

Arbetslivsinriktad rehabilitering – synsätt och utvecklingsbehov*

Kerstin Ekberg

I denna artikel diskuteras några begrepp som har betydelse för hur man arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering. Olika synsätt på hälsa och hälsans determinanter ger den försäkrade olika möjligheter att använda sig av sina egna resurser och kapacitet under en rehabiliteringsprocess. Att se rehabiliteringsprocessen som en förändringsprocess där syftet är att skapa möjligheter för den försäkrade att se och använda sig av sin resurser leder även till förändrade roller för rehabiliteringsaktörerna.

Kerstin Ekberg är professor i arbetslivsinriktad rehabilitering och förestår Rikscentrum för Arbetslivsinriktad Rehabilitering (RAR) vid Hälsouniversitetet i Linköping.

*Denna artikel är en förkortad version av ett bidrag till SOU 2000:78 Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum.

Bakgrund

Behovet av en ökad satsning på forskning och utvecklingsarbete inom arbetslivsinriktad rehabilitering är påtaglig. Området är inte speciellt väl avgränsat vare sig avseende teoretisk grund, grundläggande värdesystem, metoder eller fokus. Över åren tycks det dock ha utvecklats en förändring i synsätt. Utvecklingen har gått från att fokusera på diagnos eller specifika symptom som utgångspunkt för rehabiliteringsprocessen till att fokusera på

individen som helhet och hennes förutsättningar eller resurser (Wright 1980) och i viss mån även de förhållanden som *befrämjar eller hindrar* hennes hälsa (ohälsa). Synsättet på vilka förhållanden som anses befrämja eller hindra hälsa/ohälsa har även förändrats från att vara relativt snävt inriktat på individens *inre resurser* i form av vilja, förmåga, motivation, till att även i någon omfattning vilka *yttre förhållanden* som befrämjar vilja, förmåga eller motivation, och på sikt hälsa. Hittills har intresset i hög grad riktats mot strukturella förhållanden, t ex vem skall betala för vad och när. Ett mer processinriktat synsätt där arbetslivsinriktad rehabilitering inriktas på vilka förhållanden och förhållningssätt som under olika faser befrämjar hälsa respektive ohälsa för olika grupper och individer kan vara mer fruktbart. Denna utveckling leder i sin tur till att ansvar och roller mellan rehabiliteringsaktörer och de sjukskrivna måste förändras.

Det mer processinriktade förhållningssättet bygger på en annan människosyn än den som hittills dominerat inom samhället gentemot personer som är i behov av stöd eller hjälp. De nya tankegångarna utgår i högre grad från att individen har egna resurser och kapacitet som kan mobiliseras och utvecklas.

Hälsa

Arbetslivsinriktad rehabilitering kan sägas syfta till att individen skall uppnå tillräcklig

Arbetslivsinriktad rehabilitering kan sägas syfta till att individen skall uppnå tillräcklig hälsa för att kunna arbeta

hälsa för att kunna arbeta (i enlighet med arbetslinjen). Under senare år har dock arbetslinjen ibland ifrågasatts, då det är sannolikt att för vissa individer befrämjas hälsa och livskvalitet inte i första hand av återgång i arbete. Vi måste därför inledningsvis diskutera vad vi avser med "hälsa", eftersom detta har betydelse för den fortsatta synen på behov av utveckling och forskning. Med den utveckling av ohälsa som vi ser i dagens samhälle, med en ökande andel långtids sjuka i olika former av stress-relaterade besvär, är det särskilt betydelsefullt att klargöra olika synsätt på hälsa respektive ohälsa. Olika synsätt leder till att man prioriterar olika former av rehabilitering. Inte minst individens egen roll påverkas av vilket synsätt på hälsa man företräder från samhällets och rehabiliteringsaktörernas sida.

