess. Det upplevs finnas stor risk för

dubbelarbete - inte minst vad avser upprepningar av utredningar som arbetsgivaren kanske redan genomfört.

Det finns mycket goda erfarenheter från projekt där kassans handläggare integrerats och förstärkt resurserna vid vårdcentralen - och på så sätt kommit in tidigt i processen - men dessa försök har avbrutits med hänvisning till att de inte är kostnads-effektiva ur kassans synvinkel.

Flera inlägg från dem som arbetar vid FK påtalar också hur handlingsutrymmet de senaste åren begränsats vad avser möjligheten att erbjuda förtidspension. Många försäkrade skulle få en mycket tryggare situation med möjlighet att planera mera långsiktigt (Ydreborg 1998).

“Ett specialfall är naturligtvis de patienter där arbetet faktiskt medverkat till deras problem och symtom. Det är lätt att förstå att dessa inte gärna återvänder till arbetet. Det är också lätt att förstå att de anställda där olösta konflikter på arbetet bidragit till sjukdomens förlopp inte heller finner det särskilt meningsfullt att medverka i rehabiliteringssamtal och diskussioner på arbetsplatsen. En onyanserad tolkning av lagtextens arbetsgivaransvar och en brist på alternativa stödformer är en del i förklaringen till att gruppen ”svårlösta fall” ökar.

De rehabiliteringsprogram som idag kan köpas av FK, t.ex RFV i Tranås, innebär att själva utredningen av arbetsförmågan blir bättre men medverkar egentligen till att förstärka paradoxen i att FK allt bättre kan uttala sig om arbetsförmågan samtidigt som AMI allt oftare tvingas säga att en klient är alldeles för sjuk till och med för att kunna medverka i deras aktiviteter och träningsprogram. De program som erbjuds är också sällan anpassade för en målgrupp med barn och familj. Statistik visar också att man på alla olika sätt har mycket lättare att yrkesrehabilitera män än kvinnor och att kvinnors konventionella kompetens just nu inte efterfrågas i arbetslivet. Det mesta talar för att praxis inom rehabilitering borde få en helt annan inriktning.”

- Tomas

Kapitel 4

Öppningar för en diskussion om rätten till rehabilitering*

Det finns t.ex en utbredd insikt om att de patienter som är ”blivande långvariga rehabfall” redan idag kan diagnostiseras inom primärvården på ett mycket tidigt stadium men att deras besvär bara till en liten del är rent medicinska. Den kompetens och de resurser som dessa skulle behöva erbjudas för att komma till rätta med en i grunden ohållbar livssituation finns bara undantagsvis att tillgå i vården - och tillhör heller inte vårdens normala kompetensområden.

Det finns än så länge mycket få exempel på tjänster som skulle kunna komplettera den etablerade vården. De få som finns skulle dock kunna användas som modeller och en demonstration av hur förändringarna i en samverkansprocess inte bara är beroende av att befintliga aktörer förändrar sin praxis. Det kan många gånger vara mycket effektivare att alla befintliga fortsätter precis som tidigare men att effekten av deras insatser förstärks genom ett tillskott från helt nya tjänsteföretag.

* Detta avslutande kapitel är tillagt inför publiceringen som abonnemngsrapport

Vassare analyser av diskursen om mål, regler och aktuella begränsningar

Det finns både i officiella skrifter från Riksförsäkringsverket, i betänkanden och policydokument, i debattartiklar osv påståenden om att de problem som finns vad avser produktiviteten i trygghetsförsäkringssystemen beror på att olika aktörsgrupper har olika mål och att de agerar utifrån skilda regelverk.

Min uppfattning är att man har tillräckligt lika målsättning - fullt förenliga mål - dvs god livskvalitet för alla människor (Kerz oa 1995). Vad olika parter menar med livskvalitet har utforskats - och erfarenheten är att det är lätt att nå konsensus om detta (Wennberg, Hane 1997).

Däremot kan olika aktörer av naturen tvingas arbeta med mycket olika begränsningar för sin verksamhet. Inget företag kan överleva om det går med förlust. Också de offentliga aktörerna har sina begränsningar. Ingen kan heller ta ansva för att driva en verksamhet som får effekter utanför vad man själv uppfattar som acceptabla gränser. Varje aktör har sin "solutional space" - dvs gränser som inte kan överskridas - varken ekonomiskt eller etiskt.

Ett samarbete kräver att man faktiskt är beredd att leta efter lösningar som ligger inom ramen för av båda parter accepterade ramar. Detta är förvisso ingen trivial uppgift; den kan

mycket väl kräva en förståelse av ”processen rehabilitering” som är långt utöver vad dagens kunskande räcker till, men det är en mycket mera öppnande ansats än den konventionella.

Kunskapsbrister är väsentligt mycket lättare att åtgärda jämfört med värderingsskillnader. En beskrivning som tydligt visar ramar och begränsningar är mycket mera hjälpsam för en samarbetspartner än en lista över mål och visioner och regler.

Försöksverksamhet med ”Frizon”

Många av de projekt som genomförts med syfte att åstadkomma bättre resultat inom ramen för givna resurser utgår från antagandet att ett ”myndighetsöverskridande arbetssätt” skulle kunna effektivisera verksamheten och möjliggöra mera precist och individuellt anpassade lösningar (t.ex Skoglund 1999).

Denna utgångspunkt gäller absolut inte bara potentialen inom arbetslivsinriktad rehabilitering utan har sina motsvarigheter inom nästan alla sektorer i arbetslivet. Den organisation som ursprungligen ordnades för att stödja verksamheten och för att kunna utnyttja resurserna väl upplevs nu vara ett stort hinder.

Önskemålen om ”frizoner” innehåller också påståenden om att det regelverk som utvecklats hindrar goda lösningar.

Regler är emellertid också ett mycket mångtydigt begrepp. Regler kan ibland användas för att uttrycka något som närmast är en instruktion - ”det är bara att följa en regel”. Sådana regler är tänkta att underlätta för en nybörjare. När man blir kunnigare och bättre kan se sitt faktiska handlingsutrymme kan man lämna regeln och använda sitt sunda förnuft i stället. Därmed tar man också professionellt ansvar för sitt ställningstagande.

Regler kan emellertid missbrukas. De kan användas som täckmantel. Genom att hänvisa till att man bara följde regeln avsvär man sig ansvaret att ta ställning och kan inte anklagas för att genom att följa föreskriften begå oetiska handlingar.

Regler kan också ha en innebörd som ligger ganska nära en överenskommelse. Överenskommelser är till för att skapa trygghet. Lagen om anställningsskydd är en sådan överenskommelse - eller regel. Den reglerar båda parter rättigheter. Utifrån en fast punkt - dvs den sk LAS-listan - startar en förhandling. Ingen kan tvingas att avstå från sin rätt men alla kan frivilligt avstå från sin turordning - dvs sin rätt - för ett bättre alternativ. Kreativitet och goda argument är då mera betydelsefulla än formell makt.

Ordet regler används också i betydelsen restriktioner. ”Vi får inte använda mera pengar än vi har”. Sådana regler har skapats för att skydda de inblandade och de ansvariga och garantera rättvisa. Sådana regler säger vad man inte får göra -

men är inte instruktioner om vad som bör eller skall göras.

De berättelser vi fått ta del av antyder att reglerandet nu gått alldeles för långt. Man försöker genom den typen av regelverk förebygga alla tänkbara negativa utfall - på samma sätt som Taylorismen överförde hantverkarens kunnande till serier av mycket enkla arbetsmoment som kunde utföras av vem som helst - och handlingsutrymmet för respektive aktör har därför nu blivit ytterst begränsat.

Sådana regelverk syftar till att minska misstagen av ”den mänskliga faktorn” - men hindrar samtidigt att samma mänskliga faktor utnyttjar sin kompetens och sitt omdöme för att hitta den i det enskilda fallet bästa lösningen. Sådana regelverk blir också mycket snabbt förelegade och kräver ständiga revisioner för att inte skapa absurda situationer.

Jag har inte uppfattat att man med frizoner menar att man skall överskrida faktiska restriktioner - inte heller skapa ökad otrygghet genom att inte garantera de överenskommelser som ingåtts. Vi uppfattar att man i frizonsprojekten söker en arbetsform där det krävs, och där man tillåts, att argumentera för sina ställningstaganden i varje beslut utifrån sitt professionella kunnande. Man söker en arbetsform där argumenten - snarare än ”våra rutiner” - avgör.

Beslutens kvalitet och verksamhetens effektivitet kommer i dessa fri-zoner att bli helt beroende av aktörernas kompetens

och omdöme snarare än av regelverkets utformning. Genom att i stället för regelverk institutionalisera öppna diskussioner kring de principer man tillämpar och hur man resonerar i sina bedömningar garanteras ändå rättssäkerheten och de ansvariga politikernas rättmätiga krav på insyn.

Kravet att ta personlig ställning kan uppfattas betungande. Det finns i berättelserna antydningar om att många aktörer inte alls utnyttjar det handlingsutrymme som faktiskt finns utan frivilligt väljer att begränsa sig till ”väl beprövad erfarenhet”. Tolkningen av en sådan frivillig restriktion kan gå i många riktningar - rädsla för repressalier, kompetensbrist, lättja och bristande engagemang. En arbetsform som möjliggör diskussioner med kolleger och med auktoriteter inom området inför dessa ställningstaganden kan både öka tryggheten för den enskilde aktören, fungera som kvalitetssäkring och innebära en löpande verksamhetsutveckling.

Både socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken strävar mot att så många som möjligt skall kunna försörja sig själva genom eget försvarsarbete. Att ha och kunna behålla ett arbete är för många en viktig förutsättning för hälsa. Arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön och för rehabilitering av anställda kommer att ytterligare förtydligas i nya regler som är under utarbetande. Studier visar dock att kunskapen på arbets-

platserna om vilket ansvar man har som arbetsgivare har är mycket bristfällig. Få arbetsplatser ser arbetsmiljöarbete och en arbetslivsinriktad rehabilitering som en integrerad förändrings- och utvecklingsprocess inom organisationen utan uppfattar detta som något man ”köper” utifrån vid behov.

Insikten om vad i arbetet, i arbetsklimatet och i samspelet på arbetsplatsen som medverkar till att medarbetare slås ut ur arbetslivet - eller vad som försvårar för nya medarbetare att komma in - är därför också tämligen outforskad och okänt. Därför saknar vi sannolikt också ord och begrepp för att beskriva de hinder och möjligheter som finns och som behöver diskuteras. Ett problembaserat arbetssätt i ett antal grupper från olika arbetsplatser och organisationer skulle kunna visa exempel på insatser som vore värda att pröva och belysa vilka svårigheter och hinder som skulle behöva studeras djupare för att kunna kringgås.

Referenser

- Argyris C (1990): *Overcoming organizational defenses. Facilitating organizational learning*. Boston: Allyn and Bacon.
- Alarik B (1998): *Management - modetrender eller kunskapsutveckling*. Föredrag vid Handelshögskolans Dag i Göteborg den 18 oktober 1998.
- Edlund C, Kahnlund K, Dahlgren L (1998): *Arbetsgivaren i rehabiliteringsprocessen*. Intervjuer med 21 arbetsgivare i Västerbotten. *Socialmedicinsk tidskrift*. nr 4; 1998 s 183 - 189.
- Englund L (1997): *Är sjukdom ett bra skäl för att bli sjukskriven?* ISBN 91-7500-230-2.
- Goffrich A (1997): *Verkligheten vägrar anpassa sig efter lagtexten*. *Social Försäkring* 10/97 s 13.
- Hane M (1998 a): *En förfinad praxis för tillsyn av organisatoriska och sociala arbetsmiljöfrågor - utarbetad i ett utforskande partnerskap av yrkesinspektörer i Örebro*. Örebro: Yrkesinspektionen 1998.

Hane M (1998 b): *Ohälsa och negativ stress*. Ett underlag för tillsynsarbete utarbetat av en arbetsgrupp vid Yrkesinspektionen i Örebro. Örebro:Yrkesinspektionen 1998.

Kerz J, Werner M, Wesser E (1995): *Vad vet vi om rehabilitering? Svensk rehabiliteringsforskning 1980-1993*. ISBN: 91-86980-14-9.

Lindell M, Engberg L: *Kommunikationen mellan läkare och sjukgymnaster*. Hälsouniversitetet. Vårdhögskolan i Östergötland. Påbyggnadslinjen. Inriktning mot primärvård. VT 1990.

Lindén E (1997 a): Ju fler kockar desto bättre soppa. *Social Försäkring 10/97* s 5 -6.

Lindén E (1997 b): Oetiskt att inte samarbeta. *Social Försäkring 10/97* s 7.

Lindén E (1997 c): "Sjukdom" - relativt begrepp som kräver tydligare regler. *Social Försäkring 10/97* s 10-12.

Lindén E (1998 a). "Det är dags att omdefiniera arbetslinjen". *Social Försäkring 14/98* s 12-13.

Lindén E (1998 b): Ytterligare skärpning krävs. *Social Försäkring 5/98* s 10.

Isestog T (1994): *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*. ISBN 91-38-92371-8.

- Johansson SE (1997 a): ”Stoppa rundgången”. *SSR-tidningen* 2:97 s 20-21.
- Johansson SE (1997 b): Förtidspensionärer skall få arbeta. *Social Försäkring* 10/97 s 8.
- Nilsson A (1998): *Att främja kvinnors hälsa. Ett diskussionsunderlag utifrån femton ohälsoområden.* ISBN 91-630-6926-1.
- Norrgren F, Hart H, Schaller J (1996): *Förändringsstrategiers effektivitet.* Göteborg: CORE, Chalmers Tekniska Högskola.
- Regeringens proposition 1996/97:63. *Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, mm.*
- Skoglund N (1999): *Concordprojektet 1997-1998. En beskrivning av samverkansarbetet i Vänersborgs kommun.* Uddevalla: Skandinavisk Arbetsplatsutveckling
- Wennberg BÅ, Hane M (1997): *Livskvalitet - en fråga om mänsklig omtanke.* Abonnemangsrapport 62. Onsala: Samarbetsdynamik
- Wennberg BÅ, Hane M (1998): *Focus Groups - både en arbetsform och en metod för datainsamling i ett utforskande partnerskap.* Abonnemangsrapport 64. Onsala: Samarbetsdynamik.

Westerhäll L (1998): Vi måste få stadga och begriplighet i trygghetssystemen. *Social Försäkring 1/98* s 11-12.

Whitaker G (1995): *Win-lose and win-win interactions and organisational responses to scarcity*. Abonnemangsrapport 50. Vänersborg: Samarbetsdynamik.

Ydreborg B (1998): *En pilotstudie av personer som fick avslag på sin ansökan om förtidspension*. Arbetsrapport. Örebro: Samhällsmedicinska enheten ÖLL; September 1998.

Bilaga 1

Berättelser
från 17 personer med erfarenhet av
arbetslivsinriktad rehabilitering

**Berättelser från 6 kvinnor som alla är eller
nyligen har varit föremål för
rehabiliterande insatser**

**Berättelse från en barnskötare,
den 6 juli**

Jag är 37 år och fick ledgångsreumatism 1994. Det kom plötsligt och utan förvarningar. Jag har alltid arbetat på dagis och var van att vara mycket rörlig och hålla igång tillsammans med barnen. Jag äter kortison periodvis. Det hjälper något. Varna bad och värmekudde lindrar också. Jag känner mig väldigt trött, är mycket mera fumlig nu än tidigare, säger ofta fel ord osv. Allt som kräver energi och koncentration gör mig väldigt trött. Jag planerar nu mina rörelser mycket noga för att spara på den energi jag har. Om jag ansträngt mig mycket en dag måste jag sedan vila hela nästa dag. Att arbeta med barn och med människor tar också mycket energi och då kan man inte heller lika lätt planera sina rörelser.

Min första kontakt med sjukvården 1994 var att jag fick värktabletter genom vårdcentralen. Senare fick jag där kontakt med en reumatolog och vidare kontakt med Universitetssjukhuset. Det kändes skönt att då få reda på vad det är för sjukdom jag har även om man fortfarande inte kan säga särskilt

mycket om prognosen. Jag har sedan dess varit sjukskriven mellan 25 och 100%. Jag försökte först arbeta heltid eftersom jag verkligen ville ”vara igång”. Kollegerna tog då alla de tunga uppgifterna med det var ändå mycket tröttande.

I oktober 1995 började jag skolan; Kompetensutveckling genom Komvux. Jag läste då på heltid in kärnämnen för gymnasiekompetens men tvingades takta ner lite efter hand och har nu engelskan kvar.

Hösten 1996 blev jag sjukskriven och jobbade halvtid. Tyvärr stängdes det dagis där jag arbetat tidigare och min tjänst flyttades till ett nytt område. Detta försvårade naturligtvis min situation eftersom jag där inte känner arbetskamraterna, barnen eller ledningen särskilt väl. Jag känner mig därför som ”statslös” och har ingen relation till min nuvarande arbetsplats och har liten kontakt med arbetsledningen. Jag känner mig bara som ett problem för dem som de har ansvar för att lösa.

Jag riskerar nu att bli uppsagd från min tjänst inom kommunen på grund av arbetsbrist. I den decentraliserade organisationen så har resultatsenheten ansvaret att erbjuda mig ett annat arbete. Det finns inom resultatsenheten - dvs dagis, skola, dagmammor - ganska få alternativ till de arbetsuppgifter jag tidigare haft och som är för tunga för mig. För mig skulle det vara en klar fördel om min arbetsgivare Kommunen (och inte

bara enheten) hade ansvar och skyldighet att ordna en omplacering. Nyskapade och meningsfulla arbeten för omplaceringsfall inom kommunen är numera tyvärr obefintliga. Arbetskonsulenten föreslog lönebidragsjobb som en framtida möjlighet.

Det finns många frågetecken. Om jag satsar på ett fortsatt mentalt krävande och stimulerande arbete med människor (t.ex socialpedagog) så orkar jag kanske inte med något umgänge privat. Om jag i stället väljer ett administrativt arbete ”med papper” så finns det nog mer energi kvar för vänner och personlig mental stimulans.

Jag, en av mina chefer, en facklig representant, en handläggare från Försäkringskassan och kommunens rehabhandläggare har ganska regelbundet haft möten om min situation. En första åtgärd var att dagiset köpte in Arbetslivstjänster för att de skulle kunna ge mig hjälp att hitta vad jag är intresserad av som mål för min rehabilitering. Denna diskussion kom lite plötsligt för mig och jag var då ännu inte riktigt beredd att ta ställning till detta. Jag funderar ännu över vad jag skall kunna inrikta mig mot. Det är väldigt svårt att avgöra vad man skall göra av ”resten av sitt liv” eftersom det är så många osäkra faktorer och jag ju inte vet vad jag klarar och hur mycket jag kommer att orka.

