

# Exempel på motsägelsefulla tankefigurer i samhällets praxis när det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering

Monica Hane

Bengt-Åke Wennberg

Sommaren 1998 fick Samarbetsdynamik AB uppdraget av Folkhälsovetenskapligt Centrum i Linköping att inom ramen för projektet *Kvinnors hälsa och samverkan* beskriva den samverkan som idag uppstår inom området arbetslivsinriktad rehabilitering. Analysen fokuserar inte på skillnader i regelverk eller mål för olika aktörer utan man försöker se rehabiliteringsprocessen i en gemensam kontext och lyfta fram de underliggande - men ibland motsägelsefulla - tankefigurer som tycks forma aktuell praxis.

Monica Hane är docent i tillämpad psykologi och Bengt-Åke Wennberg är civilingenjör och organisationskonsult. De driver tillsammans Samarbetsdynamik AB som är ett privat forskningsinstitut kring frågor som rör samverkan i komplexa sociotekniska system.

Samarbetsdynamik AB är ett privat forskningsinstitut kring frågor som rör samverkan i komplexa sociotekniska system. Sommaren 1998 fick vi uppdraget av Folkhälsovetenskapligt Centrum i Linköping att inom ramen för projektet *Kvinnors hälsa och samverkan* beskriva den samverkan som idag uppstår inom området arbetslivsinriktad rehabilitering. Beskrivningen baserades på enskilda samtal med 6 kvinnor som på olika sätt var eller hade varit föremål för rehabiliteringsinsatser och på samtal med 11 aktörer med

samhällets uppdrag att på olika sätt och i olika organisationer medverka i och stödja denna rehabilitering tillbaka till arbetslivet.

De 6 kvinnorna hade alla tidigare arbetat inom sektorn vård och omsorg i yrken som barnskötare, som undersköterskor eller som ekonomibiträden. De 11 aktörerna bidrog till berättelsen med sina respektive "hemmaperspektiv". En var handläggare vid en personalavdelning, några var verksamma inom primärvården, några var tjänstemän inom Försäkringskassan, en person var utredningskonsult inom Arbetslivstjänster och en person ledde ett projekt med syfte att utveckla en kompletterande tjänst som stöd i rehabiliteringsarbetet. Just dessa personer valdes därför att just deras erfarenheter av rehabiliteringsarbete tillsammans kunde förväntas ge en för det fortsatta arbetet i projektet tillräckligt allsidig bild av hur processen fungerade. Samtalen med dessa 17 personer finns dels dokumenterade i en intern projektrapport (Hane 1998) och dels i en överarbetad version i Samarbetsdynamiks egen rapportserie (Hane 1999). Samtliga medverkande har givit sitt tillstånd till att referaten från samtalen sprids och används på dessa sätt.

## Rehabilitering ur ett systemperspektiv

Ett sociotekniskt system kan beskrivas utifrån minst tre olika nivåer. En första nivå behand-

lar de förutsättningar som gäller för systemet och beskriver förhållanden och samband som är för handen men som inte kan vara annorlunda än de är. De medverkandes ålder, kön, födelseort och yrkesbakgrund är exempel på sådana variabler. Genom att känna till dem allt mera i detalj kan aktörerna i systemet allt bättre anpassa sig till dessa "naturlagar" och i sina aktiviteter ta höjd för dem. De kan emellertid inte ändra själva skeendet genom att förändra dem.

En andra beskrivningsnivå berör de förhållanden som introducerats i systemet genom människors beslut. Tillgången till teknik, budgetramar och organisatoriska ansvarsgränser är av denna karaktär. Goda analyser av hur dessa förhållanden underlättar respektive försvårar för de enskilda människorna i systemet att gemensamt åstadkomma det de önskar ger underlag för beslut att förändra sådant som regelverk, rutiner och fördelning av resurser. Dessa förhållanden kan alltså - åtminstone i princip - förändras genom nya beslut om dem i de sk beslutande organ som finns. Genom olika typer av förankringsprocesser ökar sannolikheten att aktörerna i systemet finner besluten relevanta och legitima.

I detta projekt har vi emellertid för avsikt att beskriva skeendet utifrån en tredje beskrivningsnivå dvs den process som uppstår genom att de i systemet aktuella personerna faktiskt väljer att göra det de gör. En utgångspunkt för studien är således att olika system självfallet medger olika mycket handlingsutrymme. I alla sociala system finns ändå alltid ett visst utrymme för subjektiva bedömningar både när det gäller tolkningar och egna val. Dessa subjektiva bedömningar kan visserligen begränsas genom yttre åtgärder och hot men de arbetsorganisatoriska strategier som

nu vinner mark går entydigt i riktning mot att i stället försöka öka utrymmet för situationsanpassning och en sk evolutionär planering där man löpande kan ta hänsyn till utfallet av tidigare insatser. Målet för verksamhetsutvecklingen är numera att undvika en begränsande styrning och i stället produktivt utnyttja aktörernas omdöme att i varje unikt fall utnyttja de resurser som finns på ett optimalt sätt.

