

Förbättrat samarbete mellan organisationer i arbetslivsinriktad rehabilitering

En studie av rehabiliteringsgruppers möten i Stockholmsprojektet

Björn Jakobsson

Ulrika Schüldt Håård

Alf Bergroth

John Selander

Jan Ekholm

Ett mycket aktuellt område är behovet av förbättrade samarbetsformer mellan organisationerna i arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabiliteringens aktörer har olika vokabulär, kulturer och traditioner, varför man har svårigheter med att kommunicera, mötas eller att ha vetskap om hur andra aktörer tänker, resonerar och agerar. Syftet med studien är att undersöka den kommunikativa processen vid rehabiliteringsgruppers möten. I rehabiliteringsgruppen ingick klient, arbetsledare, arbetsgivarrepresentant, företagsläkare, rehabiliteringshandläggare från försäkringskassan, samt klientens stödperson.

Björn Jakobsson är socionom, tidigare verksam vid Arbetsmarknadsinstitutet, nu doktorand vid Institutionens för Folkhälsovetenskap avdelning för Rehabiliteringsmedicin, Karolinska Institutet samt Institutionen för Vård- och hälsovetenskap vid Mitthögskolan. Ulrika Schüldt Håård är fil. kand. och predoktorand vid Nationella forskarskolan för vård och omsorg vid Karolinska Institutet. John Selander med.dr. har en samhällsvetenskaplig profil i sin grundutbildning, forskar på arbetslöshetsproblem och är knuten till Institutionens för Folkhälsovetenskap avdelning för rehabiliteringsmedicin, Karolinska Institutet samt Institutionen för vård- och hälsovetenskap vid Mitthögskolan. Alla tre är verksamma inom CSF. Alf Bergroth är professor i rehabiliteringsvetenskap vid Mitthögskolan och föreståndare för CSF, är även knuten till Stockholms universitet och Karolinska Institutets institutionssektion för rehabiliteringsmedicin Jan Ekholm är professor i rehabiliteringsmedicin vid Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet och överläkare på Rehabiliteringsmedicinska kliniken, Karolinska sjukhuset. Han har forskat inom bl.a. rehabilitering vid olika typer av långvariga smärttillstånd samt arbetslivsinriktad rehabilitering. Han har varit aktiv inom CSF-nätverket sedan dess tillkomst.

INTRODUKTION

Arbetslivsinriktad rehabilitering är en komplex verksamhet som involverar flera olika aktörer (t ex klienten, arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan). Studier visar att effektiv rehabilitering förutsätter att rehabiliteringens aktörer samar-

betar och verkar i samma riktning (Westrin 1984, Hvinden 1994). Andra studier (Danemark & Kullberg 1999, SOU 1988:41, SOU 1996:85) visar att problem med samverkan ofta föreligger. Rehabiliteringens aktörer har olika vokabulär, kulturer och traditioner,

varför man har svårigheter med att kommunicera, mötas eller att ha vetskap om hur andra aktörer tänker, resonerar och agerar. Stockholmsprojektet startade som ett försök att förbättra kommunikation, samarbete och effektivitet inom arbetslivsinriktad rehabilitering

Stockholmsprojektet

Stockholmsprojektet, som pågick under åren 1997-1999, var ett samarbete mellan Stockholms stad (representerade av "Maria Gamla stans stadsdelsförvaltning" och "Socialtjänstförvaltningen"), Försäkringskassan och dåvarande stiftelsen S:t Erikshälsan, som då var Stockholms stads företagshälsovård. Det övergripande målet med Stockholmsprojektet var "att i så stor utsträckning som möjligt kunna rehabilitera personer med funktionsnedsättningar som medför arbetsoförmåga samt att förebygga att anställda får framtida funktionshinder" (internt dokument, Stiftelsen S:t Erikshälsan 1997).

Det specifika med Stockholmsprojektet var att klientens rehabilitering planerades i s.k. rehabiliteringsgrupper. I rehabiliteringsgruppen ingick klient, arbetsledare, arbetsgivarrepresentant, företagsläkare, rehabiliteringshandläggare från Försäkringskassan (Fk), samt en stödperson.