Under senare tid har ett par olika huvudperspektiv på hälsodefinitioner utvecklats. Det ena synsättet bygger på ett traditionellt medicinskt perspektiv. Med utgångspunkt från ett biologiskt synsätt beskrivs hälsa som det tillstånd som statistiskt är normaltillståndet (Boorse 1977). Hälsa är enligt detta synsätt frånvaro av sjukdom och en individ har fullständig hälsa endast om hon inte har en sjukdom (en skada i ett kroppsorgan). Härigenom inriktas rehabilitering på huvudsakligen medicinska insatser. Om skadan eller sjukdomen behandlats framgångsrikt har individen återfått sin hälsa. Därmed förväntas hon även ha arbetsförmåga. Erfarenheten visar emellertid att inte enbart den fysiska hälsan har betydelse

för om individen kan återgå i arbete eller ej.

För många står hälsa för ett annat synsätt, som bygger på holistiska definitioner, där människans handlingsförmåga eller aktivitet är utgångspunkten. Ett exempel är Nordenfelt (1986, 1995) som har definierat människans hälsotillstånd som balansen mellan hennes uttalade mål för handling och hennes inre resurser eller förmåga att förverkliga dessa mål, i det sammanhang (standardomständigheter) hon befinner sig. "Att ha hälsa är relaterat till i vilken utsträckning människa har förmågan att förverkliga sina vitala mål givet rimliga förutsättningar, socialt, kulturellt och ekonomiskt" (Nordenfelt 1991). Vitala mål är de grundläggande mål som är viktiga för individen och som hon själv värdesätter. "Hälsans kärna finns i människors handlingsförmåga och inte i fysiologiska kroppsförändringar" (Nordenfeldt 1996). Detta kan tolkas som att vi inte alltid, i vår roll som experter eller samhällsaktörer, med säkerhet kan ange vilka insatser som är bäst för olika individer. I olika faser i livet, och beroende på vilken bakgrund man har, är de vitala målen och förutsättningarna för handlingsförmåga olika. Det primära i en rehabiliteringsprocess blir inte att uppställa mål åt individen, eller att ange med vilka metoder hon ska uppnå dessa mål, utan snarare *att tillse att det skapas möjligheter för individen att själv formulera rehabiliteringsmål och att genom egna aktiviteter och handlingar nå sina mål.*

Som en konsekvens av ett holistiskt synsätt på hälsa bör rehabilitering och hälsofrämjande insatser omfatta arbete på flera nivåer:

1. Förändring eller anpassning av det yttre sammanhanget för att förebygga ohälsa
2. Förändring eller utveckling av personens inre resurser och förmågor för att öka hennes handlingsförmåga

3. Förändringar som leder till att individen kan utveckla sina vitala mål och därmed öka sin hälsa och livskvalitet

Det yttre sammanhanget

Det yttre sammanhanget utgörs av arbetsplats, familjesituation och sociala nätverk samt samhällsaktörerna. Det yttre sammanhangets roll och betydelse för en framgångsrik rehabiliteringsprocess har t ex visats för personer med en anställning, där rehabilitering är mer framgångsrik om rehabiliteringsprocessen involverar arbetsplatsen, och att det finns en benägenhet i individens omgivning att stödja och medverka i förändringsarbetet (t ex Ekberg m fl 1994). Personer som uppger sig ha bristande stimulans eller små möjligheter till inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet har en sämre prognos för återgång i arbete efter sjukskrivning, än de som har ett bättre arbetsinnehåll (Ekberg och Wildhagen 1996).

För personer som saknar anställning är samhällsaktörerna betydelsefulla som "yttre sammanhang". Väsentliga karakteristika som stimulerar individens handlingsförmåga är förhållanden som ger trygghet (Gustavsson m fl 1998), inflytande, delaktighet och socialt stöd (Karasek och Theorell 1990, Starrin 1997). I flera studier (Svenning 1993, Hane 1999) har man beskrivit att individen upplever sig kränkt eller illa hanterad, delvis om en konsekvens av att rehabiliteringsaktörerna ej haft förenliga mål, delvis om en konsekvens av bristande socialt stöd och små möjligheter för individen att vara aktivt delaktig i sin rehabilitering. I en situation där man saknar tillit blir benägenheten (motivationen) att medverka i en rehabiliteringsprocess hämmad. Ett problem idag är att individens möjligheter att använda sina resurser begränsas av de strukturella förutsättningar som styr rehabiliteringsa-

ktörerna under en rehabiliteringsprocess (Svenning 1998, Hane 1999).