Vi har i detta fall valt denna tredje beskrivningsnivå på grund av vår tidigare forskning och tidigare analyser av liknande samverkansfenomen. Vi har således i våra studier funnit att man ofta tillskriver de yttre omständigheterna och beslutsfattarna en orealistiskt stor begränsande makt. Våra studier har istället visat att den stora svårigheten tycks ligga i att berörda personer inte tillräckligt ofta reflekterar över sina val och sitt faktiska handlingsutrymme och de konsekvenser för den totala processen som deras bedömningar och val av handlingsalternativ innebär. Utvecklingen av mer "flyt" i processen kräver således enligt vår erfarenhet en betydligt djupare kunnskap hos respektive aktör om det totala rehabiliteringssystemets funktion än man har i dag.

Det önskvärda "flytet" i rehabiliteringsprocessen kan således enligt vår analys först uppnås om processen stabiliseras genom att aktörerna självständigt förmår samordna sina insatser med varandra. I ett väl fungerande rehabiliteringssystem är således befintliga regelverk och aktuell praxis hela tiden i samklang med varandra och också kongruenta med de nya erfarenheter som hela tiden vinnas i verksamheten. Stabiliteten och därmed också

---

---

*Man tillskriver ofta de yttre omständigheterna och beslutsfattarna en orealistiskt stor begränsande makt*

---

---

produktiviteten bygger på en ständig kommunikation om nya upptäckter om systemet, om revideringar av vad som upplevs vara en önskvärd riktning och om annalkande faror som någon tycker sig se. Vår avsikt med studien var således att belysa rehabiliteringsprocessen ur ett systemperspektiv på den tredje nivån. Syftet med en sådan belysning är att försöka upptäcka vilka svårigheter, störningar, motsägelser och andra fenomen som uppkommer i deltagarnas försök att stabilisera systemet och göra det produktivt också på denna nivå eller var i systemet en bristande insikt om dess funktion medför att man motverkar och blockerar varandra.

#### METOD

Metoden är en för ändamålet anpassad variant av vad som nu allt oftare kallas ett utforskande partnerskap (Wennberg, Hane 1998; 2000). Den tredje systemnivån kan inte beskrivas enbart med individuella upplevelser. Den måste emellertid utgå från individuella berättelser som belyser den samverkan – dvs ett fenomen på kollektiv nivå – som uppstår genom att man gör som man gör inom området arbetslivsinriktad rehabilitering. Varje intervju blir således ett bidrag till den processkarta som beskriver systemets funktion. Varje intervjuad har både godkänt sin intervju och haft möjlighet att ställa sina egna utsagor i relation till den gemensamma processkartan. De har också inbjudits att delta i en diskussion av materialet även om få just vid detta tillfälle hade möjlighet att delta. Det bör således påpekas att varken de individuella beskrivningarna eller beskrivningen av systemet är svar på ställda intervjufrågor. Processkartan är den bild som vi tycker har visat sig för oss genom samtalen och när vi läser de 17 olika berättelserna.

#### Urval och fokusering

I denna studie har vi således studerat 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.

Insatserna har därvid följt de lagar och bestämmelser som funnits. 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 också 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 även ett entydigt vetenskapligt stöd för att de anställda som lyckas ha kvar sin kontakt med den gamla arbetsgruppen är de som så småningom återvänder till arbetslivet. Detta är den statistiska bild som lagstiftarna utgått från och som motiverar att ett stort ansvar läggs på arbetsgivaren.

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. Redan i samband med att någon behöver upprepade sjukskrivningar skall det aktuella rehabiliteringssystemet, bestående av

en mängd olika instanser som skall samverka, sättas i funktion.

Sex olika kvinnors beskrivningar kan tyckas vara ett alldeles för litet material att utgå från för att studera ett sådant komplext system. Vår 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.

## RESULTAT

Alla 17 berättelserna återfinns i sin helhet i grundrapporterna. I detta avsnitt redovisar vi - egentligen bara som exempel - några av de mångtydligheter och motsägelser som visade sig genom samtalen och som vi menar är sådana teman som skulle behöva belysas ytterligare. De tvetydigheter och motsägelser vi här lyfter fram anser vi således inte beror på brister i enskilda handläggares bedömningar. De är i stället utifrån vår erfarenhet exempel på motsägelser som finns inbyggda i den praxis som tillämpas.

