

Sara Söderberg

Kvinnan som bar själen på
sin rygg

En ekonomisk och processmässig analys
av samverkan i Nacka kring personer med
rygg- nackbesvär

2000-03-20

Ingvar Nilsson, Eva Nilsson Lundmark & Anders Wadeskog

1. SAMMANFATTNING

1.1 Anslag

Inom ramen för bl.a. Välfärd i Nacka (VIN) genomförs sedan några år tillbaka ett rehabiliteringsarbete riktat mot den grupp av människor som har rygg- nackbesvär och där rehabiliteringsinsatserna behöver samordnas – **Nacka Rygg Nack projekt (NRNP)**. Ett av de centrala problemen i olika typer av samverkansprojekt är att kostnadsomfördelningar mellan olika aktörer är enkla att hantera på ett principiellt plan men betydligt svårare i praktiken. För den enskilde personer, framför allt de med komplicerade problembilder (multiproblempersoner), blir resultatet lätt att de hamnar mellan stolarna eller åker rundgång mellan olika aktörer.

Vi har fått i uppdrag av ledningsgruppen för Välfärd i Nacka samt styrgruppen för Nacka Rygg- Nack Projekt (NRNP) att genomföra **en ekonomisk konsekvensbeskrivning** av projektets verksamhet för att studera vilka **omfördelningseffekter** som uppstår, vilka **effektivitetsvinster** som kan uppstå till följd av samverkan samt föreslå **en utveckling av projektet**

Vår arbetsmetod bygger på en egenutvecklad datorbaserad samhällsekonomisk kalkylmodell (KALAS). Idén är att utgå från individuella vårdförlopp, vårdkedjor, samt att jämföra ett förväntat utfall med ett eller två tänkta referensalternativ - här **best case, middle case och worst case**. Därefter ställs de olika händelsekedjornas ekonomiska konsekvenser mot varandra. Konkret har vi tillsammans med en expertgrupp, i ett antal seminariesteg har mejslat fram de tre förloppen samt identifierat, kvantifierat och värderat (prissatt) deras ekonomiska konsekvenser. Vi använder oss av s.k. scenarioteknik för att skapa ett beräkningsunderlag . Det innebär att man bygger upp en tänkt person med en viss problembild – **Sara Söderberg** - som befinner sig i en viss social situation, på en konkret plats i kommunen etc. För denna person bygger man sedan upp ett eller flera tänkbara utvecklingsförlopp under ett antal år. Fallbeskrivning utgör en god syntes av "typiska fall" för det man vill studera.

1.2 Rehabiliteringsproblemet

Som en följd av det mönster vi mött har vi gjort en fördjupad beskrivning och analys av den rehabiliteringssyn som möter klienter med komplexa problem. Bilden är tämligen mörk. Det finns goda skäl att tro att den traditionella rehabiliteringsmodellen inte är särskilt framgångsrik då det handlar om komplexa ärenden. För det första försöker man ofta **tackla fel problem**. Man ger sig på en ofullständig problembild, eller de mer manifesta symtomen i stället för att ta sig an de underliggande orsakerna. För det andra har man **ofta ogenomtänkta, felaktiga eller i bästa fall orealistiska mål för vad man kan uppnå i ett sådant arbete**. Man kanske ska arbeta med helt andra mål än arbete och utbildning, eller man kanske ska införa helt nya mål som komplement till dessa. Slutligen finns det en stor risk att man inne i rehabiliteringssystemet använder sina resurser utan samordning och utan att skapa de synergieffekter som bör vara möjliga att uppnå. Risken är till och med stor att man (oavsiktligt) motverkar varandras insatser under rehabprocessen. På så vis får man **en**

ineffektiv resurs användning. Samtliga dessa tre effekter har blivit mycket tydliga i studien av Sara liv

1.3 Slutsatser

Vi har i denna rapport beskrivit rehabinsatserna vid Nacka rygg nackprojekt. Vi har kunnat se att vinsterna av projektet redan med dagens utformning är betydande. Man kan utan särskilt stor risk hävda att projektet är **utomordentligt lönsamt** för alla ingående parter; Sara, personalen, de berörda myndigheterna och samhället i stort. Vinsterna ligger i storleksordningen flera 100.000 kronor för varje individ vi med denna metodik lyckas få tillbaka till arbete. Lönsamhetstalen för en rehabinsatsning av den typ som finns i NRNP uppgår till flera hundra procent. Något annat alternativ än att permanenta eller utveckla projektet vore ur varje tänkbart rationellt perspektiv en obegriplighet. Vi kan också se att projektet redan idag har en **unik och utomordentligt medveten rehabiliteringssyn** som av allt att döma är **mycket framgångsrik**.

Men vi ser också att projektet trots detta lider av betydande svårigheter att lyckas ”hela vägen” bl.a. därför att den sista pusselbiten – arbetsmarknadsbiten inte är på plats. Detta leder till **onödigt många misslyckanden, hög frustration för de som arbetar i projektet och onödiga kostnader för samhället**. Det har för oss blivit mycket tydligt att bristerna i projektet främst handlar om att **sätta denna sista pusselbit på plats**. I den bästa av alla världar hade denna pusselbit på ett naturligt vis erbjudits från de arbetsmarknadspolitiska myndigheterna – AMI i första hand. Men så ser inte verkligheten ut. Därför är det angeläget att överväga om man kan hitta en annan lokal lösning på detta problem. Det mest naturliga vore om de aktörer som har mest att tjäna på en sådan lösning gemensamt finansierade en sådan funktion. Kort sagt; ställer medel till förfogande för att projektet ska kunna vidgas med en arbetsmarknadscoach. Lönsamheten av en sådan tilläggsinvestering uppgår sannolikt till 400-500% på en femårsperiod.

1.4 Förslag

Vårt förslag är därför att man från VIN tar initiativ till följande

- ?? ställ medel till förfogande för att anställa en **arbetsmarknadscoach** i projektet
- ?? ge projektet i uppdrag att genomföra en sorts ”**omstart**” och inleda arbetet med ett nytt och vidgat ryggbackprojekt (Atlas) och ge projektet **stöd** att genomföra denna omstartsprocess
- ?? inled en förnyad och **fördjupad uppdragsdialog** med det vidgade projektet kring uppdrag, målgrupp, nätverksrelationer, marknadsföring m.m. samt inta en mer aktiv och stödjande roll i det fortsatta ledningsarbetet och överväg hur **uppdraget till AMA i Nacka kommun** kan omformuleras så att ett tätare samarbete med NRNP kan utvecklas

1.5 The end of the beginning

Nacka ryggknackprojekt är ett utomordentligt spännande och intressant exempel på samverkan kring rehabilitering för en komplex målgrupp. Man har i sitt arbete kommit långt, mycket långt med att utveckla en metodik. Vi har i denna rapport visat de mekanismer som finns bakom denna problematik och effekterna av en framgångsrik samverkan. Vi har också föreslagit några åtgärder för att gå vidare med projektet. **Om man tar dessa steg är vi övertygade om att projektet kommer att gå från att vara framgångsrikt till att bli en succé, från att vara lönsamt till att bli ett klipp och från att ha varit innovativt och intressant till att bli unikt och ”marknadsledande”.**

2. INLEDNING

2.1 Vårt uppdrag

Inom ramen för bl.a. Valfärd i Nacka (VIN) genomförs sedan några år tillbaka ett rehabiliteringsarbete riktat mot den grupp av människor som har rygg- nackbesvär och där rehabiliteringsinsatserna behöver samordnas.