En andra åtgärd var den FURA-utredning (funktionsutredning av kroppen) som genomfördes av AMI. Där fick jag

under 4 veckor också se och pröva på olika yrken och uppgifter för att avgöra vad jag kunde klara och inte klara. Jag skrev dagbok hela tiden under våren 1997 och antecknade vad jag jobbade med, vilka hjälpmedel användes, hur det kändes och vad jag orkade göra efteråt. Jag prövade med administrativa uppgifter inom kommunen. Där hade jag regelbunden kontakt med en yrkesmässigt mycket duktig och engagerande arbetsterapeut från Arbetslivstjänsten. Efter att ha arbetsprövat mellan 2,5 och 5 timmar per dag under 8 veckor kom vi fram till att det var 4 timmars arbete per dag som min kropp klarade av.

På så sätt kan man få syn på sin faktiska fysiska förmåga. Det är dock mycket jobbigt att se det man inte klarar längre. Där hade vi kontakter med arbetsterapeut och med yrkesvägledare och gick igenom en s.k ”söka jobb-kurs”. Dessa moment på FURA kändes onödiga och stressande eftersom jag ju då inte alls visste hur mycket jag egentligen skulle kunna klara av. Varje fredag diskuterade vi vår situation med de andra i gruppen. Det var nyttigt för mig att bli tvingad att tänka på och prata om min framtid eftersom jag normalt försöker ”slå ifrån mig” och bara ”trampa på”. Det fanns också en stor fördel i att man insåg att man inte var ensam om att ha det svårt och att det där tillsammans med dem var tillåtet att ”gnälla”.

Mina kontakter med Vårdcentralen fungerar så att jag själv hör av mig när jag behöver. Jag känner mycket litet engage-

mang och gensvar från min läkares sida. Jag kallas 1 gång per år till reumatologen men om min sjukdom fortfarande är stabil vid nästa kontroll skall jag helt över till Vårdcentralen. Mina kontakter med Försäkringskassan och med min handledare fungerar mycket bra och jag känner stöd och förtroende.

Jag blev helt sjukskriven hösten 1997. Sedan den 1/4 1998 har jag halvt sjukbidrag och studerar olika gymnasieämnen inom Kunskapslyftet på Komvux. Skolan går mycket bättre än jag förväntade mig och jag tror mig nu om att också kunna studera på högskola om det skulle bli aktuellt. Jag har provat att arbeta med kontorssysslor på kommunen men skulle behöva prova under en längre tid för att riktigt kunna avgöra vad som är realistiskt att jag orkar med. Om jag skall fortsätta inom kontorssektorn så blir nästa steg att jag måste utveckla mina datakunskaper.

Det är dock väldigt svårt att ta ställning till vad jag skall göra i den situation jag nu är. Det finns så många osäkra faktorer. Jag inser å ena sidan att en högre utbildning som kräver studielån skulle vara en rejälare satsning med större chanser att lyckas. Jag har å andra sidan försörjningsansvar för mig själv och ett barn och tror mig inte om att klara oss båda på studiemedel. Om jag dessutom skulle bli sämre - och kanske trots allt inte klara av ett jobb - eller få ett lågavlönat jobb - kommer jag att få svårt att betala tillbaka studielånen.

Jag känner förtroende för att facket bevakar mina rent arbetsrättsliga rättigheter och olika försäkringsfrågor - men skulle önska att någon på samma sätt bevakade mina rättigheter som sjuk. Där känner jag att man är ganska ensam - att jag själv förväntas kunna bevaka detta, ta reda på vad som gäller, vilka möjligheter man har att få bidrag till olika saker t.ex utbildning, mediciner, sjukgymnastik osv. Jag skulle också behöva någon som "pushar på mig" i att komma fram till ett beslut som känns väl grundat om hur jag nu skall välja.

Vi – dvs jag, en av mina chefer, fack, försäkringskassa, rehabansvarig - har under åren haft en rad ganska meningslösa möten om "vad är nästa steg i min rehabilitering". Det som avhandlats där skulle lika gärna ha kunnat skrivas i ett brev. Ingen ny information har kommit fram under mötet och ingen ny dialog har vuxit fram under själva mötet. Det är vidare ganska jobbigt att vara "föremål för åtgärder" eftersom alla är så väldigt upptagna att det är svårt att hitta tider att träffas då alla inblandade kan. Att vara den som alltså är orsak till att dessa upptagna människor måste ha dessa möten som när de väl kommer till stånd ändå blir meningslösa känns som ett slöseri med dyrbar tid och därför bara en extra press i situationen./// MH

**Inga-Lill,
berättat den 7 juli**

Min historia börjar i maj 1991 då jag och min lilla då nyfödda dotter är med i en trafikolycka. Jag dömdes som vållande till olyckan trots att den som körde före mig gjorde en mycket oväntad manöver. Jag straffades med böter men fick behålla körkortet eftersom vi bor på landet. Ingen annan än jag själv blev skadad.

Jag har fått diagnosen ”whiplash-skada” och ingår i patient-materialet i en doktorsavhandling om just dessa skador. Jag har under de senare åren därför ofta haft kontakter med doktor Martin Ålund. Genom denna kontakt har jag också haft god kontakt med ortopederna vid sjukhuset och kunnat vända mig dit vid behov. Jag har fått förklaringen att skadan kan ge syrebrist i nacken och att detta efter hand påverkar hela kroppens muskler. Jag har nyligen dessutom troligen fått en reumatisk sjukdom som ger problem i alla leder - det är särskilt svårt vid blåst och dåligt väder.

Vi kördes efter olyckan i ambulans till akuten. Min dotter var helt oskadd. Jag kände mig mycket mörbultad men hade inga synliga skador. Röntgen visade inte heller några skador. Jag blev sjukskriven i 14 dagar med uppmaningen att ringa min vårdcentral om jag inte var helt bra efter den tiden.

Jag kände mig verkligen inte bra. Hade ont i nacke och axlar och kände mig "helt slut" i kroppen. Det fanns andra faktorer med i bilden också - t.ex hade jag haft en ganska jobbig förlossning - så jag tänkte då att det kanske var detta som orsakade mina symtom. Jag blev fortsatt sjukskriven över sommaren genom min vårdcentral.

I juli flyttar vi in i den nybyggda villan. Jag ordinerar sjukgymnastik där man fick ligga på golvet och "känna efter". Dessa övningar kändes helt meningslösa och jag kunde lika gärna och mycket enklare ha gjort dem hemma på mitt eget golv.

Under hösten började jag arbetsträna 3 timmar per dag på min gamla arbetsplats. Jag är 30 år, utbildad lab.ass och undersköterska. Sedan 1988 hade jag arbetat på Kvarnbacken - ett helinackorderingshem för äldre. Jag kände mig verkligen inte välkommen tillbaka. Eftersom jag "bara arbetstränade" fick jag inte delta i några som helst personalmöten eller andra sammankomster. "Eftersom Du inte kan arbeta behöver Du inte vara här heller". Jag kände mig helt utfrusen. Arbetet där är också ganska tungt och det var egentligen mycket få saker som jag kunde göra. Det jag kunde göra gick förstås också i långsammare takt och de hade inte tid att t.ex låta mig plocka ur diskmaskinen i min takt.

Genom kommunens rehabiliteringshandläggare utreddes jag då av Arbetslivstjänster. Själva utredningen tog 3 dagar. Dessutom var det flera diskussionsmöten både före och efter. Jag fick där reda på att jag har ett bra korttidsminne och är serviceinriktad. I övrigt stödde deras utredning det som jag själv kommit fram till att jag skulle vilja arbeta med. Mitt stora intresse är smycken och jag skulle väldigt gärna arbeta i en guldsmedsaffär. Jag uppmanades att själv söka sådana jobb på öppna marknaden. Fortfarande mådde jag inte särskilt bra.

En kompis till mig hade ett kafé och erbjöd mig att få hjälpa till där och arbetsträna 3 timmar per dag. Där kunde jag göra alla olika sysslor med viss hjälp och trivdes utmärkt. Fick under den tiden också behandling genom företagshälsovårdens sjukgymnast. Tyvärr såldes kaféet och den nya ägaren ville själv sköta de flesta sysslorna. Min uppgift blev att sköta disken som både var det tyngsta arbetet och dessutom ganska enahanda. Därför måste jag sluta där.

Jag sökte under denna period av och till akut på vårdcentralen och på "akuten" på grund av värken i axlarna. Jag blev också sämre och sämre. Händerna och armarna domnade, balansen blev ostadig, syn och hörsel påverkades. Jag deltog i ett rehabiliteringsprogram vid Ekoxen och gjorde styrketräning 3 dagar per vecka under minst 4 veckor. Dessutom ingick

träning i bassängen. Vi hade också under denna period upprepade möten på min gamla arbetsplats men utan nya öppningar. Jag kände att man bara ville bli av med mig. Jag kände mig till och med mobbad och ville verkligen inte vara kvar där. Hela livssituationen påverkas när man också har ont i hela kroppen. Jag nästan bara satt under långa perioder. Att vilja men inte kunna är inte roligt!

Jag får så ytterligare ett barn och ytterligare en svår graviditet och förlossning. Är sängliggande under en del av tiden. Efter barnledigheten återupptogs rehabiliteringsförsöken. Nu blev jag också uppsagd från kommunen på grund av arbetsbrist. Många andra hade också blivit uppsagda. Facket hjälpte mig att driva mina rättigheter och frågan gick ända upp på central nivå eftersom man inte kan säga upp mig på just de skäl som anförts. Jag fick tillbaka min anställning.

Den 1/1 1997 blir jag friskskriven. Straxt efter nyår har vi ett möte på min gamla arbetsplats då man tror att man hittat en lösning. Jag erbjuds 75% tjänst - min gamla ordinarie tjänst är 87,5% och jag får tjänstledigt ner till 75% - inom den särskilda omsorgen. Min nya chef och jag kommer snabbt överens. ”Du kan börja på måndag”.

Vårt team hjälper en grupp lätt utvecklingsstörda i deras hem. Formen är samma som en ”gruppboende” men våra boende bor i sina egna lägenheter runt om i hela stan. Vi som

arbetar där reser emellan. Vi är åtta stycken i arbetsgruppen och arbetar 3 - 5 i varje arbetspass. Det är oftast ett "ensamarbete".

Jag fick ta tjänstledigt några dagar för att komma i takt med schemat men började i princip alltså arbeta 75% direkt. Eftersom jag har små barn slipper jag alla tidiga pass men arbetar i gengäld nästan alla kvällar. Under dagen arbetar jag ju hemma med barnen, tvätt, städning osv. Jag jobbar hårt och i hård takt och får en väldig träningsvärk men hoppas att det skall gå över. För att orka arbeta börjar jag äta värktabletter. Ökade dosen efter hand och var vid semestertid sommaren 1997 uppe i 16 Alvedon per dag. Detta är mer än dubbelt så mycket som det som är tillåtet.

Efter semestern kollapsade jag på jobbet och blev "hemkörd" av mina kamrater. Min läkare konstaterade då att jag borde "skolats in" i mycket långsam takt. Ingen kan gå från 0 till 75% direkt. Det visste ingen av oss som deltog i mötet vid nyår då mitt nya arbete beslutades. Vi trodde alla att friskskrivning - dvs inte längre sjukskriven - innebar att man skulle kunna arbeta 100%. Även jag själv trodde detta vid detta tillfälle – men det har jag fått lida för i efterhand.

Nu är jag halvt friskskriven. Jag har en tid arbetat 2 timmar och arbetstränat 3 timmar. Fram till oktober skall jag arbeta 3 timmar, dvs halvtid av 75%tjänst. Jag trivs verkligen jättebra

med mitt nya jobb. Mina nya arbetskamrater har större förståelse för mina problem - och de ringer ofta hem när jag är sjuk eller inte mår så bra.

Min man, min mamma och min svärmor är ett stort stöd. De sköter det tunga hushållsarbetet i mitt hem. Mamma har också försökt att hjälpa till genom att fråga sina olika kontakter om råd vart man kan vända sig för att få hjälp med rehabiliteringen. Det känns dock svårt att vara så beroende av andra människor och inte själv kunna sköta det man skulle vilja kunna sköta. Det har också inneburit stora merkostnader att anpassa köket till mina svårigheter t.ex ugn i bänkhöjd, centraldammsugare.

Jag har mina bättre och sämre dagar. Jag har alltid mer eller mindre ont men försöker att inte äta Alvedon annat än i nödfall. Jag har ansökt om att få komma till det specialteam för min typ av skador som numera finns. De menar dock att det gått för lång tid från skadetillfället för min del så de kan inget göra. Den typ av sjukgymnastik som jag hittills kommit i kontakt med förefaller också helt utan effekt och helt meningslös. Det finns alltså inget mera som kan göras i mitt fall.

Det ligger också en extra press i att man har en känsla av att man kanske inte blir trodd. Någon har sagt att man kan bli utförsäkrad om man inte kan bevisa att man verkligen är sjuk. Det ligger liksom på mig att fixa alla intyg både till

Försäkringskassan och till försäkringsbolagen. Nu skall mitt ärende t.ex bedömas igen i Trafikskadenämnden och graden av invaliditet avgöras.

Det känns också knepigt att dessa för mig och min försörjning så viktiga beslut fattas av en försäkringstjänsteman eller försäkringskasseläkare som aldrig sett mig - bara genom att läsa dessa olika papper./// MH

Berättelse från en undersköterska, den 20 augusti

Det har visat sig att jag har reumatoid artrit. Detta har varit klart sedan i december 1997 men med facit i hand kan jag ju förstå att jag haft detta åtminstone i tre år. Då sökte jag för att jag hade ont i foten men innan jag fick komma för undersökning hade det onda gått över och jag jobbade på som vanligt. Jag har varit i vården, jobbat på sjukhus, på sjukhem sedan jag var 18 år och fram till för 3 år sedan betraktade jag mig som stark och driftig och har jobbat mycket. Jag har naturligtvis funderat om mina symtom kanske har orsakats av mitt arbete men det kan ju också vara helt utan samband med mitt jobb.

Det onda kom och gick. Jag var sjukskriven 2 veckor, arbetade 3 månader, sjuk 2 veckor osv. Fick ett intyg att jag

hade "lättare ledbesvär" men att proverna inte utvisade något speciellt. I december 1997 insåg jag att min sjukdom inte gick att förena med mitt arbete på sjukhemmet. Jag gick som dagpatient på reumatologen till februari 1998 och det blev allt klarare att kroppen signalerar att det inte går. Jag har under våren arbetstränat på min arbetsplats 1,5 - 3 timmar per dag – men det går inte.

Jag har naturligtvis länge funderat över hur det skall bli, vad jag kan hitta på att göra i stället när jag inte kan fortsätta i mitt gamla arbete. Förr fanns det anpassade tjänster i kommunen men de finns inte längre. Att börja läsa har funnits som en möjlighet men det är egentligen inte vad jag vill. Jag tycker inte att jag har något val. Det skulle kännas skönt att bli erbjuden ett annat arbete inom kommunen - men egentligen tror jag inte att de på min arbetsplats förstår att jag inte kommer att kunna komma tillbaka dit. Vi pratar inte om alternativ.

Under våren nu 1998 startade Komvux en "orka-kurs", dvs en kurs för att under en kortare tid pröva på att läsa där. AF gav sken av att det skulle kunna ordna sig men det visade sig att min anmälan kom in för sent till CSN för att jag skulle kunna få bidrag. Planen att "pröva orka" sprack och jag kände att jag invaggats i en falsk trygghet att "det ordnar sig". Min känsla är att man måste vara "på bettet" hela tiden och väl insatt i alla bestämmelser för att klara av att komma igen.

FK uppmanar mig att ta kontakt med min chef för att ordna att jag får komma till Arbetslivstjänster. Det är arbetsgivarens sak att ordna detta eftersom jag är anställd. Där skulle jag kunna få hjälp att se vilka möjligheter som finns, vilka jobb som skulle vara möjliga för mig osv. Vi uppmanas att ordna ett möte på min arbetsplats för att göra en plan för mig. Inför detta har jag mycket blandade känslor. Jag vill kunna klara mig själv, styra mitt eget liv, ta de beslut som skall fattas osv...

Jag väljer därför att nu i höst läsa baskurser på Komvux och finansiera med utbildningsbidrag. Jag tar ett år i taget. Läsandet är naturligtvis lite skojigt, det går bra så vitt man kan säga efter bara några veckor, det känns inte bortkastat, men läsandet är en mellanperiod för mig. Jag går här som tidsfördriv; jag räknas inte längre; vad jag gör spelar ingen roll. Jag skulle hellre vara på min arbetsplats om det bara gick.

Jag har samma ekonomiska situation som om jag varit sjukskriven, men naturligtvis sämre än om jag haft min lön. Alla varnar mig för att säga upp mig även om jag inser att inom kommunen finns inga andra jobb för mig än inom vården - eller rättare sagt - jag vet inte vad det finns för jobb som jag skulle kunna klara.

Det går - som man kan se i mitt fall - väldigt lång tid innan man får hjälp. Det känns otryggt att man helt och hållet själv måste bevaka sina rättigheter.

Jag tycker att jag hittills blivit väl bemött av alla men att jag själv måste vara ”på bettet” och kontrollera att det fungerar, att det vi kommit överens om faktiskt fixas osv.///MH

**Gunilla,
berättat den 20 augusti**

Jag har just nu sjukbidrag 50% plus en liten summa från AMF. Mina besvär är klassade som arbetsskada. FK anser - utifrån en 3 år gammal utredning - att jag borde klara ett arbete halvtid. Jag och min läkare är överens om att jag inte klarar detta. Jag är gift och har barn (10 - 21 år) och vår ekonomi påverkas mycket av att mina inkomster nu är så begränsade. Jag får i dagsläget ut cirka 3000:- per månad. Jag har inte råd att gå på den behandling jag skulle må bra av. Jag har i perioder försökt att gå t.ex på akupunktur, men måste avbryta på grund av pengarna. Akupunktur hjälpte mig genom att lindra symtomen just då, men jag skulle behöva gå varje vecka för att det skulle vara av värde. Akupunkturen botar inte. Mina läkare menar att det inte går att bota utan man skall lära sig leva med detta.

Min sjukdom - kallad kroniska inflammationer - yttrar sig så att armar och axlar svullnar kraftigt och dessa svullnader sprider sig nu också till benen. Jag har hela tiden mycket ont i

hela kroppen. Mina besvär började för 11 år sedan. Jag är barnskötare och har jobbat på dagis och efter en vidareutbildning till usk har jag arbetat på ett servicehus i kommunen. I båda fallen har det varit tunga lyft. Jag hade planer på att bli usk på en vårdcentral med detta gick inte att ordna.

Vi har sedan början av 1987 haft årliga möten på min arbetsplats. Senast var det dock 1996. Chefen på servicehuset, FK, facket, jag och min läkare har deltagit. Vi har pratat mycket men det finns inga lämpliga jobb för mig inom kommunen. Alla uppmanar mig att söka mig ett möjligt arbete genom AF. Jag har med hjälp av facket överklagat beslutet om bara 50% sjukbidrag. Detta har lett till att jag nu i september skall åter till AMI för samtal om en ny funktionsprövning. Jag har också uppmanats att fixa ett läkarintyg av en oberoende ortoped.