Arbetsplatsens betydelse under rehabiliteringsprocessen

Anställda som till följd av olika symptom eller besvär under en period inte kunnat uppfylla sin roll på arbetsplatsen eller som haft upprepade kortare sjukperioder, kan uppfattas som "mindre önskvärda" på arbetsplatsen eftersom de är mindre produktiva eller oregelbundet frånvarande. Försök till återgång i arbete efter rehabilitering kan återuppväcka negativa attityder och förväntningar från kollegor och arbetsledare, dvs det utvecklas krafter emot individens återgång. Dessa krafter riskerar i sin tur att främja ett återfall hos individen.

Det finns inte mycket forskning gjord om samband mellan arbetsplatskulturen och dess betydelse för rehabiliteringsverksamhet. Viss vägledning kan man få av en intervjustudie som genomfördes av Edlund m fl (1998). Utifrån intervjustvaren gjorde man en uppdelning av arbetsgivare i fem typer, varav två bedömdes som välfungerande och tre som mindre välfungerande avseende förhållningssätt till arbetsmiljö, sjukfrånvaro och rehabilitering. Det gemensamma för de välfungerande är att de har ett aktivt förhållningssätt i rehabiliteringsfrågor och en flexibel kommunikativ förmåga. Med detta menas att man förankrar och tillämpar policy, mål och strategier inom sin organisation, i en "bry-sig-om" kultur där arbetstagarna är en resurs som man har anledning att vårda. Inte minst är man öppen för att utnyttja lagstiftningen som ett stöd, och andra aktörer, såsom försäkringskassan, som en resurs i rehabiliteringsprocessen. Ett proaktivt förhållningssätt från arbetsgivaren där man ser och behåller sitt ansvar för sin per-

Arbetsgivarna brister i kunskap om hur man skall utveckla strategier och metoder för sin medverkan i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

nal, bedöms som fruktbar för att en framgångsrik arbetslivsinriktad rehabiliteringsprocess skall kunna genomföras.

Mycket tyder dock på att arbetsgivarna brister i kunskap om hur man skall utveckla strategier och metoder för sin medverkan i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Forskningen är också bristfällig i detta avseende. Traditionellt används arbetsträning som metod, vilket dock inte alltid innebär en aktiv medverkan från arbetsplatsen. Detta kan delvis förklara att enbart arbetsträning inte tycks ha någon påtaglig effekt på återgång i arbete (Arneson 2000). Arbetsledarna har en speciellt viktig funktion i rehabiliteringsarbetet bland annat genom sin möjlighet till aktivt socialt och emotionellt stöd och sin betydelse i att vara normgivande för arbetsplatsens förhållningssätt gentemot sina sjukskrivna (Hedin 1994). Svårigheterna för arbetsledarna att fylla denna funktion framgår emellertid av att förvånansvärt få intervjuade i en kvalitativ studie av personer med ryggbesvär berättade om att arbetsgivaren medverkat när det gällde återgång i arbete (Lagerström Östlund m fl 1998). Andra forskare har funnit liknande resultat (Svenning 1993, 1998, Hensing m fl 1997). Även arbetets innehåll har betydelse. Personer som har ett lågt arbetsinnehåll i termer av bristande stimulans eller små möjligheter till inflytande och utvecklingsmöjligheter har en sämre prognos för återgång i arbete efter sjukskrivning än de som har ett bättre arbetsinnehåll (Ekberg och Wildhagen 1994).

Hinder för att återgå i arbete är således inte begränsat till enbart individens faktiska symptom eller funktionshinder, i de flesta fall finns även andra hindrande faktorer som uppstår i interaktionen mellan individen och hennes yttre sammanhang. I praktiken är integrationen av rehabilitering, prevention och hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen ännu inte speciellt väl utvecklad och oftast begränsas insatserna till förändringar i de fysiska förhållandena på arbetsplatsen (Elo och Leppänen 1999).