Ett av de centrala problemen i olika typer av samverkansprojekt är att kostnadsomfördelningar mellan olika aktörer är enkla att hantera på ett principiellt plan men betydligt svårare i praktiken. I brist på underlag fattar man beslut av gammal vana eller baserat på misstankar om hur kostnadsbilden ser ut för olika alternativ – ofta enbart med utgångspunkt i den egna budgeten. Okunskapen leder också lätt till misstänksamhet och obstruktion av samverkansmöjligheter. För den enskilde personen, framför allt de med komplicerade problembilder (multiproblempersoner), blir resultatet lätt att de hamnar mellan stolarna eller åker rundgång mellan olika aktörer.

Vi har fått i uppdrag av ledningsgruppen för Valfärd i Nacka samt styrgruppen för Nacka Rygg- NackProjektet (NRNP) att genomföra en ekonomisk konsekvensbeskrivning av projektets verksamhet.

Men utvärderingen ska inte bara syfta till att beskriva och förklara den verklighet som finns idag. Den ska också leda till att man i rygg- nackprojektet får idéer om hur samverkansarbetet ska kunna fördjupas och utvecklas.

2.2 Syftet med studien

Insatsen har några olika syften. För Rygg-Nackprojektet syftar den till att

- * ekonomiskt **utvärdera konsekvenserna** för ingående aktörer och myndigheter samt samhället i stort av att genomföra denna typ av projekt i jämförelse med alternativet att ”göra som vanligt”
- * med detta som grund stödja **verksamhetsutveckling av projektet** i riktning mot det vi i analysen kallar ”best case”
- * kunna använda detta underlag i **det externa projektarbetet** med att skapa förståelse för, insikt om, förankring av och finansiering för denna typ av projekt

Man kan sålunda säga att insatsen har haft en utvärderingsdel och en utvecklingsdel. För VIN är syftet vid sidan av de konkreta resultaten ovan att

- * **pröva en metod att utvärdera samverkan** för att se om den kan vara användbar i andra sammanhang
- * **skapa kunskaper och insikter** som kan användas i andra styrgrupper

- * få **stöd och argument** för det fortsatta arbetet i VIN, dvs. bl.a. att kunna påvisa att samverkan ofta kan vara en tämligen lönsam historia både för samhälle och individ

Man skulle kunna säga att fokus i vårt arbete har varit att för det första beskriva **konsekvenserna av en utebliven samverkan** kring denna målgrupp, för det andra **se hur samverkansvinsterna ska kunna hämtas hem** och för det tredje skapa en **process- och systemkunskap kring denna typ av projekt** där rehabiliteringens positiva effekter i stor utsträckning bygger på framgångsrik samverkan

2.3 Vår arbetsmetod

2.3.1 Tre scenarios

Vår arbetsmetod bygger på en egenutvecklad datorbaserad samhällsekonomisk kalkylmodell. Idén är att utgå från individuella vårdförlopp, vårdkedjor, samt att jämföra ett förväntat utfall med ett eller två tänkta referensalternativ - här **best case, middle case och worst case**. Därefter ställs de olika händelsekedjornas ekonomiska konsekvenser mot varandra.

Konkret går vi så tillväga att vi tillsammans med en expertgrupp, bestående av individer från alla berörda aktörer i ett antal seminariesteg har mejslat fram de tre förloppen samt identifierat, kvantifierat och värderat (prissatt) deras ekonomiska konsekvenser.

Vi använder oss av s.k. scenarioteknik för att skapa ett beräkningsunderlag. Det innebär att man bygger upp en tänkt person med en viss problembild, som befinner sig i en viss social situation, på en konkret plats i kommunen etc. För denna person bygger man sedan upp ett eller flera tänkbara utvecklingsförlopp under ett antal år. Fallbeskrivning konstrueras i samråd med de inom professionen verksamma. Den utgör inte sällan en god syntes av "typiska fall" för det man vill studera. Det skall kännas rimligt för professionella från andra kommuner eller landsting.

Metoden innebär en förenkling av verkligheten men skapar samtidigt tydlighet och fungerar som ett pedagogiskt tankeredskap. Resultatens begränsningar är beroende av hur väl man lyckats formulera själva scenarierna. Kravet på scenariot är utöver att **vara tydligt, begripligt, realistiskt och igenkännbart** också ska vara **så representativt som möjligt**.

Man skulle kunna säga att i stället för att skapa ett representativt stickprov, skapar vi en representativ person. Vi studerar denna persons liv med och utan rygg-nackprojektet under en femårsperiod och räknar fram de ekonomiska konsekvenserna. Detta sker genom att vi tillsammans med de verksamhetskunniga skapar tre olika scenarios för denna persons liv.

Vi arbetar tillsammans med relevant behandlings- handläggare- och vårdpersonal och vårdadministratörer både från kommun (konsumentvägledare & AMA), Fk, och landsting samt övriga berörda aktörer. Detta gör vi i ett antal seminariesteg, i detta fall fem stycken, i vilka arbetet gradvis avrapporteras. Gemensamt bygger vi upp bilden av de tre alternativa vård- eller livsförloppen för "Sara". Det är i högsta grad en interaktiv dialog- och samverkansprocess mellan oss och de inom verksamheten professionella.

2.3.2 Vårt tillvägagångssätt

Med beskrivningen ovan som grund har vår lokala expertgrupp och andra samarbetspartners i detta projekt hjälpt oss med följande

- * precisera, beskriva och i grova drag upprätta de tre scenariona
- * identifiera samtliga de aktiviteter som rimligen kommer att ske med anledning av diagnosen
- * fastställa och kvantifiera omfattningen av dessa aktiviteter
- * göra ett första försök att prissätta varje insats

Detta sammanställs därefter av oss i en första sammanhängande bild varefter denna bild trovärdighetstestas i form av ett gemensamt seminarium. Bilden revideras därefter och de olika aktörerna kompletterar sitt arbete, framförallt genom att ta fram mera exakta kostnader för varje aktivitet.

Detta sammanställs återigen till en preliminär slutbild som testas mot den professionella gruppen och slutrevideras. Sammanlagt genomförs fyra seminarier tillsammans med expertgruppen.

Det konkreta kalkylarbetet sker med hjälp av KALAS (Kalkyl och Analysmodell för Lokala Aktörers Samverkan) som är tillämpbar för att analysera både förvaltnings- och samhällsekonomiska konsekvenser av olika offentliga åtgärder där en eller flera lokala aktörer är involverade.