### **Praxis som förstärker ovissheten och otryggheten**

Hälsa främjas genom trygghet och självkänsla. Alla 17 berättelserna visar dock - trots sina olika utgångspunkter och positioner - att den grupp kvinnor som fokuseras i projektet le-

---

---

*Man uttrycker en känsla av att de alldeles på egen hand måste känna till och kunna bevaka sina rättigheter*

---

---

ver 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. Det upplevs också finnas många "fallor" i våra olika trygghetsförsäkringar som gör att tillfälligheter och att man själv inte var tillräckligt uppmärksam och insatt i systemet 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.

"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" .

### **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 de 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 anser sig ha 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.

### **Praxis som förstärker beroendet av "systemet"**

Praxis innehåller många aktiviteter som uttrycker en misstro mot den enskilde. 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".

### **Många 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 experter 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 - av lagstiftarna tvingas ta sig den tiden "bara för min skull".

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.

### **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. De flesta som här berättar

tat "sin historia" visar också bilden av en i början ganska passiv arbetsplats. Efterhand som symtomen 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 på-talar ofta att de mycket väl förstår sina arbetskamraters frustration - även irritation - eftersom dessa på grund av en funktions-begränsad 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 välkom-men på arbetsplatsen - även om inte alla mött kommentaren "det vore bättre med en frisk heltidare". Man känner sig som ett "problem som är svårlost", 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 kän-ner 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 tjänst man har haft i arbetslaget. Eftersom detta faktum inte diskuteras öppet blir också relationen till arbetskamrater och chefer falsk - tystnaden breder ut sig och båda parter försöker skydda den andres ansikte vid olika typer av planeringsmöten. De allt mera "slimmade och figursydd" arbetslagen med eget totalt eko-nomiskt 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 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, menings-fulle "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 ar-betsledare som nu fått ansvar för att bevaka de anställdas hälsa och ta initiativ till stöd-jande rehabiliterande insatser kanske gör en sådan rehabiliteringsplan för första - och kan-ske 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 verkli-gen 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.

De sex kvinnornas berättelser visar också hur det omfattande utredandet innebär att man först efter flera år officiellt tillåter sig att kon-statera att den aktuella arbetsgivaren verkli-gen har försökt men misslyckats med att finna ett lämpligt annat arbete inom sin verksam-het. 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 möj-ligheter att hitta ett anpassat arbete, bara le-der ändå längre in i en återvändsgränd. Den nu tillämpade praxisen - väl tänkt utifrån vet-

skapen 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.

## DISKUSSION

Redan de enskilda samtalen med 17 erfarna aktörer (Hane 1998; 1999), som vi redovisat och som vi här summariskt sammanfattat, ger en mycket rik belysning av alla de beroenden som finns mellan olika aktörers handlingar i den synnerligen komplexa process som kommit att kallas arbetslivsinriktad rehabilitering. Samtalen speglar också de hindrande kopplingar som enligt de olika aktörerna finns mellan de olika beskrivningsnivåerna. Vi kommer här, när vi tolkar resultatet, att ta fasta på den aspekt som fått störst betydelse för vårt eget fortsatta arbete med samverkansfrågor, nämligen den pedagogiska utmaning som följer av insikten att en effektiv samverkan förutsätter att alla berörda aktörer förstår den metodologi som tillämpas av de andra aktörerna inom systemet. Studien visar att om de argument och resonemang man som medaktör möter i samtalen med andra aktörer i kedjan av rehabiliteringsaktiviteter förefaller främmande, obegripliga och motsägelsefulla uppstår störningar och distansering snarare än det flyt i processen som är tecknet på en ökad kollektiv kompetens (Hansson 1998).

Sett ur detta perspektiv anser vi att studien visar att det är mycket betydelsefullt att de aktörer som medverkar i rehabiliteringsprocessen förmår att beskriva sina arbetsmetoder för övriga aktörer från andra berörda organisationer på ett sådant sätt att man gemensamt kan se vilka olika intentioner man utgår från, vilka grundantaganden som skiljer mellan olika sfärer och vilka olika kunskapsbaser som man refererar till. Detta förefaller för oss vara en väg med betydligt större potential än att ytterligare en gång konstatera att man har olika mål och styrs av olika regelverk. Genom att bättre förstå de andras metoder - varför de gör som de gör - kan var och en bättre utnyttja sitt eget handlingsutrymme för att medverka optimalt till det gemensamma resultatet. Okunskap om varandras metodansatser leder både till att förtroendet för medaktörerna i systemet minskar och till risken att man - trots goda avsikter - bara medverkar med "björtjänster".