Inre resurser

Många studier har visat att individens självförtroende, copingförmåga (Lazarus 1984), känsla av sammanhang (Antonovsky 1991), tillgång till social stöd och kompetens (Orth-Gomér och Perski 1999) och förmåga att känna empati (Jahoda 1958) är betydelsefullt för hennes hälsa och livskvalitet. En framgångsrik rehabiliteringsprocess måste därför inriktas på att utveckla dessa inre resurser hos individen, snarare än att hämma dem. Dessa inre resurser är nära relaterade till "empowerment", som enkelt beskrivet innebär att individen känner sig ha makt över eller bemästrar sin livssituation och vågar stå emot yttre tryck. Tillgång till information, förmåga att göra val, självförtroende och säkerhet är termer som tillsammans utgör komponenter av empowerment (Rogers m fl 1997). Att känna sig kompetent att klara sin livssituation utgör livskvalitet (Wennberg och Hane 1998), att känna sig sårbar, beroende, utlämnad till godtycke, innebär dess motsats.

Att utveckla individens empowerment bygger på en process som utgår från individen och hennes önskemål. Processen syftar till att öka förmågan och motivationen att effektivt ta ansvar för sitt liv och sin hälsa och att ut-

veckla strategier för att kunna bemästra omvärlden (Feste och Andersson 1995, ref. i Medin och Alexanderson 2000). Distinktionen mellan empowerment och paternalism tydliggör begreppets natur. "Empowerment, med en utgångspunkt i individen och hennes egen förmåga att bemästra omvärlden, ser individen som 'deltagare' i arbetet för hennes hälsa. Paternalism däremot är en handling från en yttre aktör som riktar sig mot individen för att gynna henne. ...Denna yttre aktör ser sig som bättre skickad att avgöra vilka handlingar som främjar en annan individs, eller grupp, bästa utifrån sina erfarenheter och kunskaper. Individen blir 'mottagare' för någon annans åsikt om vad som är bäst för hennes hälsa"(Medin och Alexandersson 2000).

Motivation

Framgångsrik rehabilitering antas ofta i hög grad bygga på att individen själv skall känna sig motiverad att "bli rehabiliterad" och, i detta sammanhang, att återgå i arbete. Anekdoter om att välmotiverade patienter presterar bättre i rehabiliteringsprogram och är mer framgångsrika i sin rehabilitering än de som är lågmotiverade är vanligt förekommande. Berglind och Gerner (1999) framhåller att motivation måste diskuteras dels med avseende på vilja till rehabilitering, dels med avseende på vilja till att återgå i arbete. Att vara motiverad att återgå i arbete innebär inte nödvändigtvis att man också är motiverad till att delta i de rehabiliteringsaktiviteter man blir föreslagen.

Att vara motiverad att återgå i arbete innebär inte nödvändigtvis att man också är motiverad till att delta i de rehabiliteringsaktiviteter man blir föreslagen

Det kan vara fruktbart att granska vilka omständigheter som hindrar patientens motivation och följsamhet. Begreppet motivation är emellertid ett svårfångat begrepp och det finns många olika teorier om vad som är eller skapar motivation hos individen. I detta sammanhang finns inte utrymme att diskutera mångfalden olika teorier om motivation. Det är väsentligare att diskutera konsekvenserna för individen av vilket synsätt på motivation som rehabiliteringsaktörer företräder.

Vissa teorier utgår från huvudsakligen "inre" individbundna faktorer, behov eller drivkrafter som motivationskälla (Maclean och Pound, 2000). Motivation anses ofta vara ett personlighetsdrag och brist på motivation hänförs därmed till inre faktorer hos individen. Flera studier (Talo m fl 1989, Clark 1978) har belyst den nära kopplingen mellan teorier om individualistiska motivationsfaktorer och moraliserande, ofta negativa, värderingar om individers beteenden. Detta innebär att om individen inte medverkar i föreslagna åtgärder beror det på "brister" hos henne. Med en personlighetsbaserad teori om motivation utsluter man att motivation eller följsamhet kan påverkas av de yttre omständigheter under vilka rehabiliteringsprocessen bedrivs och de mål som formuleras för rehabiliteringsarbetet.