Positiva resultat av Stockholms projektet

Preliminära resultat från Stockholmspro-

Syftet med mötet i rehabiliteringsgruppen var att klientens rehabilitering skulle diskuteras och planeras i ett forum där flera av rehabiliteringens olika aktörer deltog.

jektet är positiva (Jakobsson m.fl. 2000). Resultat från intervjuer visar att såväl klienter som övriga aktörer upplevde denna form av samverkande rehabilitering som mycket positiv. En korttidsuppföljning (12 månader) på individnivå visar också på minskad sjukfrånvaro och minskat antal beviljade förtidspensioner. Mot denna bakgrund ser vi det som angeläget att fokusera på själva arbetsmetoderna, framför allt på arbetet i rehabiliteringsgrupperna.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka den kommunikativa processen vid rehabiliteringsgruppers möten: Följande frågor ställdes.

1. Vilka deltog i diskussionerna?
2. Vad diskuterades under mötena?
3. Dominerades mötena av någon aktör?
4. Vilken var mötenas allmänna karaktär?

METOD

Material

Stockholms stad som arbetsgivare består av 13 stadsdelsförvaltningar, som tillsammans med centrala resurser, har ca 50.000 anställda. Varje stadsdel ansvarar för äldre- och barnomsorg, skolor, vägar, parker mm. I Stockholmsprojektet ingick ett distrikt, *Maria Gamla stans stadsdelsförvaltning* [i resultatet markerad som X]) och den centrala resursen *Socialtjänstförvaltningen* [markerad som Y]). Tillsammans hade de båda förvaltningarna ca 5000 anställda. Anledningen till att två distrikt studerades var för att undersöka om det fanns några skillnader i den kommunikativa processen mellan de båda grupperna.

Under projekttiden fick ca 200 klienter sin

rehabilitering planerad i rehabiliteringsgrupperna. Resultaten i denna studie är baserad på observationer av 22 rehabiliteringsmöten som hölls i mars-april 1999. Klientgruppen bestod av 20 kvinnor och två män. Åldersspridningen var från 33 år till 59 år, de flesta var i åldersintervallet 45-50 år. Diagnoserna skiftade men de flesta hade olika problem i rörelseapparaten, men även psykiska diagnoser och missbruk var vanligt förekommande. De flesta klienterna hade långa sjukskrivningsperioder bakom sig, två hade varit upprepat korttidssjukskrivna. Klienternas situation var i regel sådana att de krävde insatser från flera rehabiliteringsaktörer inför en återgång i arbete.

Rehabiliteringsprocessen

Klientens väg till rehabiliteringsgruppen började i regel med en impuls (oftast från läkaren) om att arbetslivsinriktad rehabilitering kunde komma att bli aktuellt. Efter impuls följde ett besök vid företagshälsovård, där man bl a genomförde en arbetsmedicinsk bedömning. Vid denna träff tog också företagsläkaren i samråd med klienten initiativ till om "ärendet" skulle vidare till rehabiliteringsgruppen. Antalet träffar i rehabiliteringsgruppen varierade. I vissa ärenden träffades gruppen bara en gång, i andra ärenden, då problembilden var mer komplex, träffades gruppen flera gånger. För varje enskild klient upprättades en rehabiliteringsplan, där klientens fortsatta rehabilitering konkret framgick.

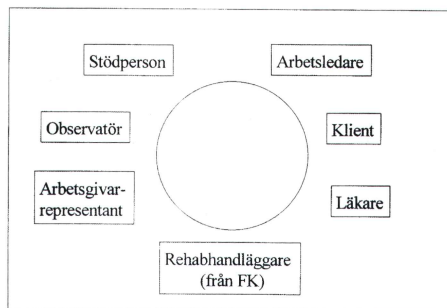
Datainsamling

Data insamlades genom deltagande observation. Vid varje möte medverkade en observatör vars syfte var att iaktta mötets kommunikation. Vid sidan av observatö-

rens egna iakttagelser och dokumentation spelades kommunikationen in på band. Två olika observatörer deltog (dock ej vid samma möten). Grunderna till de analysmetoder som användes är utvecklade av socialpsykologen Robert Bales, som redan på 1940-talet initierade arbetet med ett klassificeringssystem för analys av kommunikation i grupper. Tillsammans med Cohen (Bales och Cohen 1975) utvecklade han ett system för att undersöka olika roller i grupper som de kallade för *SYMLOG*, "A SYSTEM for the Multiple Level Observation of Groups". Analysmetoderna har vidareutvecklats av andra, bl a Pfeiffer & Jones (1974) och Johansson-Hildén (1998).