Studien pekar också på betydelsen av att processen även involverar patienten/klienten. De arbetsmetoder som är aktuella inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen förutsätter i allmänhet att föremålet för omsorgen den sk klienten, patienten, den försäkrade, medverkar medvetet och aktivt i de aktiviteter som föreslås. De 17 samtalen visar dock samstämmigt att denna potential inte utnyttjas särskilt väl utan att den samverkan som faktiskt sker lika ofta leder till att föremålet tappar sitt självförtroende, förlorar fotfästet, blir mera otrygg osv och efter hand blir allt mindre kapabel att

---

---

*Genom att bättre förstå de andras metoder kan var och en bättre utnyttja sitt eget handlingsutrymme för att medverka optimalt till det gemensamma resultatet*

---

---

---

---

*Studien pekar också på betydelsen av att processen även involverar patienten/klienten*

---

---

medverka konstruktivt i sin egen rehabilitering. När patientens aktiva delaktighet inte kan upprätthållas blir lasset allt tyngre på de andra aktörerna. De får en allt svårare uppgift, som kräver allt större resurser. Om de trots allt får resurser, men använder dessa så som man alltid har gjort, gör detta problemen bara ändå större. Här uppstår den onda spiralen.

De berättelser vi hörde motsäger kraftfullt både att "bättre piskor" och "rödare morötter" skulle komma till rätta med denna destruktiva utveckling. Studien ger ingen anledning att tro att inte de anställda i varje organisation är väl förtrogna med sina egna arbetsmetoder. Studien ger heller ingen anledning att tro att några inte skulle hålla måttet eller att man i berörda verksamheter skulle behöva göra radikala omtänk. Den stora produktivitetssvinsten verkar inte ligga i ett internt förändringsarbete inom varje organisation. Den stora vinsten verkar ligga i att de andra i systemet inte i okunskap dränerar kraften i gjorda insatser. Systemet skulle sannolikt kunna uppvisa ett väsentligt bättre "flyt" om det var möjligt att åstadkomma ett gemensamt metodutvecklingsprojekt inom och mellan alla berörda offentliga verksamheter.

Den största potentialen med ett sådant metodutvecklingsprojekt verkar emellertid vara att patienten kan medverka effektivare genom att bättre förstå grunderna till den metod för tillfrisknande som han erbjuds. Patienten skulle därmed själv lättare kunna ta vara på alla de tillfällen som passerar, mobilisera alla sina resurser att åstadkomma det som eftersträvas och öva det som behöver övas i stället för att bara oreflekterat träna det

som föreskrivs. För att patientens egna resurser skall kunna realiseras på detta sätt krävs dock ett omfattande och samstämt metodutvecklingsarbete så att de metoder som idag erbjuds inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen blir gripbara - inte bara för de experter som nu tillämpar dem - utan också begripliga för alla de andra aktörer som genom sitt agerande skulle kunna mångfaldiga effekterna.

Vi hoppas att dokumentationen av de 17 samtalen skall kunna vara ett första steg i en sådan metodutveckling. Fortsatta dialoger kring detta material skulle både öka det aktuella kunnandet om varandras metoder och efter hand uppenbara den praxis som vidmakthålls av motsägelsefulla eller föråldrade tankefigurer om hur hälsan utvecklas och som därför måste revideras. De teman som dyker upp på detta sätt under samtalen behöver i sin tur bli belysta utifrån den nu aktuella forskningsfronten för att skapa en ny och bättre plattform för vidare samtal.

## REFERENSER

- Hane M (1998): Kvinnors Hälsa och Samverkan. Analys av rehabiliteringsprocessen. Projektrapport. Degerfors: Samarbetsdynamik AB
- Hane M (1999): Processer som slår ut respektive intergerar oss i arbetslivet. Samtal med 17 personer med erfarenhet. Abonnemangsrapport 73. Onsala: Samarbetsdynamik AB
- Hansson H (1998): Kollektiv kompetens - en studie av skicklig interaktiv handling. Avhandling. Göteborg: Bokförlaget BAS
- Wennberg B-Å, Hane M (1998): Focus Groups - både en arbetsform och en metod för datainsamling i ett utforskande partnerskap. Abonnemangsrapport 64. Onsala: Samarbetsdynamik AB
- Wennberg B-Å, Hane M (2000): Forskning för praktiker om praktiken. Om grunderna för vetenskaplig metod och om metoder på vetenskaplig grund. Abonnemangsrapport 78. Onsala: Samarbetsdynamik AB