FK ringer ibland och uppmanar mig ”Du kan lika gärna säga upp Dig” och ställer frågor i stil med ”Finns det verkligen ingen del på Dig som fungerar?”. Det känns tydligt att de inte tror på mig utan tror att jag ”fejkar” min sjukdom. Jag bad därför min läkare att intyga att jag inte var ”arbetsskygg” men hans formuleringar att jag visst det skulle ta ett arbete om det bara fanns (på mina villkor) misstolkades som att han skrev att jag nu kunde arbeta 50%. Det kan hända att de bara vill ”muntra upp mig” och få mig att se positivt på min situation - men det är inte hjälpsamt.

När symtomen började 1987 gick jag till min vårdcentral. Den förste läkaren sade att jag nog skulle räkna med att ha dessa symtom i ett halvår. Efter 6 månader sa de att jag nog fick räkna med ett år. Efter ett år att det säkert skulle ta tre år att bli bra osv. Nu säger man att det är kroniskt. Hade man tidigare vetat detta hade jag kanske kunnat göra annorlunda. Jag har varit hos flera läkare och ibland träffat sådana som efter 10 minuter och utan att ens ha läst min journal skickar en remiss eller skriver ett intyg.

Jag har under åren arbetstränat både inom vården och på förskola. Jag har i perioder också haft tillfälliga tjänster som personlig assistent till barn och ungdomar.

De fyra första åren, 1987 - 1991, fanns tanken att jag nog skulle kunna återvända till mitt jobb på servicehus och vi inriktade oss på detta. Först 1991 började jag leta utanför den egna enheten.

1991 arbetade jag 6 veckor på en förskola. Jag trivdes jättebra och man ville gärna ha mig kvar. Tyvärr kunde inte kommunen ”byta pengar” från min tjänst inom omsorgen till förskolan så jag fick inte fortsätta. Nu - 1998 - är jag mycket sämre och skulle inte klara detta arbete - men då var det ett drömjobb för mig.

Hösten 1991 hittade jag ett jobb som elevassistent. Jag fick arbeta i par med en som var trafikskadad och vi tillsammans

bildade ett team. Redan anställningsintervjun var en positiv upplevelse. Jag blev inte erbjuden jobbet - jag blev tillfrågad om jag ville ha det. Där stannade jag två terminer. Sedan flyttade de aktuella eleverna till högstadiet och där fanns redan elevassistenter. En kort period arbetade jag också extra i en reception.

1992 - 1993 hade jag också arbete som elevassistent. Jag ringde runt för att höra om möjligheten och hittade till slut en elev "med behov". Även hon blev ju större och flyttade till en annan skola.

Hösten 1994 var jag också klassassistent men just den tjänsten innehöll många tunga och fysiskt krävande uppgifter. Troligen blev detta för tungt och jag blev sämre. Därför blev jag sjukskriven från januari 1995.

Ringde inför höstterminen 1995 till min kommun och fick veta att elevassistenttjänsterna dragits in och att det bara fanns "extremt fysiskt tunga" tjänster kvar. Man ansåg inte heller att jag kunde göra anspråk på fortsatt arbete eftersom detta varit en mycket tillfällig lösning på mitt personliga placeringsproblem. Tillfälligt i 3,5 år????

1995 får jag kontakt med AMI och ALT. Fick pröva på datorer, målade, gjorde makramé osv för att se hur min kropp reagerade. Vi kom då fram till att jag skulle klara 50% arbete. Om det fanns och var anpassat till min funktionsnivå.

Sedan dess har jag bara blivit sämre. Min och min läkares bedömning är att jag nu inte är i skick att söka jobb och klarar tills vidare inte något jobb alls. Inte ens studier. Nu skall vi alltså gå ett varv till på AMI/ALT.

Min situation präglas mycket av oron för ekonomin - och framför allt att jag inte kan förutse min ekonomi utan allt beror på intyg, utredningar osv. Jag kan inte alls planera för framtiden och kan inte avgöra om och när jag har råd att gå på behandling.///MH

**Ylva,
berättat den 26 augusti**

Jag har varit sjuk i 8 år. Det började mycket plötsligt och akut under en semesterresa 1990. Jag fick hög feber, huvudvärk, illamående och kände mig jättesjuk. Vi avbröt semestern. Efter några dagar fick jag ont i höger arm - i muskler, senor och leder. Två veckor senare gick jag till vårdcentralen och fick en cortisonspruta och allt kändes bra.

Efter semestern återvände jag till min heltid som barnsköterska. Men efter en vecka fick jag tillbaka febern och värken som långsamt spred sig över hela kroppen. Jag tvingades sjukskriva mig helt. Efter tre veckor började jag jobba halvtid.

Ingen talade om min sjukdom eller om min arbetssituation. Efter ca ett år fick jag en tid på infektionskliniken där en läkare efter 10 minuters samtal meddelar att jag hade ”ME (kroniskt trötthetssyndrom)”, att det kunde gå över, men att jag skulle lära mig att leva med det. Jag fick ingen ytterligare information om vad det innebär, vad jag kan förvänta mig osv.

Jag har fram till detta hände varit en mycket aktiv person, gillat att ha mycket på gång och skött det mesta i hemmet och i familjen. Plötsligt orkade jag absolut inget. Jag skulle verkligen ha uppskattat om någon hade kunnat berätta - både för mig och min familj - vad det var som drabbat oss, vad vi hade att förvänta oss osv. Det blev av naturliga skäl mycket stora slitningar inom familjen när allt det som jag skött tidigare nu inte längre fungerade. Jag blir själv också väldigt arg när det jag är van att klara inte längre gick.

Efter att ha haft dessa symtom i flera år fick jag genom min föreståndare kontakt med en annan förälder med ME, som tipsade mig om riksföreningen för ME-patienter. Genom dom har jag fått mycket kunskap om sjukdomen och vetskap om att inte vara ensam.

Jag har under åren deltagit i de behandlingar som man föreslagit mig - avslappningskurs, vattengymnastik och PV-Rehab där jag fick styrketräna, vilket jag gjorde i 1,5 år trots att jag då fick väldigt ont (ej bra för ME). 1996 fick jag av min

nuvarande läkare på vårdcentralen diagnosen astma men fungerar nu bra med de mediciner jag har. Jag fick också gå till reumatologen för att utesluta fibromyalgi.

Efter att ha arbetat 50% (som assistent åt ett barn) under flera år började jag arbetsträna upp till 75%. Ett arbete på dagis är mycket svårt att anpassa till en begränsad funktion som min. Jag är piggast på förmiddagen men ett sådant schema är svårt att klara, särskilt när vi samtidigt skulle skära ner. Alla vill ju helst arbeta förmiddagar. Åtminstone några arbetskamrater är tydliga på att de hellre skulle se en vikarie heltid och egentligen helst skulle se att jag sjukskrevs helt.

När sedan detta barn började skolan gör jag ett nytt försök att arbeta i min vanliga befattning 75% - men med ett uttryckligt löfte att få gå ner till 50% om det inte skulle fungera. Samtidigt sker det ytterligare stora organisationsförändringar inom vår enhet samt av förflyttningar av personal och plötsligt finns bara jag och några tillfälliga vikarier på min avdelning. Det blir för tungt för mig. Då går det inte att få arbeta 50% - det hade kanske gått att lösa om jag sjukskrivit mig 25%.

Jag sökte in på folkhögskola och kom in, men blev erbjuden att gå på Linköpings kompetensutveckling i stället - dvs under ett år läsa in kärnämnen på gymnasiet med bibehållen lön. Det innebar en mycket tuff arbetstakt och på heltid men det gick tack vara en förstående familj som ställde upp. Men då

försvann sjukbidraget. ”Kan man läsa på heltid så kan man jobba heltid.” Jag menar att jag inte kan arbeta mer än 50% på det jobb jag har.

Jag vände mig då till arbetsgivaren för att få hjälp att byta yrke. I januari 1997 fick jag kontakt med kommunens rehab-handläggare och fick genom henne kontakt med ALT. Där får jag genomgå en arbetspsykologisk utredning (APU). Där konstateras det att jag bör ha ett mera stillasittande yrke, gärna fokuserat på material snarare än människor, för att orka med förvärvsarbete, familj och fritid.

Under sommaren deltog jag fyra veckor i projektet FURA där vi noga kollade mina funktionella begränsningar. Där konstaterades att jag inte bör arbeta mer än fyra timmar och helst inom administrativa sektorn. Jag fick också pröva EMG - Biofeedback, som visade att jag kan slappna av i musklerna trots smärtor.

Genom TV-programmet Livslust har min läkare på vårdcentralen, FK och ALT m.fl fått information om ME-mottagningen på Huddinge sjukhus och om ME (kroniskt trötthetssyndrom). Detta har underlättat betydligt för mig. Jag har fått en remiss till Gottfriesmottagningen i Mölndal där det pågår en studie där man med gott resultat har gett ME-patienter stafylokokkvaccin; samtliga i studien har blivit bättre. Under senhösten kommer jag att bli kallad dit.

Under Fura-perioden var jag sjukskriven och sedan hade jag vanlig semester. Jag har ju fortfarande en heltidstjänst på dagis. Hösten 1997 skulle jag läsa vidare på Komvux med hjälp av särskilt studiebidrag. Jag ser det inte som ekonomiskt möjligt att annat än försöka läsa 100%. Det visar sig inte möjligt i praktiken men FK avvisar alla andra lösningar eftersom jag ju redan börjat att läsa 100% och därmed - enligt deras logik - bevisat att jag kan. Jag har under årens lopp ofta bytt handläggare och det som jag uppfattat som löften gäller inte längre.

Efter 5-6 veckor in på terminen blir jag helt sjukskriven. Man vill att jag ganska snabbt skulle börja arbetsträna men jag vill vila ut och ta ställning till hur jag nu skall hantera resten av mitt liv. Jag behövde pröva var gränserna gick i massor av aspekter som ingår i själva livet som sjuk och som man inte alls prövat inom ALT eller FURA.

Dessa insikter och att komma till rätta med sig själv kan man inte pressa fram. Jag hade också från flera håll mött anspelningar på att det kanske fanns "förträngda psykiska skelett i garderoben" och har därför på eget bevåg arbetat igenom hela mitt livs historia med kvalificerade psykoterapeuter. Vi har letat ordentligt och djupt och jag känner nu att jag verkligen har klarat ut allt det som möjligen skulle kunnat medverka till de symtom jag har. Jag känner mig i detta avse-

ende starkare än någonsin och är glad att jag verkligen satsat tid på detta.

I mars 1998 hittar Arbetslivstjänster en lämplig plats på ett litet privat företag. Jag började två timmar men med ambitionen att komma upp i fyra. ALT pressade mig hårt för att jag skall komma upp i fyra timmar - bl.a för att det är lättare att få en tjänst på fyra timmar - vilket innebär att jag inte orkade åka kommunalt till och från företaget utan måste åka privatbil plus att jag sov flera timmar när jag kom hem. Mitt arbete där är inte särskilt betungande utan kanske snarare innehållslöst - jag svarar i telefon, sorterar följesedlar och fakturor, letar efter papper, stoppar papper i kuvert och frankerar osv.

Vid ett möte under försommaren med representanter både för ALT och FK kommer vi fram till att jag maximalt klarar tre timmar utan stress och kanske bara två timmar per dag om det är det minsta pressat. Vi kommer också fram till att jag skall sluta på den arbetsplatsen och att vi skall försöka hitta ett annat företag där chansen finns till fortsatt anställning.

Men då vill plötsligt företaget anställa mig på lönebidrag halvtid under ett år. Jag har nu att välja mellan att ta denna ett-åriga anställning på ett företag med svag ekonomi och inte veta exakt om jag klarar av fyra timmar eller vänta på att bli uppsagd av kommunen (de har inga administrativa tjänster). Jag har nu med hjälp av FK bett om att få vara tjänstledig från

kommunen under mitt första år på företaget - dels på grund av företagets ekonomi och dels för min remiss till Mölndal - kanske kommer min sysselsättningsgrad att ändras efter behandlingen där.

Jag har sedan 1991 deltagit i vattengympa men känt att det var för tungt för mig. Jag har på olika sätt försökt att få byta till en "lättare" grupp men de har sagt att detta inte varit möjligt. Av en slump fick jag kontakt med en annan sjukgymnast på vårdcentralen som tipsade mig om en lättare grupp. Den passar mig "som fisken i vattnet" - kanonbra. Det kostar mig 800:- per termin, men är väl värt detta.///MH

**Annika,
berättat den 3 september**

Jag har arbetat med mat i 20 - 25 år – i storkök, på daghem, på lyxkrog, i kallskänken, i köket på ett servicehus. Ett jätteroligt, rörligt och härligt jobb. Jag är ekonomibiträde och det har många gånger också varit ett tungt jobb; stora tunga kastruller och stressigt. De flesta i storköket, dvs mitt nuvarande arbete, har värk eller liknande.

Nu får jag ont i mina leder vad jag än gör. Även hemmaarbetet gör att jag får ont. Jag har svårt att sitta och ligga länge.

Det jag kan klara måste vara rörligt men bara rimligt stressigt. De ”bra” dagarna kan jag ännu ”gå upp i varv” men då vet jag också hur det blir dagen efter - men tar det. Jag går hos en sjukgymnast en gång per vecka men jag har alltid ont i mina leder. Mina muskelfästen är ofta inflammerade. Sjukgymnastiken lindrar för stunden.

Jag har haft ganska svår psoriasis sedan jag var barn. Jag har fått behandling på hudkliniken men det är ganska vanligt att man med tiden också får artrit så som jag fått. Det är svårt att veta om det tunga arbetet har bidragit. Vårdcentralen vill påstå att det nog är fibromyalgi - och det har varit lite av en dragkamp mellan vc och hudkliniken. Jag kan mycket väl lida av dem båda – det är nästan lika symtom.

Med facit i hand kan man se att mina ledbesvär började redan 1979. Då sökte jag för ett ont knä, men då röntgade man fel knä. Utredningen då tog lång tid och det onda lägger sig. Jag var i tonåren ganska aktiv friidrottare men stukade mig väldigt lätt. Det kanske också var ett tidigt tecken. Av och till har jag under åren haft småvärk i vrister, knäna osv. Jag gick ner i tjänst till 75% - skyller på att jag behöver tiden till annan verksamhet - eftersom jag inte orkade arbeta full tid.

Hösten 1993 - 94 säger mina arbetskamrater på servicehuset ifrån. Då har jag ständig värk i huvudet, i nacken, i musklerna runt ansiktet. Jag får också yrselattacker. De rekomen-

derar mig att gå till det privata Rygginstitutet. De har gott rykte och jag hade stort förtroende för deras behandling men hade inte råd att gå kvar där. 1994 sökte jag min vårdcentral och fick där genomgå många olika prover, röntgen av de flesta leder, tester och behandlingar - en medicin som heter paraflex comp, sjukgymnastik, syntest, akupunktur, TNS osv. Jag har där provat många olika behandlingar – men inget hade någon kännbar effekt. Jag har provat sjukgymnastik varje vecka: ultraljud+värme, och det lindrar för stunden. Cortisoninjektioner i lederna, vilka utförs av läkare, hjälper något.

Jag har varit sjukskriven i omgångar - 25% - 50% - 100%. Under sjukskrivningarna har jag haft arbetsträning på min arbetsplats och en arbetsterapeut visade hur jag skulle göra för att minska belastningen.

Jag gillar verkligen mitt arbete, jag vill inte omskola mig och jag vill inte vara ett ”rehab-fall”. Vi har försökt anpassa arbetsplatsen och jag har försökt att variera mitt arbete genom att också arbeta i serveringen. Vi har infört arbetsrotation för alla men det är verkligen inte lätt för de övriga att klara en sjuk person i arbetslaget. Det måste gå fort. Indragningar av personal har pågått länge. Samma arbete skall utföras ändå. Det blir en irritation i arbetsgruppen - de räknar med mig och rätt som det är måste jag gå ifrån. Alla behövs i gänget.

Jag förstår deras irritation. Det är skönt att inte behöva vara där. Det är mycket enklare att studera på grund av att om jag inte orkar med så påverkar det i alla fall endast mig själv. Orkar jag inte läsa en eftermiddag så kan jag ta igen detta på natten.

Jag har väl tänkt tanken på kontorsarbete men det tilltalar inte mig. Jag vill egentligen ha ett riktigt "rushigt" arbete. Jag var därför ganska motsträvig mot att börja i skolan – men trodde väl inte heller att jag skulle klara av att läsa. Då gavs en möjlighet att läsa inom ramen för ett kompetensutvecklingsprojekt med mycket förmånliga villkor. Man fick full lön och nästan alla böcker betalda. Alla mina arbetskamrater ville läsa så - men det blev till slut bara jag som erbjöds. Nu har jag snart studerat i 4 år och jag har väl trasslat mig igenom trots allt. Har läst alla basämnen och läser nu biologi, data och svenska C.

Svenska C ingår som en förberedelse för Högskolestudier. Det fanns en plan att jag skulle utbilda mig till behandlingsassistent men man har utbildat alldeles för många sådana de senaste åren. Jag väntar på att bli kallad till Arbetslivstjänsten för att få mina funktioner testade och hjälp att utforska mina intresseområden. Jag vill arbeta med människor och gärna med hantverk. Mina tankar går åt arbetsterapi men det finns numera

inga tjänster som terapibiträden. Jag har haft ett erbjudande att pröva ett arbete på bibliotek - vilket skulle varit jättekul - men då blev jag sjuk igen.

Ett stort bekymmer är ekonomin. Jag har haft många olika former av försäkringar, bidrag och lån. Jag har t.ex haft särskilt utbildningsbidrag, SVUX, studielån från CSN osv, blandat med rehabiliteringsbidrag, sjukbidrag och sjukskrivningar. För närvarande har jag fått ta studielån därför att jag var för sent ute med min ansökan om andra former. Jag är singel och hyr sedan 1983 ett litet hus på landet. Tycker att jag måste ha busskort, telefon och TV för att inte bli alltför isolerad. Har inte längre någon tidning. Sjukdomen i sig gör att man blir ganska ensam. Jag fick också en restskatt på 4000:- eftersom FK inte dragit tillräckligt med skatt.

Jag behandlas med cellgift och kortison. Min medicin förstörde mina tänder. Mina pengar räckte absolut inte till tandläkarräkningen. Socialen var helt kallsinniga till mitt behov och ansåg att man inte har rätt till socialbidrag när man studerar. Efter 5 sorger och 7 bedrävelser har det i alla fall gått till slut.

Jag har hela mitt liv varit mycket noga med alla mina räkningar men de senaste åren har jag ofta inte haft någon möjlighet att betala. Ekonomin är helt beroende av att jag lämnar in olika intyg. Pengarna blir kraftigt försenade på

grund av att det fattats läkarutlåtande. Skarven mellan augusti och september är alltid svår eftersom man då t.ex byter från sjukpenning till SVUX. Det har regelmässigt varit så att jag måst tjata för att min läkare skulle skriva dessa papper i tid. Det har hänt mer än en gång att jag fått fara upp till vårdcentralen och väntat ut att doktorn skulle skriva mitt papper. Det har hänt mer än en gång att man lovat att skriva ut papperet t.ex. till måndag men då jag kommit för att hämta det har han haft semester. Det kan gå veckor på detta sätt. Jag har nu bytt läkare och det har blivit mycket bättre. FK hotar nu när min rehabiliteringspeng gått ut att det är sista gången som jag får dispens. Det värsta är den ständiga oron.