Rehabiliteringsmötena

Figur 1 beskriver sammanträdesbordet och medarbetarnas placering kring bordet. I stort sett var placeringen kring bordet lika vid samtliga möten. Rummen var på c:a 15 m².



Figur 1. Placering rehabiliteringsgruppen. Gruppen bestod av arbetsledare, klient, läkare (företags-), rehabiliteringshandläggare (från försäkringskassan), arbetsgivarrepresentant (tex personalkonsulent eller personalhandläggare), observatör samt stödperson (tex facklig företrädare).

Observatören hade en passiv roll under själva mötet, men introducerades och presenterades och satt med vid samma bord. Före mötet hade klienten givit ett skriftligt godkännande beträffande observatörens medverkan. Ett rehabiliteringsmöte varade från ca 20 min upp till en timme.

Textanalys

I alla möten förutom ett dokumenterades kommunikationen på ljud-band (vid ett tillfälle tillät ej klienten bandinspelning). Kommunikationen på banden skrevs sedan av så ordagrant som möjligt. Analysen bygger på denna text. Varje yttrande (d.v.s. när någon sade något) kodades vad gäller ämne och funktion (se nedan). För analysens numeriska beräkningar användes SPSS.

När det gäller den första frågeställningen (Vilka deltog i diskussionerna?) är resultaten baserade på antal yttranden. Sammanlagt omfattar det utskrivna materialet 3 859 yttranden. Längden på yttrandena varierade. Oftast varade ett yttrande inte längre än någon eller några sekunder (ofta ett kort svar på en fråga som t ex ja eller nej). I några få fall varade yttrandet upp till en minut.

För att få svar på den andra frågeställningen (Vad diskuterades under mötena?) kategoriserades yttrandena i åtta olika ämnesområden enligt följande:

- Medicinskt
- Hälsa
- Socialt
- Tidigare arbete
- Praktik, nytt arbete
- Socialförsäkring
- Utbildning
- Övrigt

Till kategorin "hälsa" sorterades yttranden som handlade om klientens egna upp-

levelser av hälsotillståndet, till skillnad från kategorin "medicinskt", dit yttranden som handlade om det mer objektiva (med diagnos fastställda) hälsotillståndet sorterades. Ämnesområdet "medicinskt" inkluderar också yttranden kring olika behandlingsmetoder. Ämnet "socialt" begränsas till klientens situation utanför arbetssituationen (t. ex. familj, fritid, bostad, vänner). "Socialförsäkring" rör framförallt ekonomi och administration. Kategorin "övrigt" består framförallt av yttranden i inlednings- och avslutningsfasen, koordination av tider och möten och annat som inte gick att hänföra till någon av de andra kategorierna. I de fall (ca 3%) då yttrandena spände över mer än en kategori har yttrandet kategoriserats till den grupp där yttrandets fokus passar bäst.

För att besvara den tredje frågan (Dominerades mötena av någon aktör?) gjordes för varje yttrande en bedömning av yttrandets funktion i sammanhanget. Följande funktionskategorier användes:

1. tar initiativ, koordinerar
2. söker upplysning
3. ger upplysning
4. uttrycker egna åsikter/känslor
5. uppmuntrar, ger stöd
6. håller gruppen till ämnet,
7. söker stöd
8. dominerar
9. drar sig ur

Vem tar initiativ? Vem koordinerar? Vem söker upplysning? etc. Trots vissa kategoriseringsproblem, bedömdes att yttrandena kategoriserats på ett tillförlitligt sätt.