2.4 Rapporten i ett större sammanhang

Denna rapport har växt fram parallellt med ett likartad uppdrag i Södertälje Kommun som berört rehabilitering av personer med psykosociala arbetshinder¹. Under arbetets gång har det uppstått betydande korsbefruktningar mellan dessa två uppdrag.

Detta har lett till att delar av rapporttexten från Södertälje återfinns i denna rapport och vice versa. För dig som tidigare läst Södertäljerapporten återfinns i denna rapport textavsnitt som du kommer att känna igen, men i flera fall betydligt utvidgade och fördjupade.

Vi inleder den fortsatta rapporten med att förmedla förhistorien om Sara Söderbergs liv.

¹ Denna rapport heter Eva-Britt Larsson, en person med psykosociala arbetshinder och publicerade senhösten 1999. Rapporten går att återfinna i sin helhet på vår hemsida www.seeab.se

3. SARA SÖDERBERG LIV

Låt oss därför börja vår berättelse med att beskriva livet för vårt valda typfall – Sara Söderberg. En person som enligt vår expertgrupp kan anses vara typisk och representativ för en viss typ av patienter med rygg-nackbesvär. Vi inleder med att beskriva hennes uppväxt, tidiga vuxna liv och sjukdomsgenombrottet.

3.1 Förhistorien

Sara föddes på BB på Nacka sjukhus i början mars 1968 som barn nummer två i en syskonskara på tre. Föräldrarna var strävsamma och hårt arbetande. Pappan arbetade på Atlas Copco och mamman som lokalvårdare. Pappan drack lite för mycket kring helgerna. Mamman försökte och lyckades länge hålla samman familjen, inte minst ekonomiskt, genom att arbeta extra. Men ganska tidigt i Saras liv blev hennes mamma, Astrid, en ensamstående mamma p g a skilsmässa (1978, då Sara var tio år) boende i Boo. Hon vistades som liten mycket hos sin mormor, som till Saras stora förtvivlan gick bort i en hjärtinfarkt då Sara var 12 år gammal.

Sara växte upp med en hårt arbetande, stundtals frånvarande mamma. En mamma som i flera stycken var bitter över sitt liv. Hon började skolan 1975. Hon utmärkte sig inte särskilt under skoltiden. Hon strävade på, men lyckades aldrig få riktigt bra betyg. Hennes betygsutdrag visar övervägande treor med enstaka fyror och tvåor. Snittbetyget var 2.7. Hon var ointresserad av gymnastik, men ganska duktig i svenska och skulle kunnat ha högre betyg i fler ämnen om hon fått mer stöd hemifrån. Som så många andra flickor hade hon framtidsdrömmar; flygvärdinna eller sjuksköterska. Men det stannade vid drömmar. Kanske saknade hon förebilder. Det var synd, eftersom Sara egentligen var en ambitiös, pliktrogen och ganska strävsam ung tjej. Saras mamma förtidspensionerades vid 45 års ålder pga. förslitningsskador.

Efter grundskolan (1985) hankade Sara sig fram på diverse kortare vikariat som lokalvårdare och som utbildad vårdbiträde inom hemtjänsten.. Hon var vilsen och visste inte riktigt vad hon ville arbeta med. Hösten 1986 påbörjade hon en 10-veckors utbildning till sjukvårdsbiträde. Och detta var något som hon kom att tycka om. Arbetet passade henne verkligen väl. Efter utbildningen fick hon anställning inom hemtjänsten i Nacka kommun (januari 1987). Hennes arbetsplats kom att bli Sickla området.

Hon träffar under denna tid Erik. Dom blir ett par och lyckas skaffa sig en liten tvåa i Sickla. Ganska snart blir Sara gravid, vilket inte är planerat. Hon föder Pernilla en novembermatt 1989. Hon trivs med att få vara mammaledig. Det ger henne möjlighet att vara tillsammans med dottern och kanske vila ut efter några hårda år inom hemtjänsten. Eftersom hon egentligen aldrig varit särskilt intresserad av motion och idrott har arbetet slitit hårt på henne. Hon har på senare år inte heller haft tid att sköta om sin kropp och bli medveten om de trötthetssignaler den sänder henne varje dag efter ett tungt arbetspass. Mammarollen är något som hon helt går upp i. Hon är ganska huslig, bakar bullar gör storkok och syr gardiner osv. Hennes stora engagemang som mamma leder till att Erik känner sig alltmer utanför. Deras förhållande spricker (december 1990) och då deras dotter Pernilla är dryga året, flyttar Erik.

Hon kommer höra mycket litet av honom framöver. Han blir en i högsta grad frånvarande pappa.

Hon återgår nu (december 1990) i sin roll som ensam mamma, till sitt arbete inom hemtjänsten. Det är ganska tufft både praktiskt och ekonomiskt, men Sara är duktig på att kämpa. Trots det tunga jobbet och trots att hon rent fysiskt inte är i bästa form. December 1991 träffar hon på en dansrestaurang Magnus, en duktig byggnadssnickare. Ljuv musik uppstår och efter ett år (december 1992) flyttar dom tillsammans. Ett lite kärleksbarn, Carl Philip, föds augusti 1993. För Sara gör graviditeten och mammaledigheten att hon kan dra sig undan det krävande jobbet. Våren 1994 köper paret ett litet radhus – dom är ju billiga nu., tänker Sara.

Hon återgår i arbete augusti 1994 (två barn fem och ett år gamla) på grund av familjens ekonomi. Magnus har nu blivit arbetslös. En arbetslöshet som kommer att vara i sex månader och som anstränger den lilla familjen hårt både socialt och ekonomiskt

Men eftersom hon redan tidigare var ganska fysiskt svag, lämnar graviditeten efter sig starka spår i hennes fysik. Hon har till och från ont i ländryggen. Detta kopplar hon inte direkt till sin dåliga fysik, utan vill gärna få hjälp från någon utomstående. Hon går till en massör några gånger men tycker att det blir för dyrt.

Sara tycker att Magnus anstränger sig för lite för att få jobb. Och hon blir allt mer och mer trött på att vara den som håller samman familjen. Senhösten 1995 skiljer sig Magnus och Sara. Magnus flyttar och man är överens om att Sara ska ha ensam vårdnad om Carl-Philip som nu är drygt två år gammal. Trots detta är Magnus en engagerad och närvarande pappa som inte bara träffar sin son på veckosluten utan även mitt i veckorna. Skilsmässan leder till att Sara tvingas sälja radhuset med en liten men dock förlust. Hon bär med sig en skuld på 20.000 kronor som ska amorteras på tio år. Hon flyttar nu in i en hyreslägenhet i Boo.