När mina pengar blir försenade kan jag inte betala mina räkningar. Visserligen kommer pengarna retroaktivt men då har jag redan tvingats "träla med" socialen och fått problem med kronofogden. Det har hänt att jag fått låna tabletter på apoteket därför att jag inte har haft pengar att betala den medicin jag måste ta dagligen. Fick också akut tandvärk på grund av plastfyllningar, men efteråt ett surt brev från socialen att man måste ha ett godkännande innan man lagar sina tänder osv.

FK vill att jag skall tala med en kurator. Jag är deppad och ofta ledsen och funderar mycket över hur jag skall klara ekonomin i framtiden. Det är mycket förnedrande att behöva gå

till ”det sociala” och de jag mött har mycket orealistiska idéer om hur det fungerar i verkligheten. Jag gråter alltid när jag kommer dit - och länge innan.

Just nu har jag 50% sjukbidrag. Det har varit diskussioner om att jag skall sägas upp från mitt arbete eftersom man inte kan erbjuda mig något annat jobb - men just nu pratar vi inte så mycket om det. Min kommunal är kända för att verkligen försöka hitta anpassade platser - så hoppet finns. Man måste dock vara väldigt aktiv själv och bevaka alla papper som kommer och alla datum som skall passas.

Mina medicinska kontakter fungerar väl - med undantag för stressen och tjtandet om intyg. Jag har god kontakt med hudkliniken, jag har en bra sjukgymnast och går på vattengymnastik, jag har en remiss till reumatologen i oktober. Jag fick astma och hörsnuva i våras men det är mycket bättre nu med medicinering. Jag söker vårdcentralen vid behov och får oftast en återbesöks tid.

Vi - dvs jag, FK, facket, läkare, sjukgymnast, kurator och ibland arbetsterapeut – har regelbundet möten med kommunaldschefen om min situation. Jag skriver ner vad jag vill berätta och läser upp detta och vi planerar sedan ett nästa steg.

Jag känner starkt stöd av facket när det gäller att bevaka mina rättigheter. Min ombudsman ringer omedelbart tillbaka om jag sökt henne i något ärende.

Jag har i perioder haft samtalsterapi och detta har fungerat som en bra avlastning. Man blir väldigt ensam och väldigt isolerad genom sin sjukdom. Jag vill dock försöka klara mig själv och vill inte ta upp hur jag mår i alla sammanhang.

Det finns kamratföreningar men jag undviker dessa eftersom där pratas bara sjukdomar. En fördel med dessa är visserligen att man kan få information - finns t.ex broschyrer om reumatism - och en bekräftelse av andra på att man kan må så som jag mår. Jag orkar just nu inte ens gå på behandling. Skolan och läxorna tar all min energi - övrig tid sover jag. Sjukdomen gör att jag blir oerhört trött.///MH

**Berättelse från en medarbetare vid en
personalavdelning inom Landstinget
i Östergötland**

**Lillemor,
berättat den 26 augusti**

Mitt arbete är bl.a att arbeta med samordning av rehabilitering för personalen som arbetar inom Motala lasarett. Rehabiliteringsansvaret är tydligt delegerat via de olika chefsöverläkarna/verksamhetscheferna till respektive avdelningsföreståndare. Även arbetskamrater har ett ansvar att hjälpa till både i det förebyggande arbetet och i rehabiliteringsprocessen. Mitt arbete är att på olika sätt främja hälsa och stödja alla dessa i deras arbete. Vi har arbetat mycket för att ha bra verktyg för att arbeta med rehabilitering och förebyggande. Rutiner finns beskrivna i en Arbetsmiljöpärm (se bilaga) och alla vet vad de skall göra för att leva upp till kraven på god arbetsmiljö och internkontroll. Vi har klara rutiner för vad som skall göras om någon blir sjukskriven osv. Det är emellertid också en skillnad mellan att känna till vad som i princip skall göras och att sedan också kunna lösa alla de praktiska problem och avvägningar som uppstår i tillämpningen av dessa rutiner.

Många av de unga i vården har inte stoppat för det tunga stressiga arbetet. Deras kroppar har inte varit rustade för den typen av arbete. Den gruppen finns dock inte längre kvar i sjukvården efter alla de nedskärningar som genomförts. Vi ser nu i stället hur många av de äldre - över 50 år och som jobbat med vård hela sitt liv - är mycket hårt slitna och många orkar inte arbeta kvar. De har alla en mycket god kompetens som är synnerligen viktig för vårdens kvalitet. Vi vill verkligen att de skall orka vara kvar och de har både etisk och moralisk rätt att vara uppskattade. Vi saknar nu också bryggan till de yngre som kan ta vid och föra erfarenheten och kunnigheten vidare.

Arbetsmarknadens faktiska utseende och bristen på resurser inom vår sektor skapar problem. Vi arbetar med många olika typer av internutbildningar - men aktiviteten är i stora stycken bara en sysselsättningspolitik och leder inte till ordentliga stabila jobb.

Rehabiliteringen - när någon får svårt att direkt återgå i sin gamla befattning efter en sjukperiod - följer en ordnad rehabiliteringspolicy. Man prövar i första hand att anpassa tider och att med hjälp av Företagshälsovården ordna de ergonomiska förutsättningarna på bästa sätt. När detta inte räcker utan den anställde fortfarande inte kan arbeta full tid på sin tjänst blir problemen genast svårare. Det är ingen trivial uppgift att

schematekniskt lösa en partiell sjukskrivning så att de övriga i arbetslaget inte i sin tur får en orimlig arbetsbörda och att den sjukskrivne ändå känner att den kan vara en fullvärdig medlem i laget och göra nytta.

I de fall man uttömt alla sina möjligheter på det lokala planet kan mina möjligheter att ha överblick också över andra enheter vara användbara. Alla omplaceringsfrågor är förhandlingsfrågor och den fackliga organisationen är här en samverkanspart. Vi försöker att noga utforska den enskildes önskemål och motivation att pröva olika tillgängliga alternativ. Möjligheten att hitta anpassade tjänster som patientvårdinna och liknande är dock nu i det närmaste obefintlig.

Vi försöker också ta hänsyn till individens rättmätiga behov av ett meningsfullt - inte konstruerat - arbete. Människor vill inte vara onyttiga och vill inte vara till besvär genom att behöva handledning, vill inte behöva "bli väntade på". Det är också viktigt att inse och erkänna att arbetsgrupper i vårt hårt "slimmade" läge inte orkar att ha ytterligare någon i gruppen som frågar, som tar tid, som är psykiskt nere. Vi vill erbjuda avlönade arbeten - inte konstruerade arbeten.

Det finns dock en motsägelse inbyggd i vår nuvarande praxis - ett äkta etiskt dilemma. Vi delar uppfattningen att en aktiv sjukskrivning är det absolut bästa och att alla skall stimuleras att hålla kontakten med sin arbetsplats - i de svåraste

fallen av funktionshinder åtminstone genom att vara med på personalmöten och liknande.

En arbetsträning där sannolikheten är ganska god att man efter träningen kommer att kunna återgå till sitt gamla arbete utgör heller inte några etiska komplikationer. Vi gör alltid en omfattande medicinsk bedömning av sannolikheten att på sikt klara sitt gamla jobb.

Problemen uppträder när det blir uppenbart att man inte kommer att kunna återvända till sitt gamla arbete. Vår policy är att i det längsta leta efter omplaceringsmöjligheter inom företaget. Eftersom vår verksamhet är ganska lika från avdelning till avdelning är dock den faktiska möjligheten liten. Under tiden görs olika utredningar bl.a anlagstester och funktionsanalyser, och vi kan ta hjälp av Arbetslivstjänster eller liknande.

Dessa analyser kan då visa att vederbörande faktiskt har en ganska stor restarbetsförmåga - t.ex 75% - men att det krävs en viss form av "extrarustning" för att exempelvis - åtminstone i princip - kunna arbeta som läkarsekreterare. Under utbildningstiden kan vederbörande få rehabiliterings- eller utbildningsbidrag. När utbildningen är slut upphör rätten till sjukpenning - dvs vederbörande "friskskrivs". Om vi då verkligen har en ledig befattning som läkarsekreterare finns heller inget problem.

Men det finns i de flesta fall inget sådant arbete hos oss just då. Det kan dröja flera år innan en sådan tjänst blir ledig. Under tiden måste vederbörande återgå till sin ordinarie tjänst. Men den kanske inte längre finns kvar. Och även om den funnits - den tjänsten kan ju inte vederbörande återvända till. Här hamnar vi ofta - efter flera år av utredningar och utbildningar.

Landstinget har en policy att inte säga upp någon på grund av arbetsbrist. Men hur gör vi när vi inom vårt begränsade verksamhetsområde inte lyckas hitta ett meningsfullt arbete under utrednings- och utbildningstiden?

Det etiska dilemmat är: Har vår policy egentligen bara lett in i en återvändsgränd och fördröjt den personens väg mot ett mera realistiskt yrkesalternativ utanför vården? Har vi hållit kvar en person i en utveckling som inte har någon framtid? Hade det inte varit bättre att så tidigt som möjligt i stället på alla sätt stödja den personen att lämna vårdsektorn och hitta ett alternativ? Här har samverkan vidare varit svår då arbetsgivaren uttömt sina möjligheter.

Vi blir också som stor arbetsgivare ofta tillfrågade om vi kan erbjuda arbetsträning ”i största allmänhet”, dvs utan att det finns ett mål till ett jobb som faktiskt finns - men avböjer oftast detta eftersom vi ser detta som en riktigt stor björntjänst.

Den praxis med olika möten osv som finns kring rehabiliteringsärenden har också sina svagheter. FK har valt att skilja på handläggare som sysslar med medicinsk rehabilitering och de som sysslar med yrkesinriktad. Detta innebär i praktiken att vår medarbetare alltid måste byta kontaktperson i ett ofta ganska känsligt och kritiskt läge. Vi finner också ibland exempel på hur FK och AMI kan gå in i utredningar som vi som arbetsgivare redan gjort - det finns stor risk för dubbelarbete och en allvarlig fara i att patienten måste lägga sin tid på att upprepa utredningar som redan gjorts.

Vi sammanträder också i mycket stora grupper där "föremålet för insatserna" kan drunkna bland alla de tunga experterna. Syftet med att träffa alla samtidigt är ju att vi som är aktörer skall undvika att göra uttalanden som uppfattas motsägelsefulla. Det kanske finns andra arbetsformer att ändå undvika tvetydighet och ändå utnyttja den aktiva "ansikte mot ansikte" dialogens större möjlighet att hitta kreativa lösningar?

Vi skulle må väl av att av och till diskutera vår praxis kring dessa ärenden och av en samlad möjlighet att diskutera om vi tycker enskilda aktörer medverkar destruktivt. Jag kan ibland uppleva att "det stora mötet" pressar den anställde att ta beslut som den just då inte är mogen för. Det kan ta tid att hitta sig själv och man kan länge efter en sjukdom vara i dåligt skick.

Vår egen kraftigt decentraliserade organisation innebär att arbetsledarna har fått en helt ny roll, med många nya kontakter och krav att själv prioritera sina resurser. Vår ansats är att alla i arbetsgruppen skall kunna hjälpa till när de ser signaler på att någon i gruppen inte mår riktigt bra. De är ju de personer som allra tidigast kan uppmärksamma det som senare annars kommer att bli ett ”rehabärende”.

Det är vidare mycket viktigt att alla aktörer möter den enskilde med respekt. Vi kan som aktörer ställas inför människor med mycket svåra livssituationer. Aktörernas olika och samlade kompetens är av stor vikt. Läkarintygen är en vägledning vid ingången av en rehabiliteringsprocess, vilket kräver en god samverkan för att komma fram till en realistisk rehabiliteringsplan./// MH

Berättelser från 3 medarbetare vid olika vårdcentraler i Östergötland

**Anna-Karin,
berättat den 20 augusti**

Som sjuksköterska och föreståndare för en vårdcentral känner jag väl igen gruppen unga kvinnor, ofta med låg utbildning och ett tufft socialt liv, kanske ensamstående med barn. De sliter, har arbetat hårt, fått barn tidigt och tätt, de har inte sparat på sina kroppar. De arbetar ofta inom hemtjänsten eller med städning. Det har alltid varit tuffa villkor i de uppdragen och neddragningar av resurser gör inte arbetsituationen lättare. De söker oss på grund av värk i axlar, nacke och muskler och har ständiga smärtor - en symtombild som är mycket svår att ha i arbetslivet. Andra psykosomatiska symtom är också vanliga.

Dessa unga kvinnor är en stor grupp - en annan stor grupp är kvinnor över 50. Det är ofta våra egna anställda inom sjukvården som genom de nedskärningar vi har gjort blivit ”utbrända” av stressen och den höga arbetstakten. Det finns i många enheter inga unga kvar som skulle kunna orka ta i i de riktigt tunga momenten.

Dessa kvinnor vet ibland inte var i samhället man kan protestera mot orimliga villkor, tänker i första hand på patienten och vet inte heller vart man kan vända sig för att få hjälp att komma ur sin svåra pressade livssituation. Primärvården kan i dessa situationer erbjuda tillfälliga behandlingar och en möjlighet att hämta sig. Vi kan också erbjuda sjukgymnastik för att bygga upp sin ork och i vissa fall också möjlighet att öva sin stresshantering.

Vi inom primärvården är oftast de som får den första kontakten med patienten - som ser de allra första symptomen - och skulle därmed vara den instans som skulle ha de bästa möjligheterna att tidigt ge hjälp att komma till rätta med dennes situation. Vi skulle om vi hade tillgång också till andra typer av resurser kunna anvisa vägar både individuellt personligt och utbildningsmässigt. Vi skulle behöva också andra yrkeskategorier i vårt team som kan dra fram ”det friska” och som arbetar med begrepp som tar tag i andra delar av patientens livssituation än vi inom vården normalt gör.

Försäkringskassan har idag inte denna ”friska” inriktning utan skall i första hand se till rätten till sjukpenning. Deras insatser fokuserar det ”sjuka” och förstärker genom kravet på olika intyg osv på så sätt den delen av situationen. Det skulle kännas mycket riktigare att kunna erbjuda hjälp utan att tvingas göra en sväng in i FK.

Vi har här mycket positiva erfarenheter från ett projekt ”Kvinnor med nack- och skulderbesvär”. Vi arbetade under en period så att de patienter som hade denna typ av problematik fick komma till en sjukgymnast redan nästa dag. Erfarenheterna är mycket goda - men projektet var tidsbegränsat. Nu har vi minst 3 månaders väntetid till sjukgymnastavdelningen och även de sjukgymnaster som finns ”på stan” har ”antagningsstopp”. Eftersom vi vet att tiden är ytterst kritisk, att insatser som görs senare än 3 månader efter första besöket har mycket liten verkningsgrad, är denna situation mycket frustrerande. Vi försöker just nu minska vår kö genom att ha en extra gymnast under en period men den ordinarie resursen är helt otillräcklig.

Vi har ibland direkta kontakter med de större arbetsgivarna men mest träffas vi i de möten som ingår i olika rehabiliteringsutredningar. Där deltar från oss oftast vår läkare och vi möter - förutom patienten - patientens närmaste chef, FK, ofta FHV och oftast facket. Vi känner då ofta att vi blir en sorts försvarsadvokat för patienten gentemot FK, försäkringsbolag, arbetsgivare osv. Det ligger i sjukvårdens etik att ge allt för sin patient ”till sista andetaget” och vi kan ofta hamna på kollisionkurs med den iskalla och neutrala attityd vi möter hos många av de andra aktörerna runt patientens rehabilitering. Patienten måste ofta alldeles ensam strida för sina rättigheter.

Den s.k öppna arbetsmarknaden som finns idag har inte mycket att erbjuda den patientgrupp vi talat om. Det är en ganska rak väg från den dag då man inser att man inte ens efter olika former av arbetsträning kan återgå till den gamla arbetsplatsen - man blir uppsagd eftersom det inte längre finns anpassade jobb - arbetslöshet; A-kassa; socialbidrag. De jobb som i princip skulle vara möjliga är inte tillgängliga i praktiken. De funktionsutredningar och intresseprofiler som görs t.ex genom AMI blir därför ofta bara en utredning för utredningens egen skull.

Jag kan ju som föreståndare också se problematiken ur ett arbetsgivarperspektiv. Vi försöker erbjuda våra anställda som får nedsatt funktion av någon anledning att delta i arbetsgemenskapen så länge det går. Vi vet ju att detta är kanske den viktigaste hjälpen man kan erbjuda, men det är en synnerligen svår nöt att knäcka att hitta meningsfulla arbeten för den som bara kan gå för halv maskin - och flexibla lösningar som inte lägger en orimlig arbetsbörda och ansvar på de andra i arbetslaget.

Vi försöker vara duktiga på att hitta sådana lösningar för våra egna och öppna för att också ta emot andra som behöver arbetsträning. I dessa tider av ständiga hot om nedskärningar finns det dock - det är lätt att förstå känslan - ett faktiskt hot i att någon som omplaceras och på så sätt får en permanent

tjänst inom enheten får detta på bekostnad av ”någon av våra egna”. Solidaritet och rättvisa sätts på prov.

Möjligheten att få en extra person i sin arbetsgrupp borde kunna kännas som ett tillskott i verksamheten genom att skapa extra frihetsgrader - men det är också vår erfarenhet att det krävs arbete för att kunna skapa denna situation. Vi måste arbeta både för att de nya som tränar - och de ordinarie - skall känna sig fria att säga ifrån när det inte fungerar väl och vi måste lägga tid att hela tiden utvärdera hur det går, vad som skulle kunna fungera bättre osv.

Vi har i tidigare stora nedskärningar haft en gynnsam situation genom att alla som vi avskedade kunde få arbete inom kommunens hemtjänst. I de nedskärningar som kanske kommer i framtiden är situationen sannolikt mycket svårare. Trots att vi klarade förändringen ganska väl förra gången har den satt stora spår och sår i organisationen. /// MH

**Anne Charlotte,
berättat den 3 september**

Två tredjedelar av patienterna som söker sjukgymnast på vår vårdcentral är kvinnor. Många kommer från de stora tillverkningsindustrier som finns här i Motala. En stor grupp är de

unga kvinnorna som ofta har låg formell utbildning. En annan stor grupp är kvinnor över 45 med ont i nacke och axlar. Många har naturligtvis haft tunga jobb. Motala är en klassisk industriort med höga ohälsotal - men det finns också mycket missbruk; både av tabletter och av alkohol. Studier har visat att detta är betydligt vanligare än vi tidigare trott.

Det är inte särskilt lätt för en distriktsläkare att under besöket på 20 minuter hinna fånga denna komplexa problematik. Det finns en företagshälsovård på orten - Östgötahälsan - men deras aktiviteter går mest ut på att arbeta med själva arbetsmiljön och på så sätt förebygga problemen.