För att ge svar på den fjärde frågeställningen (Vilken var mötenas allmänna karaktär?) baseras analysen på flera moment, 1) intryck från den direkta observationen (som nedteknades i direkt anslutning till

Klienten, i båda rehabiliteringsgrupperna, gjorde de flesta yttrandena

observationen) 2) genomlysning av banden samt 3) textanalys.

RESULTAT

Vilka deltog i diskussionerna?

I tabell 1 framgår att klienten, i båda rehabiliteringsgrupperna, gjorde de flesta yttrandena. Näst efter klienten yttrade sig arbetsgivarrepresentanten mest. Arbetsgivarrepresentanten hade, mer eller mindre uttalat, funktionen av att inleda och koordinera mötena. Läkarna yttrade sig ungefär lika ofta som rehabiliteringshandläggaren från Fk och något mer ofta än arbetsledaren. Klientens stödperson yttrade sig mest sällan. Tabell 1 visar att det inte var någon av aktörerna som dominerade stort när det gällde antal yttranden. Tabell 1 visar också

Tabell 1. Antal yttranden per deltagande part uttryckt i procent av samtliga yttranden, totalt 3859 yttranden.

Distrikt	X n=1824 %	Y n=2035 %	X+Y n=3859 %
Klient (K1)	32	35	34
Arbetsledare (AL)	10	10	10
Arbetsgivarrepresentanter (AG)	21	20	21
Läkare (L)	16	13	15
Rehabiliteringshandläggare (FK)	19	18	19
Stödpersoner	1	2	1
Totalt	100	100	100

att procentuella fördelningen av antalet yttrandena var liknande i de båda distrikten x och y.

Vad diskuterades under mötena?

I detta avsnitt redovisas resultaten beträffande vilka olika kategorier av ämnesområden som behandlades i de båda rehabiliteringsgrupperna. (Tabell 2)

Tabell 2. Omfattningen av olika ämnesområden uttryckt i procent av samtliga yttranden, totalt 3859 yttranden.

Distrikt	X n=1824 %	Y n=2035 %	X+Y n=3859 %
Medicinskt	16	15	16
Hälsa	8	12	10
Socialt	12	5	8
Tidigare arbete	16	7	11
Praktik/nytt arbete	10	28	20
Socialförsäkringen	15	15	15
Utbildning	12	6	8
Övrigt	13	13	13
Totalt	100	100	100

Inget ämne dominerade stort, men relativt sett handlade den största delen av diskussionerna om den tidigare och nuvarande arbetssituationen. En skillnad mellan grupperna var att man i grupp Y diskuterade "praktik/nytt arbete" mer än man gjorde i grupp X. Noterbart är att endast ca 8 % av yttrandena gällde förhållandena utanför arbetssituationen (socialt). "Övrigt" beskriver framförallt de inledande och avslutande faserna.

I en ytterligare analys framgår att deltagarna i rehabiliteringsgruppen gjorde sina flesta yttranden inom de ämnesområden som relaterade till deras egna yrken. Läkarens yttrande föll i drygt en tredjedel i kate-

Tabell 3. Yttrandets funktion uppdelad på deltagande part i rehabiliteringsgrupperna, totalt 4161 funktioner(stödpersoner finns ej med i denna redovisning pga det begränsade antal yttranden som de stod för) .

	KI n=1445 %	AL n=422 %	AG n=829 %	L n=622 %	FK n=843 %
Tar initiativ, koordinerar	1	7	21	14	13
Söker upplysning	9	15	19	19	16
Ger upplysning	57	54	30	33	39
Uttrycker egna åsikter/känslor	24	7	3	3	3
Uppmuntrar, ger stöd	0	11	17	23	20
Håller gruppen till ämnet	0	4	9	8	9
Söker erkännande/stöd	10	2	1	0	0
Dominerar	0	0	0	0	0
Drar sig ur	0	0	0	0	0
Totalt	100	100	100	100	100

gorin "det medicinska området" och arbetsgivarrepresentanten talade oftast om det tidigare arbetet eller den nya arbetsplatsen. Klienten höll sig i närmare en tredjedel av sina yttranden till de hälsorelaterade områdena "medicinskt" och "hälsa".