3.2 Sjukdomsgenombrottet 1996 – vid 28 års ålder!!!

3.2.1 Något om förloppet

Sara har nu arbetat sedan augusti –94 i sitt arbete inom hemtjänsten. Hon blev väl mottagen av sina arbetskamrater som saknat en glad och hjälpsam arbetskamrat. Jobbet är tungt. Pernilla är nu sju år och Carl-Philip är nästan tre år gammal. Tidiga morgnar och sena kvällar. Dagistider att passa och dyra dagisräkningar att betala. Kvarvarande huslån från husförsäljningen tynger också. Det är stressigt och Sara brottas med att få ekonomin för sina lilla familj att gå ihop på en snålt tilltagen vårdbiträdeslön (11.590 per månad inkl obersättning plus barnbidrag och underhållsbidrag för de båda barnen). Aldrig det sociala, kan hon på insidan av sitt huvud höra hur det ekar från moderns läppar 20 år tidigare.

Hon trivs bra på sitt jobb. Men det är tungt och hon blir lätt överansträngd och utmattad. Helgerna är för Sara oftast en sorts återhämtningsperiod. En dag i maj 1996 när hon ska hjälpa till att lyfta en ovanligt tung strokepatient, Ragnar, ur sin säng, känner hon hur det knakar till i ryggen. Och sen blir det stopp. Det gör oerhört ont. Hon måste åka direkt hem. Nästa dag får en hon en akuttid på vårdcentralen i Boo. Två veckors sjukskrivning och

smärtlindrande tabletter blir receptet från den stressade vikarierande husläkaren. Kanske var det stressen kanske var det oförsiktigheten i lyftet, kanske var det Saras svaga rygg som blev den utlösande faktorn. Hon har i slutet av sina två graviditeter haft ländryggsbesvär som föranlett sjukskrivning. Varvid besvären lindrats av vila. Efter två veckors sjukskrivning börjar även denna gång besvären lindras men hon är ännu inte riktigt bra varför doktorn ger henne en ytterligare sjukskrivningsperiod på fjorton dagar och ordinerar vila. För honom är Sara ett rutinärende i mängden av patienter. Sara kan inte återgå till sitt tunga arbetet ännu är hans bedömning. Vila ordinerar. Detta gör Sara med besked – framför TV:n. Långa tysta sköna dagar då ungarna är på dagis. Hon slappnar av, får vila ut, känner hur både stressen och det ryggonda ebbat ut.

Hon kommer tillbaka till jobbet efter semestern men får redan efter några dagar så ont i ryggen att hon måste gå hem igen. Ny sjukskrivning i augusti månad på ytterligare en månad. Nu är det inte bara skönt. Det tär på ekonomin också. Saras marginaler är små. Hon får nu remiss till sjukgymnast. Två gånger per vecka i fem veckor. Där får hon olika smärtlindrande behandlingar. Sara är i sjunde himmeln av att bli ompysslad och behandlad. Det känns skönt för henne att få överlämna sig till proffs som kan fixa till hennes dåliga rygg säger hon till sina väninnor.

Hennes sjukskrivning förlängs i flera kortare perioder (september – oktober 1996) och hon blir ordinerad styrketräning som hon utför både hemma och hos sjukgymnasten. Eftersom hon nu har tid på dagarna (hon behöver ju inte gå till jobbet) kan hon satsa ordentligt på sin träning. Och det gör hon med besked. Hon överanstränger i ren oförsiktighet och till följd av sina höga ambitioner sin rygg på träningen.

Ekonomin i hennes liv börjar nu ta stryk. Hon mister 20% av sin bruttoinkomst under sjukskrivningsperioden. Ett inkomstbortfall som i nettotermer betyder 1.400 kronor per månad. Det är tufft för hennes redan ansträngda budget och de obetalda räkningarna läggs på hög. Ibland ligger hon och oroar sig strax innan hon ska somna för hur det ska gå. Då Elloskatalogen dimper ner i november handlar hon julgardiner på kredit för att pigga upp sig. Hon öppnar ett ICA-konto där hon sätter in matpengar för en månad då pengarna kommer från försäkringskassan. Hon känner sig duktig. I samma veva börjar det gnissla med Pernillas pappa som skaffat ny familj och inte bedöms kunna bidra till Pernillas försörjning på samma vis som tidigare. Sara känner sig bitter över sin finansiella situation..

Av många olika skäl återvänder hon nu (december 1996) till jobbet. Pengar, tristess, ryggen börjar bli bättre, hon saknar arbetskamraterna. Men nu har hon inte längre tid att sköta sin sjukgymnastik. Hon börjar slarva och det märks direkt. Många kvällar gråter hon av smärta då hon kommer hem från jobbet. Hon tar i så gott hon kan. Har lite svårt att be om hjälp och sätta gränser (Vem kan förresten ett vårdbiträde i hemtjänsten be om hjälp?).

3.2.2 1997 – pressen ökar

Ekonomin är efter sjukskrivningarna fortfarande inte ikapp. Då hon ska köpa vår- och sommarkläder till barnen dimper lägligt ner ett erbjudande om kredit på ett HM-kort. Eftersom hon har fast jobb och inga betalningsanmärkningar får hon ett sådant kort bara efter ett par dagar. Den mest akuta ekonomiska krisen förefaller vara löst.

Hon har nu varit tillbaka på jobbet några månader. Det är stressigare än nånsin. Man pratar om att hemtjänsten ska konkurrensutsättas. Det är många sjuka och få vikarier vilket ytterligare ökar pressen på dem som jobbar. Hon går till vårdcentralen på nytt (mars 1997) och ber att få bli sjukskriven på halvtid för att kunna ta hand om sin ryggräning. Hon blir det - men redan efter två veckor blir hon heltidssjukskriven (slutet av mars).

Från försäkringskassans sida undrar man över Saras sjukskrivning. Hon har ingen definierad "sjukdom". Det finns inget objektivt konstaterbart fel på henne rygg! Sjukgymnasten säger att hon har en svag muskulatur

Handläggaren på försäkringskassans rehabsida, Astrid, bedömer efter kontakt med försäkringsläkaren att Sara trots sina besvär kan återgå till ordinarie arbete. Det medicinska underlaget styrker inte att Sara är arbetsoförmögen till minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Försäkringskassan överväger att inte längre betala sjukpenning. Kommunikeringsbrev sänds till Sara

Sara känner sig oerhört kränkt och sårad. Dom tror att jag bluffar, säger hon en kväll när hon talar med sin mamma i telefon. Nu blir hon också på allvar orolig för sin försörjning. Aldrig det sociala ekar det i hennes huvud.

Åter på vårdcentralen (maj 1997) görs nu fördjupade undersökningar av henne för att man ska försäkra sig om att det ryggonda inte har att göra med symtom från allvarliga sjukdomstillstånd såsom cancer. Man tar blodprover och gör en slätröntgen av hennes rygg. Dessa undersökningar ger inga svar. För Sara är det som att stressen av att bli ifrågasatt tycks förstärka henne ryggsmärtor. Hon är nu inne i smärtans onda cirkel. Då hon oroar sig, spänner hon sig vilket leder till att smärtan förstärks, vilket i sin tur leder till ny oro och nya spänningar, mer smärta osv. Hon kan med de låga inkomster hon har, inte betala sina skulder. De hamnar hos kronofogdemyndigheten och Sara får betalningsanmärkning.