Vi kan se i vår statistik att många av våra kvinnor går sjukskrivna länge - eller i varje fall ofta och under flera år - för lite olika diffusa symtom såsom migrän, nacke, axlar, rygg. Det händer att de får en remiss till psykiatrisk konsult eller till en psykosomatisk expert - men symtomen är sällan så entydiga. Tiden går. Risken att detta blir ett kroniskt tillstånd ökar dramatiskt med tiden. Alla vet att efter 3 månader är det mycket svårt att återknyta till arbetslivet. Då har man tappat sitt nätverk, tappat tilltron till att man skall bli bra igen, tappat den så viktiga "gnistan". Alla vet att man måste komma in tidigt och att man måste arbeta mycket intensivt och koncentrerat för att lyckas med en rehabilitering. Just nu är det minst 3 månaders kö till oss på sjukgymnastiken. Vi arbetar på att korta den

tiden något genom att under en period ha en extra kollega anställd - men problemet med på tok för långa väntetider kommer ändå att finnas kvar.

Det är lättare för de patienter som har ett jobb. Då kan vi relatera träningen till jobbet och de mål vi sätter upp kan också konkret relateras till arbetet. De som saknar jobb har det svårare. Det är mycket svårare att definiera deras ansvar för olika delmål osv. Vi sjukgymnaster arbetar lika mycket i en pedagogroll - som handledare och vägledare - som i en behandlande roll. Vi tittar på individen som en helhet, ser på beteenden, på riktningen i den egna viljan, på individens resurser och på hinder av typen tillitsbrist.

Vi sjukgymnaster uppfattar att det nu till stora delar är slumpen som avgör vilka patienter som får remiss till oss. En misstanke är att det är de verbalt begåvade som själva kan ta initiativ och föreslå som också får utnyttja vår resurs. Många ringer direkt till oss för att få hjälp. Vi saknar en dialog om och en väl grundad policy för vår central för vilka patienter som skulle ha bäst nytta av att få komma till oss på sjukgymnastavdelningen.

Vi har tidigare genomfört ett projekt där vi organiserade oss så att alla som bedömdes tillhöra riskgruppen ”blivande rehbärenden” fick komma till oss redan nästa dag. Erfarenheterna var mycket positiva men projektet förlängdes inte.

Jag skulle önska att vi kunde delta mera i den dagliga verksamheten på vårdcentralen. Vi skulle då betydligt snabbare få kontakt med de aktuella patienterna och vi skulle själva kunna medverka med vår kompetens i bedömningen av relevanta verkningsfulla insatser. Det kan kännas som att vi pratat med dubbla tungor eftersom vår kapacitet just nu inte ens räcker till dem vi får genom remisser. Den begränsade resursen förstärker dock bara vår frustration över att den prioritering som slumpen och ”effekterna av att tiden bara går” skapar inte gynnar vår produktivitet. Genom ett annat arbetssätt skulle vår kompetens kunna utnyttjas mycket mera effektivt.

Jag skulle också önska att vi hade ett effektivare filter så att vi snabbare upptäcker att någon går oroväckande ofta och länge sjukskriven. Jag har en vision att vi mycket tidigare än idag skulle kunna samlas över yrkesgränserna till ett möte kring den patient som börjar visa dessa tecken. De tre månader som man idag står på väntelista innebär att vi regelmässigt och alltid kommer in för sent.

Jag skulle också se stora fördelar i att det fanns andra yrkeskategorier inom vårdcentralen. Vi försöker så långt det bara går dra nytta av de många idrottsanläggningar och gym som finns på orten men saknar ställen för dom som kanske inte behöver fokusera sig så mycket på själva kroppen. Det finns

inga kuratorer i vår organisation och det finns väldigt få ställen på orten dit våra patienter skulle kunna söka sig för mera social kontakt, för att få information om olika rättigheter osv. Det finns visserligen några patientföreningar men dessa kan upplevas ha en för alldeles för stark fokusering på just sjukdomen som förenar. Vi skulle säkert ha stor nytta av utökad tillgång till arbetsterapeuter som kan ge råd om träningen på jobbet.

Vi skulle också kunna överväga att ha mera gruppbase behandlingsformer där man skulle kunna träna, öka sin kunskap, lära sig att våga lyssna på kroppens signaler i grupp. Många av våra patienter har egentligen bara ett stort smärtbeteende, dvs de vet inte att det är mycket normalt att det gör ont ibland. En sådan mera utbildningsinriktad vårdform skulle säkert också öka vår produktivitet och skulle kunna vara fullt jämförbar med de diabetesskolor, astmaskolor osv som man har god erfarenhet från.

En sjukgymnast på en vårdcentral har naturligtvis många kontakter också med andra utredande och behandlande enheter – både inom det egna lasarettet och inom universitetssjukhuset – under den tid man har kontakt med en patient. Den huvudsakliga kontakten med de övriga aktörerna i själva rehabiliteringsprocessen, dvs då vi medverkar tillsammans med arbets-

givare, FK, fack osv vid s.k rehabiliteringskonferenser, sköts dock uteslutande av centralens läkare. Jag blir bara undantagsvis - 2 gånger på 20 år - direkt tillfrågad att medverka i sådana möten trots att jag ofta har haft en mycket långvarig och intensiv kontakt med den aktuella patienten. Vi träffar ju även i normalfallet våra patienter under 30 - 40 minuter vid flera tillfällen varje vecka och skapar på så sätt en inom vården nästan unik möjlighet att förstå och fånga den enskildes problematik.

Det händer också att vi tar kontakt med arbetsplatsen, dels för att få se arbetsmiljön och dels ibland också för att förtydliga för patientens chef och kolleger vad den plan man gjort upp tillsammans med patienten kommer att innebära på arbetsplatsen, att patienten måste vara frånvarande ibland för att delta i olika aktiviteter osv.

Det händer också att vi ombeds av patienten att ta kontakt med anhöriga för att för dem förklara hur träningen kommer att gå till, hur de kan hjälpa till osv.

Bättre filter att fånga ”blivande rehabärenden”, en rättvisare och mera aktiv prioritering av hur vi använder våra resurser och mera gruppbaserade utbildande behandlingsformer skulle öka våra möjligheter radikalt./// MH

**Anki,
berättat den 15 september**

Kvinnor från skola, vård och omsorgsyrken är en mycket stor andel av mina patienter - kanske därför att jag arbetar i ett område där just de som är i arbetsför ålder bor. I andra områden kanske det mest bor äldre. Dessa kvinnor har ett tufft liv; deras livssituation gör att de sliter hårt. Några är ensamstående men långt ifrån alla. De skall klara barn och familj och jobb. De befinner sig i den mellanålder då de också skall göra yrkesmässig karriär, dvs också visa att de är duktiga i ett arbete. Den stora gruppen är födda mellan åren 1940 - 1969. De har små barn eller tonårsbarn. De riktigt unga - dvs födda på 70-talet ser vi inte riktigt ännu.

Många söker sig hit på grund av mycket diffusa besvär - ont i kroppen - sannolikt en reaktion på hela livssituationen - och vi får därför också mycket svårt att sätta entydiga enkla diagnoser. Vi sjukskriver dem så att de kan få en viss vila och lättnad och kunna börja fundera över alternativen.

Den situation de lever i är alltså bekymmersam, det arbete de har är för slitsamt och sannolikheten att i dagens arbetsliv hitta ett annat arbete är liten. Det finns få lätta rehabiliteringsärenden. De som fortfarande har en arbetsgivare har - enligt våra erfarenheter - vissa möjligheter att komma igen i arbetsli-

vet. Bland de arbetslösa har de som blir helt friska naturligtvis också en viss chans. De arbetslösa som samtidigt har symtom och därför inte full arbetsförmåga har det däremot nästan omöjligt i dagens arbetsliv. De som har dessa diffusa, psykosomatiska symtom är t.o.m svårare att hjälpa tillbaka till arbetslivet igen än många med mycket allvarligare men rent kroppsliga sjukdomar.

Detta gör att vi i första hand försöker stödja dem att återvända till sitt gamla jobb - att uppmuntra dem att hålla kontakten med arbetskamrater och arbetsgrupp - men ibland är detta ju uppenbart olämpligt. Oftare och oftare ser vi att det just är deras arbete som "bränner ut dem". De, som har det så, skall naturligtvis inte uppmuntras att hålla kvar kontakten eller arbeta för att komma tillbaka. De mår ju bäst av vila och att hitta helt andra uppgifter. De s.k "utbrända" kommer fortfarande ofta från vården men nu också i ökad omfattning från statliga verk och myndigheter. Kraftiga neddragningar inom arbetsplatser som t.ex Försäkringskassan har lett till att också kvinnor runt 50 år med typiska handläggaruppgifter inte orkar längre och måste sjukskrivas av oss. Deras möjlighet att återvända till just dessa arbetsplatser är mycket små.

Det finns naturligtvis lyckade fall som man glädjer sig tillsammans med:

NN är i 50-årsåldern, söker hit för ont i kroppen, har jobbat på dagis i alla år men kan inte vara kvar där. Orkar inte lyfta barnen. Det visar sig att det varit - eller möjligen blivit - lite gnissel på jobbet. Hon har sökt FHV som sjukskrivit henne i omgångar. Söker VC eftersom hon tycker att hon blivit hängande i luften; företagsläkaren har slutat och hon har bara fått förlängda sjukskrivningar i fyra månader. Hon tycker att hon nu också blivit deprimerad. Hon erbjuds besök hos sjukgymnast och ärendet diskuteras med alla i vårt team här på VC. Hennes arbetskapacitet är långt under 100%. Hennes dröm har varit att arbeta med handikappade barn. En aktiv handläggare i vårt team arbetar aktivt med patienten och man hittar en assistenttjänst - 75%, för lite större barn som inte behöver lyftas - ledig just då. Hon stortrivs och har nu också hittat en livspartner efter att i alla år varit ensamstående.

Delvis var detta ren tur att det fanns en sådan tjänst just då men också ett mycket aktivt förarbete och ett sökande efter var det fanns behov. Många av våra patienter har heller inte samma klara bild över hur de skulle vilja ha det i stället.

Några av våra patienter hittar vidare i en lämplig utbildning. Några få av dessa förverkligar en dröm men de allra flesta utbildar sig i brist på alternativ.

De som inte är fullt arbetsföra blir hänvisade till AMI och Arbetslivstjänster för arbetsprövning. Vi är djupt oroade över

att det dels är mycket lång kö till dessa utredningar och dels att de förslag om ny yrkesinriktning som erbjuds våra patienter känns synnerligen otidsenliga och baserade på en arbetsmarknad som vi tror inte finns längre.

Vi vet ju att tiden är vår största fiende. Patienter som tillhör riskgruppen måste uppmärksammas mycket snabbt. Aktiva insatser måste sättas igång under de första månaderna annars blir verkningsgraden mycket blygsam. Den med våra mått mätt mycket långa och klumpiga handläggningen vid AMI medför att de insatser vi kan göra för att snabbt starta en rehabilitering blir verkningslösa eftersom "ärendet" ändå stannar upp och vi tvingas ta till uppehållande men meningslösa återbesök. Det är ytterst pinsamt för oss alla att vi har så litet att erbjuda dessa patienter när själva vården är avklarad. De har sina handikappande symtom och oftast en mycket diffus diagnos. Vi kan inte erbjuda bot och vi kan inte säga något om prognosen.

De som har en arbetsgivare har alltså fortfarande ett något bättre läge men den genomförda decentraliseringen har också försvårat. Den långt gående självförsörjningsprincipen kan i och för sig vara helt riktig och produktiv för verksamheten men har inneburit att de anställda som sviktar fått det svårare. Det går allt mera sällan att hitta lämpliga andra arbetsuppgifter

inom den enhet som har det formella ansvaret för rehabiliteringen och andra enheter vill i det pressade läge alla har ogärna ta över. De stora arbetsgivarna - som t.ex Landstinget och kommunen - kommer därför alltför lätt undan eftersom att det naturligtvis inom ramarna för dessa stora arbetsgivare finns en så stor variation av uppgifter att många skulle kunna hitta en rimlig omplacering - om man bara kunde få en överblick över helheten.

Detta var bättre förr! Då kunde t.ex den läkare som inte orkade operera längre på kirurgen hitta andra meningsfulla sätt att bidra med sin kompetens och erfarenhet i vården.

Otrygghet försvårar varje rehabilitering. Den diffusa diagnosen och vår oförmåga att göra prognoser för hur symtomen kommer att utvecklas ökar inte precis på tryggheten. Den ekonomiska otryggheten dominerar ändå. Man upplever sig mycket sårbar och hela ens ekonomi är beroende av intyg. Många känner att de måste tigga om sjukintyg och att detta är synnerligen förnedrande. En ständig oro att de måste byta läkare, att de måste berätta sin historia igen och som kanske då gör en helt annan bedömning, som kanske inte uppfattar viktiga detaljer osv osv. Vi tänker kanske inte alltid på att patienter är så till 100% beroende av att deras intyg skrivs i rätt tid. En ständig oro finns också över att behöva byta hand-

läggare vid FK. Många patienter har farit mycket illa i de omfattande omorganisationer och neddragningar som varit inom FK och som inneburit att man faktiskt fått byta kontaktperson oplanerat och flera gånger. Många blir på något sätt fullt upptagna med att ”ordna med sin sjukdom” och ”jaga pengar” och kan inte alls koncentrera sig på framtiden.

Det finns också massor med ”fällor” i våra olika trygghetsförsäkringar som gör att tillfälligheter och att man själv inte var tillräckligt insatt kan påverka ens ekonomi på ett sätt som uppfattas mycket orättvist. Denna känsla av att ”veta att man kanske inte vet det man borde känna till” och en gnagande oro att man i varje läge kanske borde handla annorlunda innebär också en stor barock och onödig stress i en redan svår situation. Man är utlämnad till en djungel av för en själv - och för många av de aktuella aktörerna - okända spelregler.

TT är tandsköterska och skadar handleden och kan då inte fortsätta i sitt yrke. En gammal dröm är att öppna butik. Butiken arbetar dock inom en svår nisch och går omkull. Maken blir samtidigt allvarligt sjuk. Hamnar i en ångestkarusell inför framtiden. Blir hänvisad till AMI men där tappar man bort hennes ärende. Därför blir det ett glapp under ett halvår då hon varken var sjukskriven eller arbetade. Därför påverkas nu hennes sjukpension avsevärt.

Situationen förvärras ytterligare i de fall då ett försäkringsbolag också är inblandat t.ex vid olyckor eller arbetsskador. Det blir då alldeles uppenbart att det finns inbyggda konflikter i systemet och att patienten hamnar i en dubbelbindning - dvs hur han än gör blir det fel. Vården och övriga rehabiliteringsaktörer vill ju betona det friska hos patienten för att denne lättare skall kunna återknyta till ett arbetsliv. Läkaren ser sig som en försvarsadvokat som i enlighet med god medicinsk etik till varje pris vill bevaka patientens rättighet att vara sjukskriven så länge han är oförmögen att göra det arbete han har. FK bedömer patientens rätt till sjukpenning, dvs i vad mån patienten är arbetsför relativt en generell och principiellt tillgänglig arbetsmarknad.

Patienten själv vill i de allra flesta fall se sig så frisk och arbetsför som möjligt men vill också bevaka sin rätt såväl till rättvis ekonomisk försörjning som till ersättning för ”lyte och men” från försäkringsbolaget. Allt fler patienter driver civilrättsliga processer för sina rättigheter vilket talar för att systemen blir att snårigare och allt svårare att förstå. Allt striktare direktiv innebär också att gränsfallen blir flera.

En patient hade tidigare arbetat inom städ. Fick diskbråck men rehabiliterades helt och hittade ett lämpligt annat arbete. Råkade efter en tid ut för en trafikolycka som trasade sönder

det mesta i ryggen. Nu processar man fram och tillbaka om hur mycket det tidigare diskbråcket betyder för invaliditeten. Arbetsoförmågan måste också stabilisera sig innan man kan bedöma. Försäkringsbolaget väntar på kassans beslut. Patienten får under tiden inga pengar - kronofogden lurar bakom hörnet.

Vi har emellertid mycket goda erfarenheter av att på vår VC ha ett särskilt team för dessa rehabpatienter. Vi är därför mer än förvånade över att Försäkringskassans ledning inte finner det naturligt att fortsätta detta nära samarbete. Vi har permanentat kuratorstjänsten och tillsvidare finns ändå FK med i gruppen. Teamet gör mycket långsiktigare analyser, har en bättre framförhållning, diskuterar utifrån en bredare kompetens och kan sinsemellan fördela vem som just då har bäst möjlighet att vara den aktiva kontaktman som den aktuella patienten behöver. Den konventionella praxisen i systemet innebär att man tar en station i taget medan vårt team i stället kan ha mera av en parallellstrategi. Vi känner att detta arbetsätt verkligen ökar patienternas trygghet. Det är flera som känner till ärendet och bedömningen känns stabilare för patienten. Vi har också kraft att ta i den ”totalproblematik” som ofta finns.

En kvinna med utländsk härkomst söker för ont i ryggen. Familjen kommer från en avlägsen del av södra Ryssland och

pratar bara ett mycket ovanligt språk. Endast en släkting till familjen kan tolka - hjälpligt. Samtalet visar efter hand att familjens situation är ytterst besvärlig. Familjen har många barn, några är fortfarande kvar i hemlandet, några har en medfödd missbildning och behandlas på universitetssjukhuset. Ett av barnen har nyligen blivit opererat och måste bäras. Sina seder trogna faller det mesta arbetet på kvinnan i familjen som får ont i ryggen... Vårt team - med kuratorn som spindel - klarar att samordna det otal olika aktiviteter som finns att tillgå för att på olika sätt lätta familjens börda - alternativet hade varit en massa separata aktiviteter och en räkka meningslösa återbesök vid vårdcentralen för ”ond rygg”.

Många exempel kan illustrera det sunda i primärvårdstanken. Vi träffar patienten tidigt i processen, vi finns i dennes bostadsområde osv. Genom att arbeta i ett team, av den sort vi har, kan vi också bearbeta problematiken som en helhet och vidta olika åtgärder parallellt. Vi kan ha bättre överblick över hur läget framskrider och bevaka med intyg. Många tycker dock att teamets möten - 1 timme per vecka - tar för mycket tid i förhållande till utbytet. Man tvingas t.ex även lyssna på andra än de egna patienternas historia, vilket dock kan vara både den vidareutbildning vi säger att vi saknar och en arbetsform för den kvalitetssäkring som eftersträvas.

Även sekretessen ses som ett hinder att bygga ut teamtan-
ken ändå mera. Vi löser detta så att vi inhämtar tillstånd från
patienten att diskutera i gruppen. Ingen patient har hittills
tvekat inför detta. Det finns en utbredd misstänksamhet bland
oss för andra aktörers mål och medel. Socialtjänsten uppfattas
inte alltid stå på patientens sida, inte heller myndigheten FK -
även om de allra flesta enskilda tjänstemän kan vara mycket
mänskliga och vilja väl.

Handläggare t.ex på FK har naturligtvis en mycket svår roll
att avgöra objektivt i alla de fall där några enkla ”sanningar att
intyga” faktiskt inte finns. Våra intyg baseras ju på våra tolk-
ningar av det patienten kan berätta, på våra bedömningar av i
vilken mån patienten klarar av det arbete han har och ”fakta” i
form av labsvar etc finns inte att tillgå i dessa fall.