Andra teorier fokuserar på det sociala sammanhang och de värderingar som dominerar i det sammanhang rehabiliteringsprocessen bedrivs. Om individen inte uppfattar de mål och värderingar som rehabiliteringsaktörerna ställer upp som relevanta eller vitala minskar individens motivation att medverka. Om individens egna synpunkter på rehabiliteringsarbetet inte uppfattas som värdefulla av aktörerna stimuleras inte heller motivationen. Överbeskyddande, som många gånger sker i välmening, innebär att individen hamnar i

Forskningen om motivation inriktas numera på att beskriva beteenden eller handlingar snarare än det teoretiska begreppet motivation i sig

underläge och leder till ökad passivitet. Till de faktorer som rapporteras ha en positiv betydelse för individens motivation är tydliga och modifierbara mål i förening med ett förhållningssätt som inbjuder individen att ha synpunkter och vara delaktig. Vad man lägger i begreppet delaktighet kan emellertid i praktiken variera från information eller samtal om rehabiliteringsarbetet, möjligheter att ge synpunkter på rehabiliteringsarbetet till att det skapas förutsättningar för aktiv påverkan och delaktighet från den försäkrades sida. Andra betydelsefulla faktorer är acceptans för individuella idiosynkrasier, respekt för individens värdesystem i teori och praktik, socialt stöd (Maclean och Pound 2000, Resnick 1996) samt tillgång till information.

Forskningen om motivation inriktas numera på att beskriva beteenden eller handlingar snarare än det teoretiska begreppet motivation i sig. Betydelsen av yttre förutsättningar lyfts fram. Enligt den s k goal-setting teorin (eng. goal= mål, setting= att sätta), som är en av de dominerande motivationsteorierna, leder specifika, svåra mål regelmässigt till bättre prestation är lätta mål, allmänna och diffusa mål eller inga mål alls. Ellström (1992) formulerar det som att uppgiften skall innebära något av en utmaning för individen. Häri inbegrips komplexitet, utrymme för individen att själv påverka formulering av uppgifter och mål, att välja arbetsmetod och att kunna värdera resultatet av sina ansträngningar. Goal-setting är mest effektivt om man får feedback som gör att man kan utvärdera om man är på

rätt väg mot målet. En förutsättning för att uppställda mål skall påverka individens prestation är således att individen själv har accepterat målet och under processen fortsätter att göra detta. Detta stämmer väl med studier som visar att om individen har egna förväntningar eller mål om att kunna återvända till sitt arbete påverkas prognosen positivt (Carosella et al 1994).

Berglind och Gerner (1999) diskuterar motivation från ett handlungsteoretiskt perspektiv. Enligt detta perspektiv är tre omständigheter grundläggande för individens beteende: vad individen vill, vad individen tror sig kunna klara, och slutligen vad individen tror sig kunna få för arbete. Den sjukskrivnes egna uppfattning vid början av sjukskrivningen visade i deras studie samband med återgång i arbete inom två år. Studien visar också betydelsen av att kunna utveckla en realistisk bild av sin förmåga och av sina möjligheter i arbetslivet. Felaktig uppfattning och bristande tro på sina egna resurser ger negativa effekter på motivationen. Resultaten understryker betydelsen av regelbunden feedback och kommunikation under rehabiliteringsprocessen för att den försäkrade skall kunna få en relevant bild av sitt handlingsutrymme och sin förmåga.

Motivation kan inte ses lösryckt ur sitt sammanhang. Att bli motiverad till att återgå i arbete, i enlighet med arbetslinjen, innebär i princip att individen själv måste värdera återgången som ett viktigt mål och att "sammanhanget" ger motiv och handlingsmöjligheter för detta. Rehabilitering och hälsofrämjande

Felaktig uppfattning och bristande tro på sina egna resurser ger negativa effekter på motivationen

Individens mål kan vara föränderliga över en tidsperiod

processer kan således beskrivas som en process som bygger på att det yttre sammanhanget stimulerar, utvecklar och stödjer de inre resurser som krävs för att öka individens handlingsförmåga. Ökad handlingsförmåga innebär i sin tur att individen får resurser att påverka i sitt yttre sammanhang, om detta är väsentligt för att utveckla eller uppnå sina vitala mål.