SMÄRTANS ONDA CIRKEL



Vad är det för fel frågar hon sig. Jag har ju så ont. Varför tror dom mig inte? Röntgen visar inget. Ryggutredningen visar inget. Hon gråter sig till söms i vanmäktig förtvivlan. Och när hon vaknar nästa morgon har hon ännu mer ont än förr.

Ekonomin blir allt värre. Hon vet med sig att hon borde skärpa sig och skära bort en del av den konsumtion hon inte längre har råd med såsom kabel-tv, veckotidningar och mobiltelefon. Men hon får inte riktigt till det. Kontokortets kreditgräns är sedan länge nådd och de månatliga påminnelserna i form av inbetalningskort är bara smärtsamma. Hon har nu en skuld till HM på 6.000 kronor. Även på ICA-kortet, där hon en gång började så bra, har hon byggt upp en skuld på några tusen kronor.

Sara var en gång övertygad om att hon var ett duktigt och uppskattat vårdbiträde. Omtyckt av arbetskamrater och de gamla. Nu vet hon inte längre. Hon känner att hon inte duger något till. Hennes självförtroende och självkänsla avtar för varje dag.

Försäkringskassan trycker på (sommaren 1997). Och det uppstår flera otrevliga konfrontationer mellan distriktsläkarna på vårdcentralen och rehabhandläggaren (som för övrigt bytts ut och numera heter Karin) på försäkringskassan. Karin tycker att läkarna är sena med att skicka in underlag till henne och att de underlag som kommer in är ofullständiga och stundtals ganska missvisande. Läkarna (det är flera vikarier som avlöser varandra på vårdcentralen) är irriterade på den byråkratiska processen och tycker att man från försäkringskassans sida är okänslig och kall inför Saras uppenbara ryggproblem.

En distriktsläkare beslutar äntligen att man ska göra en magnetkameraundersökning (juni 1997) och hittar, till Saras stora glädje, en utbuktning på en disk. Äntligen något konkret tänker Sara, som nu för första gången får ett yttre bevis på att hennes smärtor är verkliga. Hon ställer nu allt sitt hopp till den ortopedkirurg dit hon får remiss. Efter fem månaders väntan (december 1997) kommer hon dit. Han behöver i stort sett bara kasta en blick på henne då hon kommer in genom dörren för att kunna konstatera. Ingen operation. Hennes förtvivlan blir stor. Inget att göra tänker hon. Vad återstår nu? Ännu inte fyllda 30 och ingen framtid? Det kan bara inte vara sant. Jag måste få hjälp tänker hon. Jag har rätt till hjälp.

3.2.3 Något om Sara som person och hennes problem

Hur kan vi på ett enkelt vis redan nu förstå vad som händer Sara? **Sara är ju en tämligen normal och kapabel person som under bara något annorlunda livsbetingelser skulle kunna hantera sitt liv på alldeles egen hand.** Det är jobbigt att vara ensamstående mamma. Det är jobbigt att arbeta inom vården med en svag rygg. Det är jobbigt då ekonomin inte går ihop.

Enklast kan man kanske säga att **Sara är en ganska skör person.** Tidigt i livet (vid 10–12 års ålder) har hon varit med om besvikelser och förluster som gör henne bräcklig. Rent fysiskt är hon ganska svag (otränad) och har en mycket oklar och diffus kroppsuppfattning. Hon är tämligen ”ofysisk”. Men hon är också en person van att lita till och ty sig till auktoriteter varför hon lätt kan komma att uppleva sig som ”behagligt hjälplös” då hon får komma under behandling från de ”professionella”. Hennes tilltro till auktoriteter är lika stor som hennes (omedvetna?) hjälplöshet.

Därför blir smärtorna i ryggen, som är av det slag att de flesta under normala betingelser skulle kunna hantera dem, för Sara det strå som knäcker kamelens rygg. Man kan ganska tidigt se att Saras egentliga problem ligger bortom ryggsmärtorna. Det betyder inte att hon simulerar eller inte har några ”riktiga ryggsmärtor”, utan snarare att det bakom och under ryggsmärtorna finns en djupare problematik som man måste komma åt för att hennes

ryggproblem ska kunna hanteras. Problemet kanske handlar om en kombination av stress, hennes livssituation i stort och hennes livsinställning. Kanske hade hon med ett annat yrkesval uppvisat en helt annan symtombild på samma underliggande problematik.

Därför blir besöken hos sjukgymnasten något som bara ger tillfällig och kortvarig lindring (symtomdämpning) och som kanske ännu mera befäster Saras hjälplöshet och begynnande identitet som sjuk. Det ligger nära till hands att hon börjar missbruka tabletter (kanske i ganska liten omfattning) för att få bukt med smärtan. Och på så sätt skapa en sekundärproblematik som kanske är värre än den ursprungliga ryggsmärtan.

Men det kan också vara viktigt att se att Sara är en person som med rätt bemötande och rätt sorts åtgärder med rätt ringa insatser går att hjälpa tillbaka upp på banan igen och delta i samhällslivet.

Finns det många personer som Sara i Nacka? Kanske inte så många personer med exakt samma problembild, men om vi pratar om personer med ett långvarigt ryggknackproblem som inte låter sig lösas på ett enkelt vis och där det med i bilden finns en eller flera psykosociala komplikationer antingen som följd av eller som orsak till sjukskrivningen, så pratar vi för Nackas räkning sannolikt om **minst 200 personer**. De flesta av dem är kvinnor. De flesta av dem är ganska unga (kanske under 40 år) och skulle med rimliga och genomtänkta rehabiliteringsinsatser kunna återgå till arbete och ett i stort sett vanligt liv.

3.2.4 Sara i ett större sammanhang

Låt oss göra ett ekonomiskt tankeexperiment. Låt oss säga att det finns 200 personer i Nacka som bär på en problematik som är av ett sådant slag att den direkt eller indirekt påminner om Saras, dvs. personer som strängt taget i onödan försörjs av samhället pga. rehabiliteringssystemens oförmåga. **Enbart de samlade produktionsförlusterna från dessa 200 personer uppgår till cirka 700-900 miljoner kronor.**

Och då ska vi komma ihåg att detta inte är personer med en grav psykisk eller social problematik utan personer som endast i en eller annan mening är något sköra. Personer som med rätt åtgärder är fullt kapabla att försörja sig själva resten av livet. Personer som du och jag.