Dominerades mötena av någon aktör?

Tabell 3 visar att de flesta yttranden (totalt sett) var de som kan betecknas som givande av upplysningar (oftast i form av svar på frågor). Att antalet yttranden där personen söker upplysningar (dvs "ställer en fråga") är betydligt färre än svaren beror på att en fråga ofta uppmanar till svar från flera deltagare i gruppen. Funktionen "tar initiativ/koordinerar" kunde visa sig på flera olika sätt. Det handlade bl a om att tillföra diskussionen nya perspektiv när ett discussionsområde var uttömt eller att ta initiativ till att avrunda eller avsluta mötet; exempelvis: "Om du inte har någon mer fråga, eller har några önskemål, så kan vi väl ta och

avrunda mötet. Du pratar med O idag och jag pratar med honom i morgon, så vi får se vad du får för möjligheter att arbeta där. Och vi träffas i mars för att göra en avstämning och höra hur du har det."

Att uttrycka egna åsikter/känslor kan ge en bild av förtroendet som aktörerna känner i rehabiliteringsgruppen. Det var framförallt klienten som gav uttryck för egna åsikter/känslor. Variabeln "söka erkännande/stöd" är något som varierar mycket mellan de olika rehabiliteringsmötena. Vissa klienter gjorde det i mycket stor utsträckning, medan andra var väldigt klara över sin situation och vilka behov de har. Ett typiskt sätt att "söka stöd" går inte att fånga direkt i ett enskilt yttrande, utan det handlar mer om i vilket sammanhang det sker, som t ex följande yttrande av en klient med alkoholproblem: "Sen är det sommaren som alltid är jobbig."

Tabell 3 visar att arbetsgivarrepresentanterna hade en något framträdande roll när

Aktörerna hade stor tillit till varandra och det framkom sällan någon irritation mellan olika individer

det gäller samordningen och koordinationen i samtalen. Till kategorin "dominera" var det mycket få yttranden som kodades. Visserligen kan det vara svårt att bedöma "dominans" på enbart enskilda yttranden men här ligger också den närvarande observatörens intryck som underlag. Att "dra sig ur", som i detta sammanhang betydde att lämna rummet eller att avbryta mötet, var något som aldrig inträffade.

Vilken var mötenas allmänna karaktär?

Hittills har resultatredovisningen fokuserat på mer avgränsade yttranden. Under denna rubrik redovisas istället observatörens helhetsintryck av diskussionen.

Det allmänna intrycket är att samtalen skedde under ganska lugna, ej stressade former. Aktörerna hade stor tillit till varandra och det framkom sällan någon irritation mellan olika individer. Många klienter visade genom blickar, rörelser och uttalanden att de kände sig osäkra i början av mötet, något som i regel släppte ganska snart under mötets gång. Genomgående gavs stort utrymme för inblandade aktörer att framföra önsknings, tankar och känslor.

Gemensamma drag är relativt svåra att hitta eftersom att de enskilda samtalen hade väldigt olika struktur och innehåll. Varje klients situation är unik, varför diskussionerna sällan liknade varandra. Det gäller t.ex. längden på samtalen som kunde variera från ca 20 minuter och upp till en dryg timme. Fram-

förallt var det vid klientens första besök i gruppen som samtalen blev långa. I regel var inledningsfasen ganska kort. En kort presentation av deltagarna och varför man träffades, oftast var det arbetsgivarrepresentanten som stod för denna inledning.

Vid förstagångsbesöken tog sedan i regel företagsläkaren över, i regel var det denne som hade haft den senaste kontakten med klienten. Läkarnas förhållningssätt var i regel att klienten själv skulle redogöra för sin hälsosituation. "Ska B. börja berätta om hur du har mått, bakgrunden och sådär. Ungefär det du berättade hos mig". Men det fanns även klienter som ville att läkaren istället skulle redogöra för situationen.