Mål

Individens mål kan vara föränderliga över en tidsperiod. I en rehabiliteringsprocess är det rimligt att anta att en sådan föränderlighet äger rum, initialt kan t ex att "bli smärtfri" upplevas som ett vitalt mål. Över en tidsperiod kan målen förändras till "att kunna arbeta trots smärta", eller "att lära nytt" eller att förändra i sina yttre förhållanden i något avseende.

Vissa former av rehabilitering, t ex stresshantering, smärthantering och kognitiv beteendeterapi, fokuserar på att öka individens förmåga att hantera påfrestningar eller smärta på ett sådant sätt att även andra mål kan utvecklas. Härigenom får individen större möjligheter att bemästra påfrestande situationer, d v s man kan säga att man i någon bemärkelse stärker individens inre resurser så att hon kan utveckla sina mål. Metoderna innebär emellertid inte i sig att man förändrar de förhållanden som förosakat smärta, utan snarare att individen själv interagerar med dessa förhållanden på ett annorlunda och mer hälsofrämjande sätt. Samma yttre förhållanden skapar förändrade inre reaktioner hos individen. Detta leder i sin tur till att upplevelsen av påfrestning eller belastning minskar.

Ångest och rädsla kan leda till att man undviker t ex att röra sig eller att pröva att återgå i arbete. Linton (2000) menar att rädsla/undvikande är en viktig faktor som hindrar återgång i arbete, liksom negativ självvärdering och stress.

De mål som uppställs i en rehabiliteringsprocess definieras ofta av samhällets aktörer. I detta sammanhang är återgång i arbete det övergripande målet men olika delmål kan utvecklas under rehabiliteringsprocessens gång. Om flera olika aktörer är involverade kan de uppställda målen bli motstridiga för den enskilda individen (Lindqvist 1998). De mål som då kommer att dominera, ur individens synpunkt, kan variera efter vilka behov som i första hand behöver tillgodoses, t ex försörjning. Om målen för rehabiliteringsprocessen är realistiska ur individens perspektiv förbättras prognosen för framgång (McIntosh m fl 1995). Exempelvis är återgång till ett oförändrat arbete eller till arbete överhuvudtaget, inte primärt ett realistiskt eller ens önskvärt mål för alla. Praxis leder ibland till att den enskilde individen i alltför hög grad måste lägga tid och kraft på att bevisa att man är sjuk, för att få intyg som säkrar försörjningen ytterligare en tid. Samhällets ansvarspraxis leder därmed till att man fokuserar på sjukdom, snarare än hälsa (Svenning 1993, Hane 1999). Lika allvarligt är att denna situation inte befrämjar individens möjligheter att mobilisera egna, psykosociala resurser, eller att utveckla sin handlingsförmåga i den egna rehabiliteringsprocessen.

Individens handlande formas i hög grad av de begränsningar och möjligheter som den aktuella omgivningen erbjuder (Ellström 1992). Det individen gör beror, med andra ord, i hög grad på interaktionen med omgivningen, genom successiva anpassningar till förändrade

Rehabiliteringsprocessen måste ges tid och bygga på feedback och kommunikation

omständigheter. Forskningen visar att mål ofta är inkonsistenta och vagt formulerade, att mål ofta förändras och omtolkas. Under en rehabiliteringsprocess är det rimligt att mål utvecklas stegvis och anpassas till den enskilde individens specifika förutsättningar och behov. En rehabiliteringsprocess tar tid, de individuella målen bör kunna revideras successivt av den berörda individen. Målen konkretiseras, formas och omformas under själva handlandet beroende på situationens krav och omständigheter. Lärande och utveckling sker i hög grad genom att man i efterhand reflekterar över handlandet och dess konsekvenser. Detta innebär att rehabiliteringsprocessen måste ges tid och bygga på feedback och kommunikation.