3.3 Vägvalet

Då det gäller Saras liv finns det i grova drag tre tänkbara framtidsspår för henne. Låt oss titta på dem i stort; best case, worst case och middle case. Nedan beskriver vi mycket kortfattat dessa tre livsförlopp/scenarios

3.3.1 Sjuk och försörjd för resten av livet – worst case (**ringa samverkan**)

Det första alternativet (av oss kallat worst case) innebär att Sara under resten av sitt liv kommer att brottas med sin onda rygg och man kommer att genomföra ett stort antal mer eller mindre dåligt genomtänkta rehabiliteringsinsatser kring henne. Hon blir aldrig fri från smärtan

och kommer djupare och djupare in i en identitet av att vara handikappad. Mängder av sekundäreffekter kommer att dyka upp. Hon blir deprimerad och kanske storkonsument av psykofarmaka och sjukvård. Kränkningar, respektlöshet och ifrågasättande blir en del av Saras vardag. **Hon försörjs resten av livet av olika offentliga försörjningsystem.** Socialbidrag, A-kassa, sjukpenning sjukbidrag och till slut förtidspension. Ingen har egentligen trängt till botten med hennes problem. Alla insatser har varit fokuserade på att **dämpa symtomen**

3.3.2 Arbetsför men inte anställningsbar – middle case (*viss samverkan*)

Nej så blir det inte för Sara. Som tur är bor hon i Nacka där man sedan några år tillbaka har ett nack/rygg team för sådana personer som Sara (det vi i vår analys kallar middle case). Initialt var verksamheten del av ett utvecklingsprojekt men är nu en permanent del av RehabCentrums verksamhet. Man arbetar utifrån **en helhetssyn** och försöker komma underfund med den underliggande problematiken som Sara bär på. Man inleder alltid arbetet med att göra en samlad kartläggning både medicinskt och socialt. Man försöker betrakta hela hennes livssituation. Men i det praktiska rehabiliteringsarbetet uppstår ett gap mellan de vårdande funktionerna i samhället (sjukvård) och de arbetsmarknadsanpassade funktionerna (AF/AMI). Kort uttryckt blir Sara **för frisk för att vara sjukskriven och för sjuk för att passa in på arbetsmarknaden**. Hon blir vad försäkringskassan kallar arbetsför och vad AMI kallar ej anställningsbar. Hon får välja att leva ett ekonomiskt utsatt liv som sjukskriven/förtidspensionär, eller ett ännu sämre liv som ”frisk” låglönearbetare.

Sara kommer i detta scenario periodvis att kunna arbeta men fortfarande bli försörd en stor del av tiden från de offentliga systemen. Man får instrument för att förstå, beskriva och analysera hennes problem sett ur ett helhetsperspektiv. Man lyckas också minska den destruktiva rundgången inom sjukvårdssystemet. Man vet orsakerna till Saras problem och man vet hur man ska komma åt dem, men förfogar inte över de fullständiga instrumenten för att lösa problemet. Regelverk och organisationsgränser gör motstånd. Framförallt uppstår svårigheter för Sara att komma in i nödvändiga arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Scenariot innehåller **ett konfliktperspektiv** mellan de vårdande/försörjande myndigheterna å ena sidan och arbetsmarknadsmyndigheterna å den andra.

3.3.3 På egna ben – best case (*fullt utvecklad samverkan*)

Nej, så blev det inte heller. Det blev bättre än så. I Nacka fanns det ett antal kloka chefer och andra nyckelpersoner som beslöt sig för att dra lärdom av erfarenheterna från NRNP. Man lät projektet tillsammans med andra aktörer i Välfärd i Nacka ta ett ännu mer samlat grepp där man framförallt **lyckades sluta gapet mellan de vårdande och försörjande aktörerna å ena sidan och arbetsmarknadsmyndigheterna å den andra sidan.**

Slutresultatet blir att Sara så småningom kommer att återgå till någon form av arbete. Kanske efter omskolning eller utbildning till en annan typ av fysiskt mindre krävande arbete

3.3.4 Resten av rapporten

Det är dessa tre förlopp vi i resten av denna rapport ska granska. Deras innehåll, mekanismerna bakom dem samt konsekvenserna av dem – inte minst finansiellt.

I **kapitel 4** beskriver vi studiens ”worst case”. Det som sannolikt kommer att hända Sara om ingen samverkan sker överhuvudtaget. **Kapitel 5** är en analys av de mekanismer som ligger bakom det förlopp som skildras i worst case. I **kapitel 6** görs en ekonomisk analys av detta förlopp.

Kapitel 7 är en presentation av dagens rygg Nackprojekt i Nacka. I **kapitel 8** skildras studiens middle case, dvs. rehabförloppet vid Nacka RyggNackprojekt. **Kapitel 9** är en ekonomisk analys av detta förlopp

Kapitel 10 ägnas åt en diskussion kring vilka bristerna är i dagens rygg-nackprojekt samt hur de kan hanteras. I **kapitel 11** presenteras kriterier för hur en god samverkanssituation kan/bör byggas upp.

I **kapitel 12** skildras hur ett vidgat rygg-nackprojekt skulle kunna se ut – vårt dreamteam. **Kapitel 13** är en beskrivning av studiens best case – hur ett sådant dreamteam skulle kunna arbeta. **Kapitel 14** är en ekonomisk analys av best case.

I **kapitel 15** slutligen drar vi slutsatser och ger förslag till åtgärder för att förverkliga best case

4. FÖRSÖRJD FÖR RESTEN AV LIVET - WORST CASE

Låt oss alltså börja med att skildra Saras liv om inga systematiska ansträngningar görs för att ta ett samlat helhetsgrepp kring hennes problematik. Det är så det brukar bli då de olika delarna av välfärdsystemen var och en försöker göra så gott man kan. Man skulle kunna säga att detta är Välfärdssveriges trendscenari för personer som Sara. **Personer som har en problematik som inte överensstämmer vare sig med de professionella kompetensområdena eller de olika offentliga aktörernas mandat och uppdrag.** Ett mellan-stolarna scenario. Ett spel där det handlar om att bli av med den svarte-petter som nu Sara utgör.

4.1 1998 – jakten på dolda diamanten

Nu är Sara desperat. Hon vet att hon har en utbuktning på en disk, men ortopedan anser inte att hon blir hjälpt av en operation. Från hennes arbetsgivares sida sker nu en rehabiliteringsutredning (våren 1998). Man söker efter alternativa arbetsplatser för henne. Man hittar under en period ett arbete för henne i kafeterian på Ektorps hemmet (juli – augusti 1998). Men det fungerar inte. Hon går tillbaka till sin sjukskrivning (september 1998).

Hennes ekonomi är nu hårt pressad. Än värre blir det då försäkringskassan ifrågasätter hennes rätt till sjukpenning.

Hon får tips (oktober 1998) av en väninna om en privatpraktiserande ortoped som hon besöker. Han föreslår förnyad magnetröntgning. En ny ryggutredning dras igång, vilket gör att försäkringskassan knappast kan fatta något beslut i sjukpenningfrågan så länge utredningen pågår. Hon besöker också en reumatolog (november 1998) efter att ha hört av en annan patient i väntrummet på vårdcentralen att det ryggonda kunde ha sådana orsaker.