Efter inledningen övergick samtalen i regel till en mera omfattande kartläggningsfas. Där fick oftast klienten på olika sätt redogöra för sin situation, vilka möjligheter som fanns att börja arbeta igen och klientens förväntningar om framtiden. I regel deltog samtliga aktörer på olika sätt i kartläggningsfasen, exempelvis kunde det vara en redogörelse för den försäkringstekniska situationen eller vilka möjligheter arbetsgivaren hade för övergång till andra arbetsuppgifter eller andra bidrag som var viktiga i situationen. Avslutningsfasen av mötet blev ofta en utdragen process. Ibland kunde den omfatta nära halva tiden av hela samtalet. Orsakerna till detta går att finna i att mötet oftast bestod av många deltagare, och att det även gjordes många överenskommelser under mötet. Därför fanns det behov av att flera gånger "gå varvet runt", för att alla skulle uppfatta vilka överenskommelser som hade gjorts. Oftast togs en rad mer eller mindre formella beslut under samtalsens gång.

Huvudmålet med analyserna av observa-

Varje möte resulterade i planer inför den närmaste framtiden

tionerna var inte att söka efter vad mötena resulterade i. Som en bisak har vi ändå studerat de viktigaste överenskommelser som gjordes vilket visade att majoriteten av rehabiliteringsgrupperna resulterade i överenskommelser om ett uppföljande samtal med rehabiliteringsgruppen. Inför nästa möte gjordes oftast en arbetsfördelning upp om vad som skulle ske till nästa träff. Varje möte resulterade i planer inför den närmaste framtiden. För det mesta var det någon typ av arbetsprövning eller arbetsträning som planerades.

DISKUSSION

Angående metoden

I föreliggande studie används både kvantitativ och kvalitativ metod. Trots en del redovisningar i form av siffror och tabeller anser författarna ändå att studien i huvudsak har en kvalitativ karaktär. Kategoriseringar och statistiska sammanställningar är hjälpmedel för att försöka *förstå* vad som utspelade sig under rehabiliteringsgruppernas möten. Trots att de olika numeriska sammanställningarna gav viktig information anser författarna att en minst lika viktig informationskälla var observatörens egna intryck i samband med observationstillfällena.

Deltagande observationen är en datainsamlingsmetod med både för- och nackdelar. Metodens största tillgång är att fenomenet kan iakttas direkt, i oförvanskad form. I det aktuella sammanhanget var det frågan om att studera ett socialt system som skulle

vara svårt att fånga med någon annan metod. Till metodens nackdelar hör potentiella validitetsproblem. Skulle kommunikationen i rehabiliteringsgrupperna vara densamma också utan observatörens närvaro? Detta är en svår fråga att besvara. Man kan utgå från att observatörens närvaro påverkar skeendet, och att validitetsproblematiken snarare handlar om *på vilket sätt och hur stor påverkan är* (Svensson & Starrin 1996). En sannolik effekt är att försiktighet i gruppen blev större, både på grund av observatörens medverkan och att samtalen spelades in på band. En återkoppling, i form av intervjuer (Jakobsson 2000), visar dock att deltagarna varken upplevde observatörens eller bandspelarens närvaro som problematisk. Aktörerna beskrev själva att de efter mycket kort tid kände sig trygga under observationstillfällena. Likaså uppgav intervjuade klienter, som intervjuades direkt efter mötet, att de inte trodde att mötet skulle gestaltat sig annorlunda utan observatörsmedverkan. En klient menade dock att deltagarna var "snällare" när observatören medverkade.

Reliabiliteten kan vara svår att bedöma i en kvalitativ studie. Douglas (1976) menar att tillförlitligheten blir större om flera observatörer används. I denna studie har två observatörer medverkat, dock inte vid samma tillfällen. När det gäller textanalyserna är det sannolikt så att en ny analys skulle resultera i delvis andra resultat. Att bryta ner samtalet i mindre beståndsdelar och strukturera om dessa är en del i den kvalitativa processen. Något som talar för god reliabilitet är att kodningen av texten utfördes i huvudsak av en och samma person (BJ).