Hindrande och främjande faktorer för förändringsprocesser

Utifrån den hittills förda diskussionen är det möjligt att dra slutsatser om några betydelsefulla förhållanden för att en rehabiliteringsprocess skall bli framgångsrik. Dessa faktorer är generella i den bemärkelsen att de är giltiga oberoende av vilken eller vilka rehabiliteringsmetoder som används i rehabiliteringsprocessen.

Individens handlande beror i hög grad på hur samspelet med omvärlden utvecklas. Arbetsplatsen, rehabiliteringsaktörerna, hälso- och sjukvården och den egna sociala situationen utgör tillsammans det yttre sammanhang i vilket den försäkrade befinner sig. Detta yttre sammanhang kan skapa olika möjligheter, hindra eller underlätta, för individen att

aktivt agera för att kunna återgå i arbete. Stöd, möjligheter till delaktighet och reellt inflytande är väsentliga ingredienser för att skapa trygghet för den försäkrade i rehabiliteringsprocessen, medan otydlighet, bristande stöd, motstridiga eller oklara beslut och ett styrande förhållningssätt leder till att individens tro på sig själv och sin handlingsförmåga hämmas. Det yttre sammanhanget kan således skapa grogrund för en positiv utvecklingsprocess för individen, men kan lika lätt driva in henne i en negativ och uppgiven situation där sjukrollen riskerar att vidmakthållas.

Acceptans och respekt är nyckelbegrepp under en rehabiliteringsprocess. Utsatta individer, som det vanligtvis är fråga om i dessa sammanhang, har ofta svaga psykosociala resurser i termer av självförtroende, copingförmåga, tro på att kunna påverka och de har många gånger ett bristfälligt socialt stöd. Dessa faktorer, som är betydelsefulla för att individen skall våga eller vilja gå in i den förändringsprocess som rehabilitering utgör, kan stärkas och utvecklas om de yttre förutsättningarna stimulerar detta.

Det yttre sammanhanget har således betydelse för att individen skall kunna mobilisera och utveckla sina egna, inre resurser. Förmåga att hantera påfrestningar, copingstrategier, social kompetens, tro på sig själv och sin handlingsförmåga är väsentliga ingredienser för den försäkrades möjlighet att aktivt vara delaktig i en målinriktad rehabiliteringsprocess. Att arbeta i grupp främjar sociala relationer och nätverk och hjälper människan att hantera de krav och stressorsaker som hon möts av (Edvarson Stiwne 1992). Att skapa sociala arenor är därför en viktig förutsättning i en rehabiliteringsprocess, medan utanförskap i sig är en allvarlig riskfaktor för ohälsa.

En förutsättning för att rehabiliteringsmå-

len skall påverka individens handlande är att individen själv har accepterat dem, eller helst själv har formulerat dem och att hon successivt ges möjlighet att värdera resultatet av sitt handlande (feedback). Det är därför angeläget att det tillskapas målrelaterade kommunikationsprocesser där individen i samverkan med rehabiliteringsaktörer successivt kan utveckla sin benägenhet att pröva nya, lagom utmanande mål. Rehabiliteringsprocessen blir härigenom en förändringsprocess där individen själv har inflytande och kontroll.

Nya roller för rehabiliteringsaktörer

Att se rehabiliteringsprocessen som en förändringsprocess ger en utmaning för rehabiliteringsaktörerna i att skapa stabilitet för de berörda individerna under förändringsprocessen. Att leda förändringsarbete ställer krav på att man kontinuerligt skapar överblick och kontinuerligt övervakar och kommunicerar information under processen. En förändringsprocess där andra personer är berörda och subjekt i förändringsarbetet ställer också krav på att dessa personer är aktivt involverade och delaktiga i ordets djupaste betydelse.