Hon besöker också såväl naprapat som kiropraktiker. Zonterapi och akupunktur prövar hon också på. Men det blir dyrt och frestar på hennes till bristningsgränsen ansträngda ekonomi.

4.2 1999 - Storkonsumenten

Det är ett hårt arbete för Sara att hitta någon som kan tänkas ge henne hopp. Någon som kan tänkas erbjuda lindring för hennes besvär. Efter hårda påtryckningar från henne själv tas hon in på Riksförsäkringsverkets sjukhus (våren 1999) för utredning och funktionsbedömning. När hon får komma ifrån sin pressade hemmiljö minskar genast smärtorna och efter fyra veckors behandling och utredning kommer man fram till att Sara har en betydande arbetsförmåga och därmed inte rätt till full sjukpenning.

Hon återgår till 50% till sitt arbete inom hemtjänsten (maj – juni 1999). Men det uppstår mycket snart problem. Vilka arbetsuppgifter kan man ge någon inom hemtjänsten som arbetar på 50% och inte får utföra tunga lyft. Hon blir en belastning både för sina arbetskamrater och för sin chef. Hon kämpar tappert på, men måste redan efter någon vecka stanna hemma för akuta smärtor. Hon blir uppsagd p g a omstruktureringar (arbetsbrist).

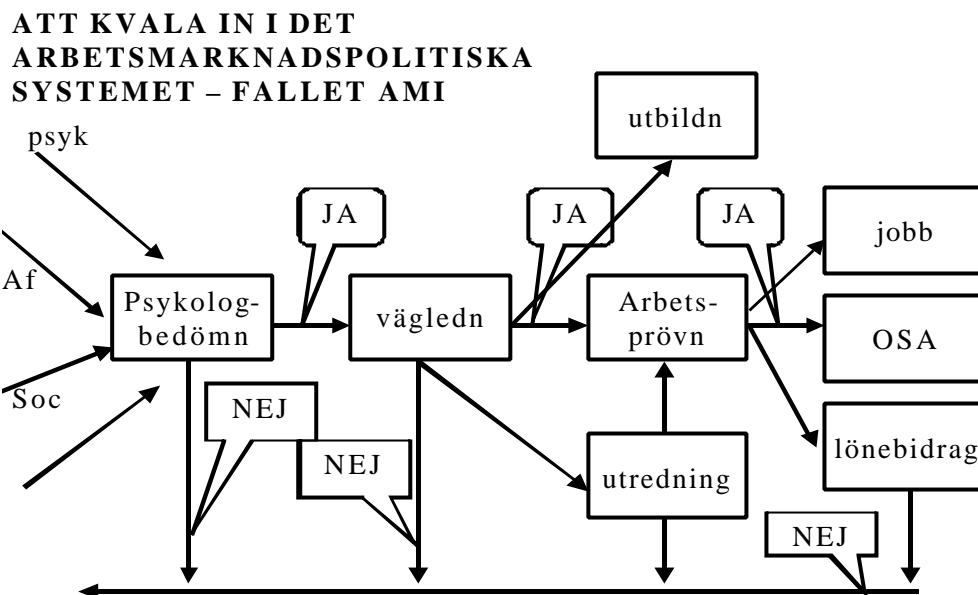
Hon är förtvivlad över sina smärtor, över att ingen tror henne och hon börjar se sambandet mellan sin livssituation och smärtupplevelserna. Hon vill fortfarande trots allt se sig som en självständig men tillfälligt sviktande person. Men det blir allt svårare och svårare.

Hon oroar sig också för sin ekonomi. Hon överväger, efter ett tips från en väninna om hon ska besöka kommunens konsumentvägledare för att få hjälp att överblicka sin ekonomi. Hon känner att i slutet av varje månad spänner hon sig allt mer. Hon är rädd att pengarna inte ska räcka till. Men ett besök hos konsumentvägledaren upplever hon som ett alltför stort nederlag. Skammen över att inte klara sig själv känns för stor.

Hösten 1999 lyckas handläggaren på försäkringskassan få plats för Sara på AMI. Hon ska först besöka en arbetspsykolog och därefter genomgå en arbetsvägledningsprocess för att se om det finns några alternativ för henne. Det börjar bra hos arbetspsykologen som tycker att hon kanske skulle kunna ha en plats i någon form av arbetsprövning. Men arbetsvägledaren är mindre optimistisk och anser inte att Sara är tillräckligt motiverad för att gå vidare.

Dragkampen mellan aktörerna kring Sara tilltar. Trycket från försäkringskassan och risken för indragen sjukpenning gör att Sara känner sig hotad. Som en följd av detta blir hon ännu mera deprimerad och ännu sjukare. Läkaren på vårdcentralen engagerar sig starkt i frågan kring Saras framtid, men tycker att hon inte kommer någonstans. Nu är han inte bara upprörd över försäkringskassans brist på humanism och deras känslolösa regler. Han blir allt mer och mer upprörd över hur man på AMI, som han tycker, systematiskt utestänger Sara från alla chanser att komma igen. En dag söker han upp Anna-Karin som är vägledare på AMI och ber henne förklara. Det blir ett mycket upprört möte. Till slut sätter sig Anna-Karin ner och på ett papper (se figuren nedan) ritat hon upp den mödosamma väg Sara måste vandra om hon ska kunna komma tillbaka till arbetslivet.

Du, förstår, säger Anna-Karin, det som är problemet med Sara är att hon inte uppfyller våra krav på att kunna motsvara arbetslivets villkor. Vi kan bara arbeta med dem vi tror uppfyller de minimikrav som arbetsmarknaden ställer på en individ. Det vi lite byråkratiskt brukar kalla **”generell arbetsförmåga”**. För att vi ska kunna svara ”ja” i figuren nedan krävs inte bara att hon har en yrkeskompetens. Hon måste också ha en personlig drivkraft och motivation. Dessutom måste hon vara beredd att kunna arbeta minst till 50% och minst fyra timmar per dag. Jag är ledsen, avslutar Anna-Karin, i alla dessa avseenden måste vi säga nej till Sara. Modstulen lämnar läkaren AMI’s lokaler. På vägen tillbaka till vårdcentralen går det upp för honom att Sara är för sjuk för AMI och för frisk för att försäkringskassan ska anse att hon har rätt till sjukpenning. Vems bord är det då tänker hon? Socialtjänstens?



Det blir också uppenbart för Sara att det kan bli dyrt att låta sig rehabiliteras. Man måste ha busskort, dagis för barnen och dyr lunchmat blir det också.

Det blir en ytterligare knäck för Saras självförtroende att hon inte ens platsar på AMI (hösten 1999). Hon är nu så deprimerad att hennes distriktsläkare ordinerar antidepressiva medel och överväger om han borde remitera henne till den psykiatriska öppenvården för samtalsterapi och kurativt stöd. Sara vägrar med eftertryck. Jag är inget psykfall säger hon.