Det är sedan försäkringsläkarens uppdrag att väga samman
dessa utlåtanden till kassans bedömning. Den olika grunden
för sjukskrivning respektive för rätten till sjukpenning innebär
många svårigheter och missförstånd och sätter både oss och
många patienter i en svår klämma. Det är omänskligt svårt att
som läkare inte töja på gränsen för en sjukskrivning när man
vet att den personen är arbetslös eller där situationen fortfaran-
de är rörig.

HH är drygt 50 år och har arbetat på dagis. Hon har under
flera år arbetat deltid och har på fritiden arbetat som konstnär -

med viss framgång och med utställning i bl.a Stockholm. Har sedan mitten av 80-talet via kommunen engagerat sig i olika projekt för vilsna, arbetslösa tonåringar med multipla problem. Läger ner hela sin kreativa själ i dessa ungdomar, dag och natt, och blir till sist utbränd. Eftersom hon ”bara” är projektanställd omfattas hon nu inte av kommunens trygghetssystem. Patienten utvecklar svår ångest och depressioner och blir sjukskriven. Konsten är den enda trösten.

Vi i teamet söker efter bot och rehabilitering och FK föreslår 1 års sjukbidrag för att hon skall få lugn och ro, hinna få terapi och påbörja arbetsträning. DOCK - hennes ATP är på grund av deltid och projektanställning så låg att hennes ersättning vid sjukbidrag skulle halveras jämfört med den sjukpenning hon nu har.

Ett trygghetssystem som fungerar väl bara för heltidsarbetande manliga LO-medlemmar är orimligt!

Rollen som intygsskrivare är knepig - särskilt när vi sätts i situationer där patienter uppmanas att antingen ”återgå till det jobb Du har” - och som de själva bedömer att det inte klarar - ”eller skaffa Dig ett läkarintyg”. De rehabkonferenser vi har och där alla olika aktörer träffas är ett steg i rätt riktning - men vi har som regel väldigt svårt att hitta tider. Vi skriver våra sjukintyg i relation till det arbete patienten verkligen har - FK's definition på arbetsförmåga gör det verkligen svårt att

formulera intyg som fungerar som tillräckligt konkreta underlag för FK.

Tanken att man "måste vara inne" om man är sjuk är inte lika stark nu som förr även om många patienter fortfarande vill att vi skriver "får vistas ute" på intyget. FK gör inte heller den typen av polisiära kontroller längre. Men gränserna för vad man kan/får uträtta och inte på sitt jobb, när man är t.ex 25% sjukskriven, är inte alltid så entydiga.

Arbetsanpassning är också en svårlöst fråga. Många arbetsplatser får det allt mera pressat. Att då lyckas pressa fram en bättre arbetssituation för en patient - som innebär att arbetskamraterna i stället går i däck - är en tveksam seger. Vad har vi egentligen att rehabilitera till?

Det blir ett allt tuffare och "tightare" samhälle. Man kan undra hur vårdens människor - som nu pressas allt hårdare - skall klara att möta andra människor i kris? Risken för utbrändhet ökar. Kvinnorna drabbas särskilt hårt eftersom de även i sitt privata liv möter samma typ av krav på empati och medkänsla. Kvinnorna sliter hårt för att leva upp till alla krav - också kravet att utnyttja möjligheten att också göra yrkesmässiga karriär. Samhället erbjuder inte ett värdigt liv för många av dessa. Otryggheten ökar i stället. Söner måste fostras att ta en större del av samsälls bördan - döttrar uppmuntras att säga nej!

/// MH

**Berättelser från 2 medarbetare som i
en konsultroll medverkar i
rehabiliteringsprocessen**

**Ann-Kristin,
berättat den 6 juli 1998**

Jag arbetar vid Rehabhuset von Platen i Norrköping och vi som arbetar här kallar oss rehabombud. Rehabhuset von Platen är ett EU-projekt med syfte att finna en plats på arbetsmarknaden för psykiskt arbetshindrade. Till Rehabhuset kommer man genom att någon inom den psykiatriska vården, primärvården, AF/AMI, FK eller socialförvaltningen, dvs någon som har kontakt med någon som tillhör målgruppen, förmedlar kontakten. Av praktiska skäl har vi hittills begränsat vår målgrupp till personer mellan 17 och 40 år. Projektet drivs i samverkan mellan kommunen, Försäkringskassan, Landstinget och AMI och diskussioner pågår om och på vilket sätt verksamheten kan permanentas.

Projektet startade som en kompletterande länk mellan de etablerade aktörerna för rehabiliterande insatser. Personer med ganska långvariga psykiska problem har ofta svårt att direkt knyta an till de aktiviteter de erbjuds genom FK, AF och AMI

även om de inte längre har behov av psykiatrisk vård. Vår målgrupp hamnar därför ganska lätt ”mellan stolar”. Vår målgrupp har också ofta en lång historia av att ha blivit vårdad och omhändertagen. En viktig utgångspunkt i vår verksamhet är därför att erbjuda en partner till den som nu söker sin plats i arbetslivet. Vi visar på vägar och möjligheter och vi erbjuder en extra kraft (empower) i väntan på att den egna kraften skall hinna växa till sig. Det är därför vi kallar oss ombud och det är därför de som är med i projektet inte är klienter eller patienter utan kallas just deltagare.

Denna något annorlunda position i förhållande till deltagarna genomsyrar hela vår verksamhet och visar sig genom vår betoning av frivillighet, att deltagaren själv ger oss tillstånd att lämna och ta upplysningar från myndigheterna, att vi träffar deltagarna där det passar dem bäst osv. Deltagarna är också fullständigt delaktiga i de utvärderingar av verksamheten och av deras egna framsteg som löpande genomförs.

Vi är 5 personer som arbetar här som rehabombud och vi är rekryterade så att vi tidigare arbetat inom de olika etablerade rehabiliteringsfälten. Genom att vi nu arbetar mycket nära tillsammans och bildar ett team kan vi i högre grad än tidigare kombinera kunskaper från de olika fälten. Därmed ökar vi vår möjlighet både att se varje enskild människas hela problematik och att kunna utnyttja alla de resurser som samhället har att

erbjuda. Genom att vi är ett fristående projekt kan vi också enklare frigöra oss från rutiner och strukturer som begränsar effektiviteten i de gjorda insatserna. Vi måste till exempel inte träffa våra deltagare i våra tjänsterum utan kan träffas på ett kafé, hemma hos någon osv.

Genom att vi hittills varit ett utvecklingsprojekt har vi också haft mera tid för att internt i gruppen arbeta oss fram till en gemensam teoretisk plattform, tid att reflektera över gjorda erfarenheter och mera tid för varje enskilt uppdrag. Avsikten är att erfarenheter från vårt projekt - dvs kunskaper om vad som verkligen är tidseffektiva insatser – skall kunna skapa mera tid också i andra verksamheter.

Vi har i vårt projekt ofta konstaterat hur vi i våra tidigare verksamheter underskattat just den sociala situationens betydelse - dvs livet vid sidan av själva arbetet - både för möjligheterna att återknyta till ett arbetsliv och för möjligheterna att utnyttja de stödjande aktiviteter som samhället erbjuder. Genom att vi är tillsammans med våra deltagare ute i olika aktiviteter i samhället och ser dem agera får vi också bättre kunskap om vilket stöd som skulle kunna vara till nytta just för dem, och vad som skulle kunna skapa den ”helande plattform” som skulle medföra att de bättre kan utnyttja de andra erbjudanden de får genom samhällets andra etablerade aktörer.

Till oss kommer man genom att någon kontaktperson föreslår detta. Vårt team tar sedan inom en vecka ställning till om vederbörande tillhör vår målgrupp och om så är fallet ringer vi tillbaka till kontaktpersonen och meddelar vårt "OK". De som vi av något skäl inte anser tillhöra vår grupp försöker vi ändå ge ett uppslag om vart de skulle kunna vända sig för att få det stöd de söker. Vi har arbetat oss fram till ganska fasta rutiner och blanketter för den information vi skall samla inledningsvis för att så snabbt som möjligt hitta hur vi kan stötta just den deltagaren.

Vi arbetar utifrån ett kognitivt förhållningssätt och utifrån en modell där människan betraktas som ett öppet system som kännetecknas av en ständigt pågående interaktion med sin omgivande miljö och med en förmåga både att bibehålla och förändra sig själv som ett resultat av denna interaktion.

Det mänskliga systemet består av tre subsystem: viljan, vänjandet och utförandet. Inom "viljandets subsystem" arbetar vi med medvetenheten om oss själva som aktörer, med våra värderingar och intressen. Inom "vänjandet" arbetar vi med att få syn på våra vanor och våra roller och inom "utförandet" med medvetenheten om vår kropp och dess funktioner.

Våra insatser kännetecknas av att vi försöker utnyttja deltagarens eget engagemang och inre drivkraft. Ett exempel:

Anna (fingerat namn) är en tjej som länge vårdats inom den psykiatriska vården och där den mest framträdande problematiken kallats allvarliga ätstörningar. Anna har prövat de flesta konventionella psykoterapier och också deltagit i flera utredningar och arbetsprövningar inom ramen för AMI. Anna är kemiingenjör - familjen kräver att man har ett rejält yrke - men trivs inte alls med detta. Anna skulle vilja arbeta med blommor. De flesta tidigare prövade åtgärder har - kan man se med facit i hand - utgått från att Anna skulle utnyttja sin naturvetenskapliga utbildning och "komplettera med data" eftersom hon då skulle ha en ganska säker arbetsmarknad. Rehabhuset föreslår i stället en floristutbildning som på ett mera kreativt sätt binder samman hennes tidigare utbildning och en analys av rollen i hemmet. Anna är i dag en mycket framgångsrik florist och har nu också avslutat alla de terapier hon tidigare hade behov av.

Inom vårt projekt försöker vi utnyttja vår friare position och arbeta bättre med hela livssituationen. Vår erfarenhet är att många har behov av hjälp att "reda upp livet" innan man kan ta itu med att söka sig ut på arbetsmarknaden igen. Ett exempel:

Per (fingerat namn) var tidigare en välavlönad kvalificerad byggnadsarbetare. Han har fru och fyra barn och familjen

bodde i en nybyggd villa. I byggkrisens tid blev Per arbetslös och man måste sälja villan. Samtidigt skiljer makarna sig och frun tilldöms vårdnaden om barnen. Per misstänker efter en tid att fruns nye man utnyttjar barnen och en lång vårdnadstvist följer. Förhandlingarna resulterar i att Per får vårdnaden om två av barnen. Dessa anländer i bedrövt skick, utan ytterkläder trots att det är februari, till sin far. Pers ekonomi är redan hårt ansträngd då han fortfarande är arbetslös och just har bildat ny familj. Familjen har inga pengar varken till egna arbetskläder eller till barnens vinterkläder.

De vänder sig till de sociala myndigheterna som hänvisar till att man nyligen sålt sin villa och därför inte är berättigade till bidrag. Per uppmanas att istället söka jobb mera aktivt men uppfattar själva bemötandet som mycket förödmjukande. Per oroar sig mycket för effekterna av vad barnen upplevt och har svårt att samla sig för att söka arbete. I detta läge får han kontakt med Rehabuset. Han finner det också mycket plågsamt och kränkande att i sina nu mycket slitna kläder söka upp en potentiell arbetsgivare. Den handlingsplan man lägger upp innehåller:

1. Reda ut den ekonomiska situationen och barnens kläder.
2. Ordna så att barnen erhåller barnomsorg.

3. Ordna kontakt med BUP.
4. Driva ärendet så att familjen får bidrag till arbetskläder.
5. Arbetsträningsplats.

Kontakten med den aktuella socialförvaltningen är också ett exempel på hur Rehabhuset kan ställa upp och ”ge kraft” så att deltagaren orkar ta strid för sina faktiska rättigheter. I exemplet kommer den aktuella tjänstemannen 25 minuter för sent och ber inte ens om ursäkt, har inte tagit del av akten i ärendet trots en direkt uppmaning, avslår bidraget ytterligare en gång utan motivering osv.

Att ”reda upp livet” kan också innebära att det krävs ett mycket konkret handtag från vår sida och någon som ”lägger axeln till”.

Britt (fingerat namn) har varit sjukskriven i 10 år under diagnosen ”nervösa besvär”. Hon bor tillsammans med en tonårig son och lever sitt liv genom TVn. Kontakten med Rehabhuset börjar med oro för att sonen inte utvecklas normalt. Samtalen avslöjar dock att sonen nog är en mycket välartad och normal tonåring men att mamman helt saknar kunskap om hur tonåringar är. En första åtgärd är därför att genom biblioteket skaffa litteratur om ”barn i den åldern”. Ytterligare samtal visar en kvinna som verkligen ”hatar och

föraktar sig själv”, som har ett tidigare dolt missbruk (eller kanske ingen frågat), som framför allt inte kan klara sitt eget hushåll och hålla rent. Hon har sedan en tid haft kommunal hjälp med städning 2 timmar per vecka men har då låst de rum där misären är som värst. Där har inte städats på många år, husdjuren har förorenat i sängen osv. Den energi som skulle krävas för att ta itu med denna situation saknas.

Rehabombudsmannen ordnar först 2 veckor på Loka Brunn för att bryta den onda cirkeln. Programmet inriktas på praktiska ting som kost och motion. Därefter hjälps man åt att städa upp hemmet. Det visar sig då att många problem bottnar i en ren okunskap - hur man handlar, vad extrapris betyder, hur man tvättar osv. Gemensamt gör man sedan upp en ”skam den som ger sig-lista” där deltagaren för varje dag kryssar för vad hon då orkat ta itu med. Vi har nu tillsammans startat den utveckling som i sin förlängning innebär en möjlighet för Britt att också söka sig en plats i arbetslivet.

Vi tycker att vårt projekt har demonstrerat att det idag inte bara saknas resurser att få kontakt i tid utan att det också saknas ”lägre nivåer” i de erbjudanden som man traditionellt arbetar med. Det skulle också behövas flera ställen där man kunde öva sig för samhället och där man tillsammans med sin ombudsman bättre skulle kunna avgöra vad som skulle till för att man skulle komma vidare i sin önskade utveckling./// MH

Gunnel,
berättat den 15 sept

Arbetslivstjänster får inga anslag genom skattepengar. Vi är till 100% finansierade genom våra utredningsuppdrag. Arbetsgivare och Försäkringskassan är våra stora uppdragsgivare. Vårt uppdrag är att tillsammans med den enskilde individen finna i första hand vägen tillbaka till den egna arbetsplatsen och i andra hand till ett annat arbete eller utbildning - så fort det går. Där det finns en arbetsgivare är det i första hand denne som betalar vår insats även om det ganska ofta är FK som uppmärksammar behovet och tar initiativet till en utredning hos oss. I vissa fall kan FK betala hela eller en del av kostnaden.

De större arbetsgivarna har rutiner så att de anlitar oss direkt. I vårt team arbetar arbetspsykologer, som bedömer de mera intellektuella funktionernas starka och svaga sidor; arbetsterapeuter som beskriver de fysiska funktionerna och arbetskonsulenter som väger samman dessa uppgifter om arbetsförmågan mot bakgrund av sin erfarenhet av arbetsmarknad och kompetenskrav. Vi samverkar med många andra aktörer i rehabiliteringsprocessen.

Vi har t.ex arbetat upp goda kontaktytor med t.ex smärtekliniken vid Universitetssjukhuset, då många av våra klienter tidigare varit där. Vi har på samma sätt kollegialt samarbete

med psykiatriska kliniken eftersom de patienter som kommer den vägen kan behöva en helt annan utredningstakt för att ha gott om tid att fundera över olika steg och alternativ.

Vi har samarbete med primärvårdens arbetsterapeuter, eftersom vi i våra kontakter med klienterna ofta också ser direkta behov av anpassningar även utanför arbetet. Vi berättar för individen de behov vi ser och informerar om vart de kan vända sig för att få hjälp med detta. Detta samarbete kan säkert utvecklas ytterligare.

Vi ser FK som en viktig samarbetspartner med samma övergripande mål som vi även om vi i enskilda ärenden naturligtvis kan ha olika utgångspunkter för våra resonemang. Arbetsförmåga är ett mångdimensionellt begrepp. Någon kan t.ex klara 100% i 6 månader men då med stor risk att vara ”helt slut” men skulle kanske klarat samma arbete på 75% och kunnat hålla på fram till ålderspensioneringen. Sådana bedömningsfrågor kan ibland medföra ”gnissel” i relationerna därför att vi har olika utgångspunkter och regelverk.

Vi skickar alltid vår bedömning av den aktuella individens arbetsförmåga till vår uppdragsgivare och till den individ det berör.

Många arbetsgivare har också som policy att inte säga upp någon anställd - inte ens när det visar sig att man har svårt att hitta ett lämpligt arbete. Denna policy kan därför ibland inne-

bära att det kan gå ganska lång tid innan dessa individer kan få tillgång till alla de resurser att finna ett annat arbete som finns inom AF och AMI.

Fackliga företrädare är en annan för oss viktig samarbetspartner. De har ofta god kännedom om arbetsstället och överblick över arbetsgivarens olika verksamhetsgrenar. De bevakar att inte en anpassad arbetssituation för en individ belastar övrig personal med alla tunga uppgifter. Arbetsrotation, som är mycket viktig för att förebygga att man drabbas av arbetsskador, försvårar dock att hitta tillräckligt "lätta tjänster" utan att man tar bort möjligheten till tillräcklig variation i de ordinarie befattningarna.

Arbetsgivaren har självfallet ett rättmätigt krav på effektivitet i organisationen för att garantera en långsiktig ekonomisk överlevnad. Det finns inte några enkla lösningar på de flesta rehabiliteringsärenden. Det krävs därför stor yrkesskicklighet och kreativitet - baserad på erfarenhet - för att göra bra informativa utredningar och arbetsprövningar.

En rehabilitering kan vara ansträngande för arbetsstället och arbetsgruppen. Relationerna i arbetsgruppen får ej bli ansträngda. Irriterade relationer underlättar inte för en återgång i arbetslivet. Det gäller att hitta en balans mellan arbetsgivarens ansvar för alla sina anställda och att värna om individens bästa.

En liknande fara för irriterade relationer ser vi i de fall då en arbetsgivare på egen hand i all välmening verkligen försöker hitta alternativa jobb. Man försöker än det ena än det andra; och försöker och försöker och försöker. Som "amatör" på den sortens arbetsprövningar är det lätt att sätta orealistiska och allt för ambitiösa mål med stor risk att misslyckas. Informativa uppföljningar och utvärderingar där det korrekta nästa steget tillåts visa sig är en professionell kompetens som mycket sällan finns på själva arbetsplatsen. När man sedan "prövat allt" och man vänder sig till Arbetslivstjänster är engagemang- et att börja träna igen självfallet i botten - både hos individen och hos arbetsgruppen. Mycket "krut" får då läggas på att reparera dessa relationsskador och den bristande självtillit som upprepade misslyckanden fött. En rejäl och också väl designad satsning i ett tidigt skede skulle öka sannolikheten att ta till vara allas intressen.