I syfte att testa instrumentets kvalitet har några utskrifter tolkats och analyserats av

Läkaren i Stockholmsprojektet dominerade inte över andra rehabiliteringsaktörer vid mötena i rehabiliteringsgruppen

flera personer. Överensstämmelsen i kodningen var stor framförallt gällande ämnesområden. Skillnader i tolkningen av yttrandenas funktioner var något större, t ex funktionen "dominans". Detta ledde till att kodningen av "dominans" gavs en mycket strikt betydelse där det tydligt skulle framgå av uttalandet att personen avbryter eller tar över situationen. En annan aspekt när det gäller yttrandenas "funktioner" var att de ofta hade flera funktioner, t ex att ett svar på en fråga även uttryckte egna åsikter/känslor.

Angående resultaten

Syftet med denna studie var att undersöka den kommunikativa processen i en rehabiliteringsgrupp. Utifrån resultaten kan bl a konstateras att klienten var den som oftast yttrade sig, och att samtalet i gruppen oftast handlade om hälsorelaterade frågor och om frågor som hade med praktik eller nytt arbete att göra. Ingen aktör dominerade mötena och samtalen hölls i regel under lugna och avslappnade former. När det gäller läkarens roll har studier (Danemark & Kullberg 1999) visat att det finns tendenser till att läkare dominerar i situationer då flera aktörer är inblandade. Denna studie visar dock att läkaren i Stockholmsprojektet inte dominerade över andra rehabiliteringsaktörer vid mötena i rehabiliteringsgruppen.

Klientens roll i samtalet är av central betydelse. Av resultaten kan man skönja en situation där klienten ofta yttrar sig, men

sällan i någon annan form än som givare av upplysningar. I tabell 1 och 3 framträder en bild av en klient som ofta besvarar frågor ställda av i synnerhet läkare, arbetsgivare och försäkringskassans rehabiliteringshandläggare. Vid sidan om att besvara frågor så uttrycker klienten egna känslor och funderingar, vilket är något som andra aktörer sällan gör. Läkaren, arbetsgivaren och rehabiliteringshandläggaren är de som tar initiativ och koordinerar samtalen, vilket är något som klienten nästan aldrig gör. Det är också dessa aktörer som i störst utsträckning håller gruppen till ämnet. Samtliga aktörer ger stöd och uppmuntran till klienten, och klienten tar emot. Sammantaget kan man skönja en bild av en klient som mer har en roll som relativt passivt subjekt än som ett aktivt objekt. En klient som visserligen ofta uttalar sig, men som oftast gör det för att besvara frågor ställda av andra. Ett underliggande syfte med Stockholmsprojektet var att lyfta fram klientens roll och klientens " eget bestämmande" i rehabiliteringen. Syftet är delvis uppnått, men studien ger inget stöd åt hypotesen att klienten i rehabiliteringsgruppen iträder en roll som kraftfull, initiativtagande och koordinerande. Här bör dock beaktas att klientgruppen bestod av människor som varit borta från arbetet under långa tider. De hade tidigare stora problem att återkomma i arbete. De hade en mycket utsatt position och det kan vara en förklaring till att de var svårt för dem att ta initiativ och agera mera kraftfullt i rehabiliteringsgrupperna.

Stödpersonens (passiva) närvaro verkar fungera som balans mellan de "professionella" aktörernas sfär och klientens

Resultaten ger en bild av att klienternas stödpersoner hade en passiv roll. De yttrade sig generellt mycket sällan. Av intervjuer har dock framgått att stödpersonens medverkan var mycket uppskattad av klienten. Stödpersonens (passiva) närvaro verkar fungera som balans mellan de "professionella" aktörernas sfär och klientens.

Studien baseras på resultat från observationer i två olika rehabiliteringsgrupper (X och Y). Resultaten pekar mot att det kommunikativa mönstret är liknande i de båda grupperna. Detta är intressant då pilotprojekt som t ex Stockholmsprojektet ofta kritiserats för att de allt för mycket är beroende av enskilda personer, eller eldsjälur, vilket gör dem svåra eller omöjliga att rekonstruera (SOU 1996:85). Att grupperna fungerar på liknande sätt stärker dessutom reliabiliteten i resultaten.