Keep (1999) identifierar följande faktorer som vanliga hinder för en framgångsrik förändringsprocess:

- Bristande fokus
 - Bristande förmåga att prioritera
 - Bristande visioner eller framtidsperspektiv
 - Bristande projekt- eller aktionsplanering
 - Bristande delaktighet bland deltagarna
- Framgångsrika förändringsprocesser bygger å andra sidan på
- Diskussion
 - Delaktighet
 - Reflektion
 - Adekvat tidsplanering och planering av resurser

Samhällets aktörer, framför allt de handläggare som aktivt arbetar med de försäkrade, får med detta synsätt en annan roll än den som man tillämpar idag. Deras uppgift blir att leda förändringsarbete med individer som under rehabiliteringsprocessen i hög grad själva arbetar fram sina mål och utvecklar strategier för att nå dessa mål (Ekberg och Svedin 1998). Man minskar härigenom den ojämlika beroendeställning som många individer befinner sig i gentemot samhällsaktörerna. Det innebär också att handläggarna slipper att tillgodose sina egna behov av att "lyckas" med sina klienter genom att driva igenom förslag som den berörda individen ej är motiverad att medverka i (Berglind och Gerner 1999).

Att leda förändringsprocesser ställer krav på att man har god och relevant kunskap om det område som förändringsprocessen syftar till. Evidens-baserad rehabilitering är ännu inte ett väletablerat begrepp. I princip innebär det att man ställer frågan "hur vet du att det du gör fungerar?" Svårigheterna i att arbeta utifrån evidens-baserad kompetens visar sig bland annat idag i den problematik handläggarna ställs inför i selektionsprocesserna. Vilka skall få arbetslivsinriktad rehabilitering och vilken form av rehabilitering skall man föreslå? De kunskapsbaser man har att tillgå omfattar dels systematisk forskning, dels klinisk expertkunskap, kliniska bedömningar av patienter och patienternas preferenser (Bury 1999). I dagsläget finns ej någon stabil och entydig vetenskaplig bas för evidens-baserad arbetslivsinriktad rehabilitering. Men även om forskning inte alltid visat att intervention är

I dagsläget finns ej någon stabil och entydig vetenskaplig bas för evidens-baserad arbetslivsinriktad rehabilitering

effektiv innebär detta inte att det finns evidens för motsatsen. I många fall saknas helt enkelt forskning eller den har inte varit av sådan kvalitet att man kan dra säkra slutsatser om kvalitet och resultat. Här finns således ett stort utvecklingsbehov.

Uppföljning inriktas på att besvara frågor om målen för verksamheten uppfylls och bygger på kontinuerlig monitorering av verksamheten. De kriterier som Materson presenterar (1997, ref. i Åberg 1998) är användbara för att granska process och utfall i rehabiliteringsarbetet ur ett kvalitetssäkringsperspektiv:

- Individens roll och funktion, t ex inflytande, motivation, förståelse av processen och målet.
- Aktörens värderingar, t ex mänsklighet och känslighet, respekt för individens behov, information.

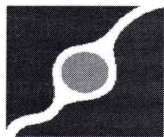
- Det yttre sammanhanget för rehabiliteringsprocessen, t ex samordningen av olika åtgärder mellan olika aktörer, åtgärdernas omfattning.

- Ansvar och etik, t ex målinriktning av insatserna och effektivitet, hantering av kritik och förslag.

Nya roller för rehabiliteringsaktörerna ställer även krav på nya former av kompetens. En angelägen uppgift blir att utforma utbildningsprogram som gör det möjligt för handläggare att hantera de nya förutsättningar och krav som kan komma i deras yrkesroll.

Tack till utredare Hanna Arneson, Rikscentrum för Arbetslivsinriktad Rehabilitering, som har gett värdefulla synpunkter.

För referenslista hänvisas till författaren.



**FÖRSÄKRINGS
MEDICINSKT
CENTRUM**

Försäkringsmedicinskt centrum erbjuder...

- ◆ **Försäkringsmedicinska utredningar**
- ◆ **Arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar**

...med hög kvalitet!

Vi finns i Nynäshamn och Tranås.

För information - kontakta vår kundservice!

Tel: 0140 - 385 300

e-post: kundservice.fmc@fk05.sfa.se