Företagshälsovården har en god kunskap om arbetsplatsen. Ett samarbete där våra resurser kan komplettera företagshälso- vårdens insatser kan vara en god lösning vid svårare rehabilite- ringsärenden. Det finns naturligtvis en principiell risk att vi i enstaka fall skulle kunna uppfatta oss som konkurrenter - men i de allra flesta fall skulle detta säkert kunna redas ut. Vi har inga sjukgymnaster - de har t.ex inga arbetsterapeuter.

Skyddsombuden kan bli de kunskapsbärare som behövs ute på en arbetsplats för att undvika att man sätter igång olämpliga rehabiliteringsaktiviteter på grund av okunnighet.

Vissa av vårdens läkare - långt ifrån alla - och kanske i all välmening - skriver intyg som innehåller uttalanden långt utanför deras kompetensområden och därför ofta utan verklighetsförankring. ”Rekommenderar ett lätt och rörligt arbete” förekommer ibland på läkarintyg. Sådana jobb finns inte längre men dessa formuleringar kräver att Försäkringskassan fortsätter den arbetsinriktade rehabiliteringen - även om alla andra aktörer funnit att personen ej står till arbetsmarknadens förfogande. Sådana utlåtanden leder lätt till att det ser ut som att ”ord står mot ord” på ett olyckligt sätt.

De individer vi träffar har ganska regelmässigt en mycket otrygg tillvaro. Deras ekonomi är mycket sårbar, de riskerar uppsägning utan att ha ett annat jobb, de kanske saknar A-kassa; de har väldigt ofta inte råd att betala de behandlingar de rekommenderas. De är i sin otrygga situation också mycket sårbara för att behöva byta kontaktperson på FK eller hos annan aktör.

Många individer känner sig misstrodda och misstänkliggjorda. Vi har självfallet en lättare situation eftersom vår relation till individen inte påverkas av någon ”makt över

pengar”. Vi bygger upp den ”partnerskapsrelation” som en god utredning kräver. Vi lägger stor vikt och möda vid detta och tillåter oss att lägga god tid på det relationsskapande arbetet vid första tillfället vi träffas. Denna första träff lägger grunden för vårt fortsatta arbete tillsammans. Vi lägger också stor vikt vid att våra utlåtanden skall vara oberoende och enbart baserade på fakta. Vi åtar oss inte uppdrag där uppdragsgivaren på förhand försöker definiera resultatet och vi åtar oss inte heller uppdrag där vi skulle tvingas göra avkall på den tid vi anser att man måste lägga ner på en korrekt utredning. /// MH

Berättelser från 5 medarbetare vid Försäkringskassan i Östergötland

**Birgitta,
berättat den 11 juni**

Försäkringskassan i Östergötland har utvecklats mot en mycket platt organisation och mitt arbete är att vara planeringssekreterare och coach till dem som arbetar mera direkt med utredningar och klienter. Den ekonomiska krisen i landet och det stora antalet arbetslösa påverkar vårt arbete i hög grad och vi försöker inrikta vårt arbete så att vi allt bättre kan se till den totala problematiken. Antalet ”infall”, dvs klienter, ökar och deras problematik blir allt komplexare. De har oftare flera olika diagnoser och allt oftare inslag av psykiska problem.

Vi skulle behöva vara mycket effektivare att snabbt avgöra vilka klienter som kommer att bli friska av sig själva och vilka som löper stor risk att inte komma tillbaka i arbetslivet. I många fall måste vi dock avvakta eftersom situationen är så oklar och vi måste ta en rad olika kompletterande kontakter innan vi kan avgöra hur aktiva vi behöver vara. Vi märker också att det blir ”köer” hos oss genom att arbetsmarknaden

just nu kräver anställda som kan ge 120% och AMI inte hittar tillräckligt antal av möjliga praktikplatser. Vi skulle därför också behöva en diskussion om våra interna mål och vad som är realistiska "output" i vår verksamhet.

Sjukförsäkringen är avsedd att täcka försörjningen bara så länge man är "medicinskt sjuk". Våra egna utredningar under tiden vi har kontakt med den försäkrade syftar alltså till att synliggöra den s.k restarbetsförmågan och vi har också samhällets uppdrag att samordna olika aktörers försök att stödja klienten tillbaka i arbetslivet. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen syftar till att ge klienten kunskap om sina funktionella begränsningar och sina möjligheter och inte minst att tydliggöra sina egna intresseområden. Några klienter kan också behöva "rustas" genom utbildning och träning för att kunna återknyta till arbetslivet.

FK kan då stödja klienten genom att bevilja utbildningsbidrag och rehabiliteringsersättning. Vårt mål är att erbjuda aktiva åtgärder "så länge som det finns hopp" men i många fall kan pension vara den åtgärd som ger den försäkrade den ro och trygghet som den behöver. Vi kan också medverka i rehabprocessen genom att bevilja rehabbidrag som finansierar försörjningen under tiden, resor till "besök på jobbet", arbets träning både på gamla arbetsstället och inom nya områden,

kompletterande utbildning som kan behövas för att en omplacering skall bli möjlig, ta initiativ till trepartssamtal för att hitta nya lösningar när det kör fast.

En av våra viktigaste samarbetspartners under utredningen för målgruppen arbetslösa är AMI. Deras utredningar syftar till att påvisa vilka funktionella begränsningar och möjligheter som finns och ge klienten inblick i ett möjligt arbetsliv. Vi har därför utvecklat ett embryo till samarbetsforum där vi vid ett antal frukostmöten skall försöka uppmärksamma det ”gemensamma flödet”, öka kunskapen om varandras arbetsmetodik och bedömningsgrunder och sätta upp gemensamma mål för en aktuell rehabiliteringsplan.

När vi bedömer att arbetsförmågan är tillräckligt utredd övertar andra myndigheter den primära kontakten. Om arbetsförmågan inte är 100% beviljas ett sjukbidrag och detta omprövas med jämna mellanrum. Om den försäkrade har en viss restarbetsförmåga men är arbetslös hänvisas han/hon till AF och försörjning genom A-kassa eller socialbidrag. Om den försäkrade har en arbetsgivare har denne både det primära ansvaret för själva rehabiliteringsarbetet och att nu efter sjukskrivningen hitta ett lämpligt arbete om det gamla arbetet av något skäl inte går att återvända till. Vi drar alltså in sjukpenningrätten när den försäkrade i princip skulle kunna arbeta -

t.ex 50% - oberoende av om det just nu och på den försäkrades hemort finns sådana jobb att tillgå. Denna basala grundregel i försäkringen är inte tillräckligt känd varken bland klienter eller andra aktörer i systemet och våra bedömningar kritiserar därför ofta på felaktiga grunder och våra beslut misstolkas.

Vi vet att de klienter som lyckas behålla kontakten med sitt arbetsställe har ett mycket gynnsammare läge än de som tidigt tappar denna. Därför försöker också vi inom FK ha ett aktivt kontaktarbete med de stora arbetsgivarna. Vi kan konstatera att decentraliseringen inneburit att många av de chefer som nu fått ansvar för att inom 8 veckor göra en rehabiliteringsplan för någon av sina anställda saknar relevant kunskap om rehabiliteringsarbete, om vart man kan vända sig, om vilka rättigheter den anställde har, om vilket arbete som skulle vara möjligt för den sjuke och vilka anpassningsåtgärder som skulle behövas. T.o.m vår blankett kan för den som gör dessa utredningar för första gången vara svår att begripa sig på. Med dessa allt mer slimmade resurser blir både arbetet med själva planen krävande och möjligheterna att inom sina budgetramar finna lämpliga omplaceringar mycket små.

Vi inom FK strävar efter att få en ökad samverkan med Yrkesinspektionen för kunskapsspridningen inom detta område och för att vi skulle kunna uppmärksamma och hjälpa

arbetsplatser på ett tidigt stadium. Vi försöker också uppmärksamma arbetsplatserna på att Företagshälsovården inte bara skulle arbeta förebyggande utan att de också skulle kunna utnyttjas i högre grad i samband med rehabiliteringen. Vi har också organiserat oss så att två handläggare är specialiserade på kommunen och som därför kan besöka arbetsstället, delta i chefsutbildningar, samla statistik osv.

Vi vet också att tiden är en mycket kritisk faktor. Klienter som går sjukskrivna utan aktiva åtgärder mer än tre månader har en mycket stor risk att ”fastna i systemet”. Eftersom gränsdragningen mellan FK, Socialförvaltningen och vården i praktiken inte är så lätt skulle vi behöva satsa ändå mera på effektivare samverkan mellan aktörerna för att inte förlora tid och inte riskera att ärenden hamnar mellan stolar. Vi vet ju att man ibland sjukskriver för att ordna försörjningen i stället för socialbidrag. Många ärenden försenas kraftigt därför att vi inte får in läkarutlåtanden eller får in utlåtanden som är formellt felaktiga.

Vi arbetar för att hitta former så att AF kunde börja arbeta med ett ärende redan när man ser att det kan bli aktuellt att snart dra in sjukpenningen. Samverkansprojekt pågår i syfte att underlätta övergången från ett system till ett annat för den försäkrade.

Ett annat problemområde är vår tendens till medikalisering. Vårt arbete styrs till stor del av medicinska underlag som berättar om den försäkrades medicinska hälsotillstånd och hur det medicinska påverkar funktionsförmåga och arbetsförmåga. Det finns en risk att vi får för stor koncentration kring rehabiliteringen utifrån ett för snävt synsätt, dvs det medicinska synsättet, i stället för att lägga vikten utifrån ett helhetsperspektiv. Detta vidare perspektiv krävs för att kunna konkretisera kärnan i rehabprocessen. Risken finns att vi blir för snäva i vårt förhållningssätt.

Vår företagskultur inom FK har rötter i en regelstyrd och sekventiellt upplagd organisation och en strävan mot snabba mätbara resultat - gärna i antal åtgärder eller i ekonomiska termer. Vår organisation innehåller mycket få tillfällen i det dagliga arbetet till reflektion över vår verksamhet och alternativa sätt att nå våra mål - att reflektera i det dagliga arbetet, att se samband och effektkedjor i hanteringen av den försäkrade, att ta hjälp av kvalitativa metoder som ett komplement till våra kvantitativa uppföljningssystem, att reflektera tillsammans i grupp och diskutera och tydliggöra ”vad är resultat i rehabprocessen?”

Många av våra uppföljningsrutiner konserverar i stället för att medverka till anpassning och förnyelse och vi skulle behö-

va en djupare diskussion om kompletterande nyckeltal. Den praxis som genereras av RFVs regler följer heller inte med i utvecklingen och handläggare kan nu se med blotta ögat hur vi optimerar olika i olika delar av verksamheten.

Det finns i botten på vår verksamhet en sund grundambition att de bedömningar vi gör skall vara likformade och oberoende av klient och handläggare - men vilka frågor kan hanteras lika med unika individer? Vår strävan skall naturligtvis vara att bedömningen är rättvis - men inte lika. Vi strävar nu därför också efter att utveckla ett förhållningssätt där vi utgår från att klienten själv skall "äga sin rehabkedja" och erbjudas verktyg där han/hon själv kan se sina "risk- och friskfaktorer" - och att vårt arbetssätt skall vara stödjande men utan att ta över.

Vi har också statistik som visar att kvinnor måste förstås på ett annat sätt än män och att insatser riktade till denna grupp måste formas annorlunda än idag utifrån dessa skillnader. Kvinnor har ofta ett mycket större ansvar för barn, hund och familj och kan inte bara lämna dessa för att delta i olika aktiviteter. Män utnyttjar i mycket högre grad än kvinnor de köpta tjänster som FK kan erbjuda och återvänder i mycket högre grad till arbetslivet än kvinnor med motsvarande problem.

///MH

**Tomas,
berättat den 11 juni**

Jag arbetar med rehabiliteringsfrågor dels i egenskap av ortopedläkare vid centrum för ryggmärgsskador vid Universitetssjukhuset i Linköping, och dels i mitt uppdrag som försäkringsöverläkare vid Försäkringskassan i Östergötland. Mitt specialområde är arbetsskador. Från min position i dessa verksamheter kan jag konstatera flera svårigheter och många brister i den praxis som nu tillämpas. Jag har också medverkat i flera olika kartläggningar och projekt, t.ex Ohälsoprojektet i Linköping, som alla på olika sätt demonstrerar ”svaga länkar” i den rehabiliteringsprocess som gäller det stora flertalet.

Kartläggningar både nationellt och lokalt visar att vi får en snabbt ökande grupp av unga kvinnor i yrken med förhållandevis låga krav på formell utbildning som har mycket svårt att återknyta till arbetslivet efter en period av sjukskrivning. De har ofta små barn, är kanske ensamstående och har en svag social ”uppbackning”. I många fall upprättar deras arbetsgivare ingen formell plan för deras rehabilitering och en av våra kartläggningar visar att endast 50% kontaktats av Försäkringskassan.

Dessa kvinnor har ofta också på grund av sin sociala situation svårt att delta i och dra nytta av den rehabilitering de

erbjuds och många av dem uppfattar de erbjudanden de får som ”kostsamma tidsfördriv”. Deras problem är att de inte klarar att förändra sin pressade ohållbara livssituation. Pressen ökar risken för konflikter, till synes olösliga konflikter ger kroppsliga symtom. Man unnar sig inte tiden att ”känna efter”. Att bli allvarligt sjuk kan då vara enda sättet att reda ut sin situation.

Den rehabilitering vi bedriver vid us kan i detta perspektiv sägas behandla exklusiviteter. Vi har en enhet för ”smärtpatienter”, en enhet för ryggmärgsskadade och en enhet för skallskador och stroke. De utredningar vi gör inriktas på att noga utreda vilka funktioner som finns kvar och resulterar ofta i en väl grundad rekommendation om pension. Den stora gruppen patienter skall erbjudas ett relevant och effektivt stöd genom primärvården och företagshälsovården och genom de rehabtjänster som upphandlas antingen direkt av arbetsgivaren eller av försäkringskassan. Till dessa tjänster hör också de funktionsutredningar för att avgöra patientens möjligheter att ta aktuella arbeten som utförs vid AMI och Arbetslivstjänster.

All forskning visar att rehabiliterande insatser måste sättas in tidigt. Den statistiska sannolikheten att en person skall återknyta till arbetslivet i den arbetsmarknadssituation vi har avtar dramatiskt under de första 90 dagarna. Därefter påverkar

inte tiden utfallet. Prognosen är också enligt tillgänglig statistik tämligen oberoende av vilken diagnos man har. Vetenskapliga undersökningar visar att ingen terapi och inga rehabprogram får några avgörande effekter. De som har och kan behålla en god kontakt med sin arbetsplats har de bästa förutsättningarna. Därför har lagstiftningen inom detta område - helt logiskt - lagt ett stort ansvar på arbetsgivaren. Lagen ställer alltså tydliga krav på vilka aktiviteter som skall genomföras. I praktiken genomförs inte dessa aktiviteter med tillräcklig kvalitet och i praktiken påtalas inte dessa brister heller tillräckligt av ansvariga myndigheter.

Därför får emellertid också en brist på kompetens och erfarenhet hos arbetsgivaren kring rehabiliteringsfrågor mycket destruktiva konsekvenser. Decentraliseringen har inneburit att många "lägre chefer" nu har fullständigt ansvar för rehabiliteringen av sina anställda. De små självständiga enheterna innebär att den ansvarige chefen med nödvändighet har mycket få fall att bygga upp sin erfarenhet på - han/hon kanske har anledning att göra en rehabiliteringsutredning vart tredje år.

De små självständiga enheterna har också mycket begränsade möjligheter att erbjuda den variation av arbetsuppgifter som en individualiserad rehabilitering skulle kräva. En hårt trimmad budget minskar också de frihetsgrader i verksamheten

som skulle behövas. En mycket liten grupp anställda skall t.ex inom sig lyckas med uppgiften att fördela det som behöver göras så att ingen får en orimlig arbetsbörda. De skall dessutom klara kravet att i sin verksamhet hitta meningsfulla (inte påhittade) och ekonomiskt möjliga arbetsuppgifter för den arbetskamrat som på ett eller annat sätt har inskränkningar i vad den just då kan göra.

Samtidigt med decentraliseringen och de skärpta kraven på initiativ från arbetsgivaren har tillgången på extern kompetens reducerats kraftigt. Personalavdelningar arbetar inte längre med "sjukfrågor". Företagshälsovården - i den mån man är ansluten - arbetar framför allt förebyggande. Primärvården har inte särskilt frekvent tillgång till kuratorer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster och man hinner dessutom sällan lägga tillräcklig tid på att ta fram de underlag som skulle behövas för en framgångsrik rehabilitering.

Det finns också många utbredda "tankefigurer" kring hälsa och arbete som försvårar en effektiv rehabilitering. Det skulle alltså behövas en omfattande folkbildning kring dessa frågor - bland arbetsgivare, bland anställda och också bland rehabiliteringsprocessens aktörer.

Vi vet t.ex att aktivitet är nyttigt - även om det gör ont. Mot detta står en mycket djupt rotad föreställning om att "arbete är

farligt”. ”När man är sjuk skall man ligga hemma i sängen”. Den adekvata insatsen utifrån det vi vet vore att mycket oftare än idag ifrågasätta sjukskrivningen och i stället på alla sätt stödja den sjuke att kunna gå kvar i jobbet. Det borde till exempel kunna uppfattas som en tillgång i arbetslaget på en vårdavdelning att en läkare med ryggbesvär kan finnas kvar och förstärka i gruppen jämfört med att han/hon går hemma. En sådan lösning måste vara lönsam för alla arbetsgivare. Många av de kontroller som FK idag gör för att kontrollera att vi avhåller oss från arbete uppfattas så att de förstärker denna fördom, dvs att ”arbete är farligt om man är sjuk”.

Ett specialfall är naturligtvis de patienter där arbetet faktiskt medverkat till deras problem och symtom. Det är lätt att förstå att dessa inte gärna återvänder till arbetet. Det är också lätt att förstå att de anställda där olösta konflikter på arbetet bidragit till sjukdomens förlopp inte heller finner det särskilt meningsfullt att medverka i rehabiliteringssamtal och diskussioner på arbetsplatsen. En onyanserad tolkning av lagtextens arbetsgivaransvar och en brist på alternativa stödformer för dessa patienter är en del i förklaringen till att gruppen ”svårlösta fall” ökar.

De rehabiliteringsprogram som idag kan köpas av FK, t.ex RFV i Tranås, innebär att själva utredningen av arbetsförmå-

gan blir bättre men medverkar egentligen till att förstärka paradoxen i att FK allt bättre kan uttala sig om arbetsförmågan samtidigt som AMI allt oftare tvingas säga att en klient är alldeles för sjuk till och med för att kunna medverka i deras aktiviteter och träningsprogram. De program som erbjuds är också sällan anpassade för en målgrupp med barn och familj. Statistik visar också att man på alla olika sätt har mycket lättare att yrkesrehabilitera män än kvinnor och att kvinnors konventionella kompetens just nu inte efterfrågas i arbetslivet. Det mesta talar för att praxis inom rehabilitering borde få en helt annan inriktning.///MH

**Mikael,
berättat i augusti**

Mitt arbetsområde inom Försäkringskassan benämns Arbetslivsinriktad rehabilitering. Vi är i Norrköping indelade i två grupper. Sju medarbetare arbetar med de klienter som redan har en arbetsgivare och vi har organiserat oss efter arbetsgivare, dvs en arbetar med ärenden som berör Landstingets anställda, två med kommunens, övriga är fördelade mot övriga arbetsgivare. Nio medarbetare arbetar med de klienter som är arbetslösa och vi har då organiserat oss efter klientens födelse-

dag dvs en tar alla som är födda dag 1 - 4, en annan 5 - 8 osv. Inom kassan finns också rehabhandläggare som arbetar med de klienter som i första hand behöver medicinsk rehabilitering och som därför i första hand har kontakter med sjukvården.