För en utomstående (observatören) kan det tyckas som att stora delar av mötet handlade om repetition av vad som tidigare har sagts. Framförallt var det avslutningsfasen som i regel var ganska utdragen. Ofta fanns behov av att "gå varvet runt", för att alla skulle uppfatta vilka överenskommelser som hade gjorts. Detta kan på ett vis stå i motsättning till projektets ambitioner om att rationalisera handläggningen. Men att som i denna arbetsmodell samla aktörerna runt ett bord och där "gå varvet runt", kan ändå ses som väl använd tid, om det alternativa förfarandet är att aktörerna ändå måste nå samförstånd men utan att träffas i grupp. Rehabiliteringsgruppen kan vara ett sätt att bryta denna rundgång.

Även om en majoritet av klienterna upplever rehabiliteringsgruppen som något positivt, bör man vara medveten om att arbete i rehabiliteringsgrupp inte passar alla klien-

Man bör vara medveten om att arbete i rehabiliteringsgrupp inte passar alla klienter

ter. Tidigare studier (Jakobsson m fl, 1998 och 2000) visar att klienten i många fall känner sig trängd av en större grupp professionella aktörer. Enligt dessa studier är det c:a 20% av klienterna som inte tillgodogör sig gruppmetodens potential.

Resultaten visar att det inte var någon särskild aktör som tog ansvar för huvuddelen i rehabiliteringsprocessen. På så sätt skiljer sig rehabilitering i rehabiliteringsgrupp från "case management", som är en vanlig metod inom rehabiliteringsområdet (Roessler & Rubin 1998). I stället för att "ärendet" styrs av en case-manager, föll istället ansvaret för "nästa steg" på den aktör vars insatser krävdes för de närmaste åtgärderna. Handläggningen av ärendet skedde, kan man säga, utifrån en "expertstrategi". Detta är en viktig distinktion mellan den här beskrivna rehabiliteringsmetoden och andra arbetsmetoder.

Denna studie har i första hand ett deskriptivt syfte och kan förhoppningsvis bidra till kunskap om hur nära samverkan mellan aktörer inom rehabiliteringsområdet kan gestalta sig. Ytterligare studier behövs för att erhålla mer generell kunskap om arbetsmetoder inom den arbetslivsriktade rehabiliteringen.

REFERENSER

- Bales Robert. *A manual for the case study of groups*, University of Chicago Press, 1975.
Dannemark B, Kullberg , *Samverkan – Valfärdsstatens nya arbetsform*, Studentlitteratur, Lund 1999.

- Hvinden Björn. *Devided Against Itself. A study in integration in welfare bureaucracy*, Scandivavian university press Oslo, 1994
- Jakobsson B, Schüldt U, Bergroth M, Kärrholm J, Bergroth A, Ekholm J. *Utvärdering av Stockholmsprojektet: Rehabilitering i samverkan - slutrapport*. Reports from Department of Rehabilitation Medicine Karolinska Institutet. No 31, Stockholm, juni 2000. ISSN 0283-8443.
- Jakobsson B, Olsson I, Bergroth A, Bergroth M: *Samverkan i rehabilitering. En utvärdering av Betaprojektet i Kungsbacka kommun, Slutrapport*, Centrum för socialförsäkringsforskning, Mitthögskolan Östersund, 1998.
- Johansson-Hildén Birgitta. *Analyzing talk in a workplace group: dynamics, dominance and coherence*, avhandling Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen, Göteborg, 1998.
- Pfeiffer J William, Jones John E: *Structured experiences of human relations training: A reference guide*, University Associates Iowa City, IA, 1974.
- Roessler R and Rubin S (1998) *Case Management and Rehabilitation Counseling: Procedures and Techniques*.
- SOU 1988:41 *Tidig samordnad rehabilitering, samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m m*.
- SOU 1996:85. Egon Jönsson - *En kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet*.
- Svensson Per-Gunnar, Starrin Bengt: *Kvalitativa studier i teori och praktik*, Studentlitteratur, Lund, 1996.
- Westrin Claes-Göran. *Primary health care : co-operation between health and welfare personnel* Uppsala Univ., Dept. of Social Medicine. Uppsala 1987

*Dags att förnya prenumerationen
för år 2002!*