Vårt arbete startar när en sjukpenningförsäkrad person varit sjukskriven 28 dagar. Då har vi en första sittrond där ärendet diskuteras tillsammans med kolleger och med en av våra försäkringskasseläkare. Då görs en första bedömning av rehabiliteringsbehovet utifrån diagnos och sjukhistoria, yrke, arbetsuppgifter, anställningsförhållande osv.

Arbetsgivaren påbörjar rehabiliteringsutredningen efter 4 veckor - för de klienter som har en arbetsgivare; en rehabiliteringsutredning som enligt lagen senast efter 8 veckor skall lämnas till försäkringskassan. FK är den myndighet som har uppdraget att för sina försäkrade samordna alla aktörer i rehabprocessen och svara för att hålla kontakt både med arbetsgivaren och med klienten under hela processen.

Personer som inte är sjuka utan bara arbetslösa har sin huvudkontakt inom Arbetsförmedlingen. När man lite slarvigt säger att människor ”går runt i systemet” så avser man de fall där uppdelningen inte är lika självklar i praktiken som i teorin och där olika myndigheter kan ha olika kriterier för vilka som skall handhas av vilken myndighet och där ”ärenden” lyfts runt eller hamnar mellan stolar.

En del av vårt arbete vid FK syftar till att ta ställning till om en person har rätt till sjukpenning och huruvida det föreligger ett behov av rehabilitering. Vi har ingen egen rehabiliteringsverksamhet men kan köpa tjänster för att få till stånd en tillräckligt detaljerad utredning vad avser individens funktion och möjligheter att arbeta inom ett visst område (funktionsbedömning).

De aktiva åtgärder vi kan finansiera för att vid behov ”rusta en person” för arbetslivet är antingen utbildning eller funktionsbedömning/arbetsträning.

Exempel: En målare kan på grund av allergi för lösningsmedel och utsliten nacke inte fortsätta som målare. Han har redan före sjukskrivningen blivit uppsagd från sin arbetsgivare på grund av arbetsbrist. Vår utredning syftar till att avgöra om denna begränsning i funktion inverkar menligt på hans möjligheter att få annat arbete.

Om vårt svar är ”ja” så remitteras han vidare till AMI för fortsatt utredning. Rehabiliteringsersättning kan då utgå under utredningen vid AMI samt vid kompletterande utbildning under maximalt ett år.

Om svaret är ”nej”, dvs vår bedömning är att de symtom som finns inte inverkar menligt på möjligheten att få annat arbete, hänvisas han till AF och till försörjning via A-kassa eller socialbidrag. Sjukpenningen dras alltså in på grund av

FK's bedömning och oberoende av om behandlande läkare fortsätter att sjukskriva sin patient. Om målaren själv väljer en längre utbildning än ett år kan FK ändå bekosta det beviljade första året men där resten får finansieras via sedvanliga studiemedel.

En stor svårighet i rehabiliteringsprocessen finns redan i inledningen genom att få arbetsgivare utan påstötningar från FK startar sin rehabiliteringsutredning. Mycket få arbetsgivare har inom de stipulerade 8 veckorna lämnat in en plan.

Det råder inga oklarheter om att det är arbetsgivaren som har hela ansvaret för rehabiliteringen av sina anställda. Detta ansvar är känt av de flesta och ligger ofta delegerat på den chef som har god kunskap om den sjukes arbetssituation. Detta lokala kunnande är mycket värdefullt men kan inte kompensera bristen på "rehabkunnande", dvs kunskap om vilka möjligheter som finns, vad man måste beakta, vad som vore konstruktiva insatser för en framgångsrik rehabilitering osv. Innehållet i de utredningar som lämnas in är därför oftast mycket summariskt och utan substans. Det finns genom denna decentralisering också som regel en mycket begränsad yta för att hitta lösningar och omplaceringar.

AMI arbetar enbart med de av våra ärenden som är arbetslösa sjukskrivna och där vi har ett utredningsbehov dvs vi och

den sjukskrivne behöver hjälp för att kunna bedöma eventuell restarbetsförmåga via bl.a funktionsprövning, vägledningssamtal, yrkesvägledning osv. AMI bedömer även behovet av lönebidrag och skyddad anställning. Här har samarbetet varit ganska dåligt p.g.a bristande resurser hos AMI i Norrköping. Detta har dock förbättrats efter det att man bytt ledning vid AMI. Vi har nu en särskild kontaktperson att arbeta mot; man har förändrat den egna interna organisationen på AMI; man arbetar mera aktivt för att hitta lönebidragsanställningar och även möjligheterna till skyddad anställning har förbättrats.

Fortfarande är vi dock två olika myndigheter som arbetar med olika mål men med samma individer, vilket givetvis påverkar resultatet av vårt arbete. En sammanslagning av våra verksamheter kunde vara en väg att gå för att korta utredningstider och skapa samsyn i rehabiliteringsarbetet.

Också de läkare som skriver sjukintyg kan ha svårt att inte påverkas av den aktuella patientens arbetsmässiga situationen. Vi kan känna att vi har svårt att få tillgång till helt objektiva beskrivningar av patientens situation och prognos eftersom många läkare ser sig som sina patienters ”talesman” och söker på olika sätt påverka också bedömningen genom att i sina intyg föreslå lönebidrag, pension, sjukbidrag osv. Dessa rekommendationer försvårar ofta handläggningen och kommuni-

kationen med klienten eftersom dessa intyg ofta uppfattas som överordnade beslut. Avsteg från dessa på grund av en annan helhetsbedömning hos FK skapar därför ofta stor besvikelse och frustration.

Vi brottas också svårt med tidsbrist. Vi hinner inte göra alla de utredningar vi egentligen skulle göra. Vi vet att effektiva insatser skall sättas in tidigt men vi vet också att andra klienter kan behöva en viss tid för att hinna mogna i sitt ställningstagande om hur de vill inrätta sitt liv.///MH

**Monika,
berättat den 24 juni**

Försäkringskassan i Östergötland är organiserad efter ett antal operativa processer i verksamheten och mitt arbete finns i ohälsoprocessen som inkluderar rehabiliteringen tillbaka till arbetslivet. Jag är kontaktperson för ett av ortens stora tillverkningsföretag. Där finns många unga kvinnor anställda och många av dem drabbas av förslitningsskador. Vissa får dessa problem redan efter någon månads anställning medan andra kan arbeta där hela sitt yrkesverksamma liv utan att få symtom. De börjar ofta i företaget som ett ”tillfälligt arbete” men många blir kvar. Företaget har drivit ett ganska intensivt

förebyggande arbete och man tillämpar en långt driven arbetsrotation. Denna rotation har emellertid också medfört att det inte finns några direkt ”lätta arbeten” kvar för den som ändå får symptom och förslitningar.

På detta företag finns ett internt rehabiliteringsarbete som ofta börjar redan innan någon blivit sjukskriven och där man tidigt försöker hitta omplaceringsplatser. Alla arbetsledare har fått utbildning och företagshälsovården medverkar aktivt. Tyvärr är ändå möjligheterna små att inom företaget hitta goda lösningar för gruppen med förslitningssymtom. Det finns dock ett lovvärt initiativ – Företagsringen – där man kan arbetsträna hos kolleger i andra företag. Det finns dock få exempel där man också kunnat ta över anställningskontraktet efter en sådan träningsperiod.

Många arbetsgivare inser inte sitt ansvar i rehabiliteringen och vet framför allt inte vad detta innebär i praktiken. De fall som idag hanteras inom försäkringen har dessutom ganska ofta ganska stora funktionsbegränsningar och vi saknar aktörer där dessa personer skulle kunna vistas under ganska långa tider, där personligheten och självförtroendet skulle kunna stärkas och där man i små steg skulle kunna öva sig mot att ta ett allt större ansvar för sin egen situation för att i nästa steg vara ”mogen” för en arbetslivsinriktad rehabilitering. Stegen är idag

alldeles för stora för många av våra försäkrade. Rehabuset von Platen är ett sådant exempel som arbetar som ett EU-projekt, men det skulle finnas många flera liknande "länkföretag" mellan de aktörer som idag finns. Ett ställe där man efter en lång sjukskrivning skulle kunna vara och få hjälp att aktiveras sig. Vi är också svagt rustade för den grupp som visserligen har en anställning men som inte klarar ett "öppet" arbete. De skulle behöva ett arbete inom Samhall eller en lönebidragstjänst men möjligheterna är små. AMI arbetar främst med dem som är arbetslösa. FK kan i dessa lägen köpa en utredning genom Arbetslivstjänster men grundidén är att dessa anställda - dvs där arbetsgivaren inte kan erbjuda ett lämpligt arbete - själva skall vara aktiva och söka ett annat arbete på den aktuella arbetsmarknaden.

I den arbetsmarknadssituation som vi har får vi också en allt större grupp där funktionsutredningen av alla inblandade uppfattas som en utredning för utredningens skull men utan realism. Våra tydliga direktiv att minska våra pensionsåtaganden har också gjort detta "spel för galleriet" ändå mera omfattande än tidigare.

Jag arbetar för närvarande i ett projekt kallat "Prisma". Fyra vårdcentraler i Norrköping samverkar med Prismateamet kring de patienter som har en sammansatt problematik men där

smärta är en gemensam nämnare. Teamet innehåller förutom de basala kompetenserna inom en vårdcentral också kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut plus en kontaktperson från FK. Projektet är relativt framgångsrikt och har genomgående mycket korta handläggningstider. Projektet visar också att det finns en stor potential i ett effektivare och aktivare stöd till dessa patientgrupper. Vårt arbete inriktas på att snabbt analysera patientens smärta och sedan ge den kunskap som behövdes för att patienten själv skulle kunna hantera sin smärta. Vårt arbete visar också hur smärtan isolerar den aktuella gruppen vilket i den normala processen försvårar rehabiliteringen ytterligare. I vissa fall kan Prismeteamet också erbjuda psykologkontakt. Arbetsterapeuten följer tillsammans med kontaktpersonen från FK patienten tills det är aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering och är med vid överlämnandet till t.ex AMI/ALT.

Det blir tydligt när man arbetar i team att vi i olika aktörsgrupper har olika utgångspunkter för vårt arbete. Sjukvårdens mål är att man skall må bra igen, FKs att man skall återgå i arbete. Det finns många möjligheter till missförstånd. Vi har ofta inom FK diskussioner med läkare och klienter om sjuk-skrivningens innebörd där vi uppfattar att läkaren oftast bara bedömt om man kan utföra sitt ordinarie jobb eller inte medan

sjukpenningrätten baseras på om man överhuvud taget kan utföra ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. Vi skall i vår bedömning inte ta hänsyn till om det finns sådana jobb endast på den ort där den försäkrade bor utan bedömer i ett nationellt perspektiv men anlägger naturligtvis ett visst rimlighetskrav på det hela. Vår bedömning är alltså ”skulle kunna jobba ...”. Här finns roten till många missförstånd och till att många kan känna sig mycket orättvist behandlade.

Exempel: Två golvläggare som båda är arbetslösa. Golvläggare 1 har ont i ett knä och kan inte krypa på golvet längre. Han bedöms dock vara 100% arbetsför och uppmanas söka andra jobb på den öppna marknaden.

Golvläggare 2 har ont både här och där och bedöms i dagsläget inte kunna utföra något arbete. Då sjukdomen nedsätter arbetsförmågan i sådan omfattning att den försäkrade ej bedöms klara ett normalt förekommande arbete, har FK ett ansvar att via arbetslivsinriktad rehabilitering rusta den försäkrade till ett för honom medicinskt lämpligt arbete.

Det kan från en betraktare tyckas som en ganska hårfin skillnad mellan 1 och 2 och en ganska orättvis satsning på den enes yrkesinriktade rehabilitering. För att få bredare förståelse är det viktigt att FK-handläggaren tidigt i ett sjukfall förklarar vårt regelverk och hur länge vi utifån detta kan vara med i ett ärende. ///MH

**Marie,
berättat den 24 juni**

Målgruppen för projektet ”kvinnors hälsa” känner jag väl igen. Unga kvinnor, vanligen ensamstående, i yrken med låga krav på formell utbildning, ofta andra sociala problem, ensamma med barn och hund. De har ofta många men lindriga besvär, återkommer ofta till primärvården och ”blir kvar i systemet”. Deras stora problem är att ”själva livet är för tungt”. Det finns naturligtvis många lyckade rehabiliteringsärenden men oroande många kommer inte kunna gå tillbaka till sitt arbete och kommer inte att hitta något annat heller.

Få arbetsgivare har förstått innebörden av sitt rehabiliteringsansvar och få har erfarenhet och tillräcklig kompetens för att kunna bidra konstruktivt till att en anställd kan återkomma i arbetslivet.

Samhällets resurser och aktörer måste kunna användas mera effektivt och komma in tidigare i processen. Jag har t.ex mycket goda erfarenheter från att ha arbetat i ett projekt vid en vårdcentral här i Linköping enligt den så kallade Linköpingsmodellen.

Grunddragen i modellen var dels att vi var flera yrkesgrupper i teamet än vanligt; vi arbetade med samlad bred kompetens. Vid kontinuerliga teammöten diskuterades/planerades för

de aktuella patienterna och aktuella åtgärder sattes igång. Vi hade hela tiden en mycket aktiv bevakning på alla patienter för att undvika ”långa ärenden”. Vi kunde på detta sätt ha mycket bättre och en kontinuerlig kontakt med alla patienter.

Jag var deras kontaktperson under hela rehabiliteringsarbetet och de behövde inte byta kontaktperson bara för att deras ärende övergick i en annan fas. Vi kunde arbeta med det som för tillfället behövde göras för att vederbörande skulle kunna komma tillbaka i arbete och skapa tilltro till att man själv kan förändra sin situation. Unika människor i unika situationer kräver kreativitet för att hitta goda lösningar. ”Pinnajakt” och schabloner blir alltid ineffektiva. Erfarenheterna var mycket positiva.

Tyvärr ansåg inte vår ledning att arbetet ute på vårdcentraler var en effektiv arbetsform för vår myndighet. Vinsten för vårdcentralen och för patienten ifrågasätter dock ingen. Den ansträngda situationen inom FK har lett oss till att vi nu specialiserar oss som handläggare på olika avsnitt i rehabiliteringen, vilket innebär att en klient under sin rehabilitering kan ha kontakt med flera olika handläggare och att vi får sämre möjlighet att bygga upp en kunskap om den enskilde personen och att ta vårt samordningsansvar.

Varje handläggare hos FK – oberoende av om man specialiserar sig på medicinsk rehab, yrkesinriktad rehab eller väljer

att arbeta med både och – har så många fall samtidigt att den personliga kontakten blir klart lidande. Vi kan inte ha en levande relation med alla. Nya krav på journalföring, kvalitetsgranskning, ständigt nya datasystem som inte är förenliga med varandra osv, tar väldigt mycket tid utan att vi känner att vi kan prioritera mellan uppgifterna på ett bra sätt. Ledningen uppmanar oss bara att ”allt är lika viktigt”. Vår byråkrati har mångdubblats och vi känner att vi nu av formella skäl måste ägna mycket tid åt att kolla självklarheter.

Vårt arbete börjar idag när någon varit sjukskriven mer än 14 dagar. Efter ytterligare 4-8 veckor skall arbetsgivaren ha lämnat in en rehabiliteringsplan - vilket dock är mycket sällsynt. De planer som kommer är ofta en beskrivning av läget och innehåller egentligen ingen analys av vad som skulle behöva göras. Vi måste därför nästan regelmässigt göra en egen utredning för att kunna medverka konstruktivt i processen. Vi funderar ofta över varför inte företagshälsovården är mera aktiv i utformandet av dessa handlingsplaner.

För de personer som saknar arbetsgivare är FK hänvisad till AMI då en bedömning av arbetsförmågan blir aktuell. Vi upplever dock att vi ibland inte får svar på ”graden av funktionshinder”, vilket för oss är helt nödvändigt för att kunna gå vidare. Vi har uppenbarligen inte heller samma skala för vad som är funktionshinder. En allvarlig brist är att det tar lång tid

för AMI att t.ex hitta en möjlig praktikplats. Denna ”väntan” skapar en rad sekundära symtom och många sjukskrivna ger då upp.

Det behövs inte flera utredningar utan flera platser för träning - gärna med löfte om anställning om det fungerar väl //
/ MH

Bilaga 2

Om Monica Hane

Jag, Monica Hane, har sedan 1982 titeln docent i tillämpad psykologi vid Uppsala Universitet. Doktorsavhandlingen handlade om den kausala riktningen i sambandet mellan attityder och beteenden. Redan då utgick forskningen från en mycket praktisk fråga - nämligen i vad mån man genom information och utbildning kunde förmå människor att frivilligt använda bilbältet. Studierna visade att man faktiskt kunde öka personers användningen av bilbälten under en period av flera månader efter en mycket intensiv ”kampanj”. Kampanjen byggdes upp genom att vi mycket systematiskt kombinerade alla de förutsättningar som i tidigare studier visat sig betydelsefulla för förändringar av attityder och för lärande. Studierna visade dock också att de insatser som skulle behövas för att i större skala översätta detta till effekter i nationella kampanjer knappast var realistiska.

Under en period 1974 - 1987 arbetade jag vid Yrkesmedicinska kliniken i Örebro med forskning kring hälsoeffekter av

organiska lösningsmedel, bly och narkosgas. Forskningen inriktades därefter på prevention av arbetsolycksfall och på sambanden mellan arbetsmiljön och psykisk belastning. De senare åren deltog jag i utvecklingen av en serie frågeformulär som fått stor spridning både som metod i vetenskapliga studier och som praktiskt redskap inom företagshälsovården.

Sedan 1987 arbetar jag tillsammans med civilingenjör Bengt-Åke Wennberg i företaget Samarbetsdynamik AB. Vi ser oss som en visserligen liten men fri och från staten oberoende forskningsinstitution. Vi åtar oss utforskande uppdrag kring alla de arbetslivets frågor som berör samverkan och samarbete, som kräver beskrivningar och utvärderingar av god praxis och som berör arbetslivets psykologi. Under åren 1991 - 1996 var jag också på deltid lektor i arbetspsykologi vid Högskolan i Trollhättan.

Jag är sedan i 1997 medlem i prioriteringskommittén för Arbetsorganisation och Hälsa vid Rådet för Arbetslivsforskning och är från och med år 2000 också ordförande i kommittén.