Men till följd av den oklara diagnosen kring hennes rygg drar nu försäkringskassan in sjukpenningen (hösten 1999). Sara tvingas ta skeden i vacker hand och besöka socialtjänsten där hon efter en utredning erhåller socialbidrag och försörjningsstöd. Hon upplever det som ett stort nederlag att klassas som socialfall. Ännu en knäck för självkänslan. Hon är tydligen för frisk för att erhålla sjukpenning och för sjuk för att bli till föremål för arbetsmarknadspolitiska insatser.

Hon kommer nu under en lång period att **försörjas genom socialbidrag som erhålles efter individuell prövning**. Hon upplever nu att hennes osäkerhet är fundamental. Den trygghet som sjukpenning trots allt innebar är nu helt borta. Denna osäkerhet förstärker hennes psykiska ohälsa och motverkar den rehabilitering som kanske trots allt skulle vara möjlig. Hon kommer nu in i en ond cirkel där de enskilda åtgärderna från socialtjänstens sida (som inte gör något annat än följer lagen) bidrar till att förstärka hennes ohälsa.

OSÄKERHETENS ONDA CIRKEL

STÄNDIG
OMPRÖVNING AV
FÖRSÖRJNING



ORO
ÅNGEST

FÖRSÄMRAD
PSYKISK
HÄLSA

ÖKAT FÖRSÖRJNINGSBEHOV
MINSKADE REHABMÖJLIGHETER

Det intressanta (och kanske tragiska) är att det som från den enskilde socialsekreterarens perspektiv kan se ut som rimliga insatser för att utreda Saras liv och hålla de dyra socialbidragskostnaderna inom rimliga gränser, på sikt kan leda till att dessa kostnader i stället ökar mycket mer än den initiala besparingen. Trots att denna socialsekreterare med de bästa av avsikter gör så gott hon kan och fullföljer det uppdrag hennes politiska nämnd har gett henne. **Hon kommer kanske att motverka sina egna syften.**

4.3 2000 –den sista striden

Uppmuntrad (våren 2000) till det av distriktsläkaren begär Sara omprövning av försäkringskassans beslut. Men får inte rätt i sin klagan. Hennes bitterhet växer.

Hennes desperata jakt på lösningar på smärtproblemet fortsätter oförtröttligt. Hon lyckas spåra upp den ena specialisten efter den andre som alla ovetandes om hennes fullständiga situation försöker lösa problemet så gott det går. Alla försöker dämpa hennes symtom och ge henne någon form av smärtlindring.

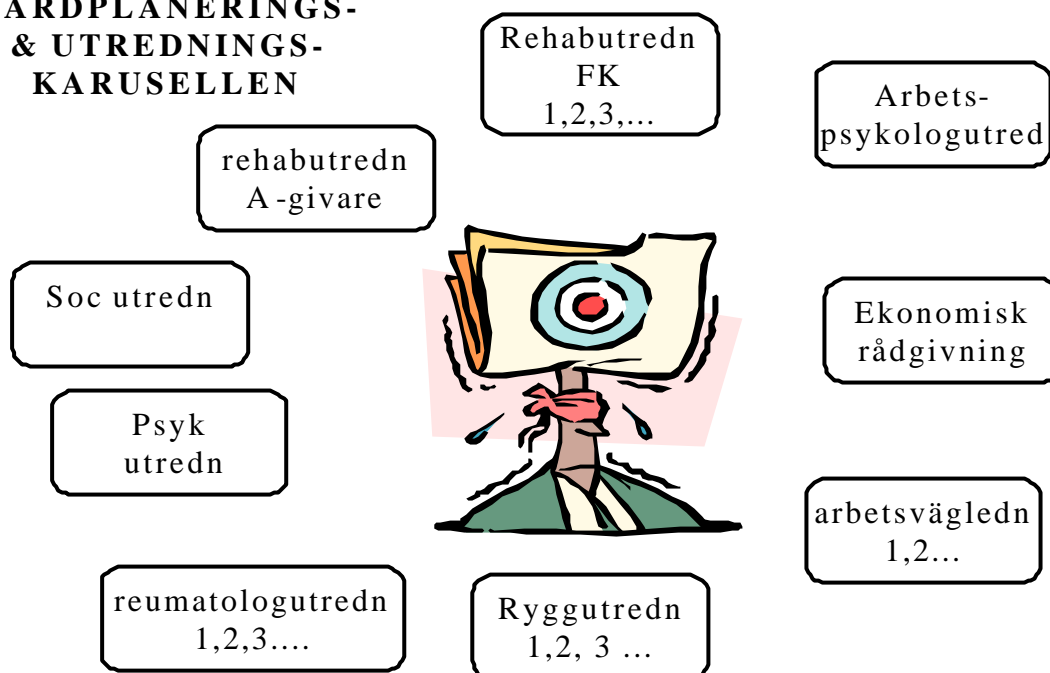
Det som egentligen gör henne bäst är då hon får remiss till massage och sjukgymnastik. Hon får då inte bara hjälp med de konkreta smärtorna. Det blir också någon som tar hand om henne och låter henne slappna av om än aldrig för så kort stund.

Till slut framtvingas ett besök hos konsumentvägledaren av den socialsekreterare som handlägger Saras ärende. Man går genom hennes ekonomi och kommer fram till en åtgärdsplan som skulle kunna hjälpa henne på fötter.

Pressen av att vara ett socialfall leder till att en privatpraktiserande distriktsläkare sjukskriver Sara på nytt (våren 2000), men nu med diagnosen ”psykisk insufficiens, depression”. Han förskriver också antidepressiva medel till henne. Sara återfår sin sjukpenning. Detta leder efter många turer till att hon besöker en kurator på psykiatrins öppenvård som

tillsammans med henne under ett antal besök gör en genomgång av hennes liv och situation. Sara är nu utredd på alla tänkbara vis

VÅRDPLANERINGS- & UTREDNINGS- KARUSELLEN



Under de år Sara varit sjuk för sin rygg har hon nu genomlöpt ett dussintal olika utredningar av mer eller mindre kostsamt slag. Ingen av dessa utredningar har tagit ett samlat grepp på Saras livssituation eller försökt skaffa sig en helhetsbild av problemet

Arbetet med att söka bot och lindring upptar all Saras lediga tid, då hon inte är med barnen. Hon förstår nu inte hur hon skulle hinna ha ett jobb så mycket tid som alla läkarbesök, besök hos sjukgymnast och alla andra behandlingar tar. Hon har nu också en helt annan livsrytm än den hon hade då hon arbetade. Hennes livsrytm börjar anpassa sig till de omständigheter hon befinner sig i. Under sommaren 1999 upphör hennes anställning till följd av en omorganisation inom hemtjänsten.

2000 blir ett tungt år för Sara. Det är som att hon vill göra en sista ansträngning för att se om det kan bli någon rätsida på ryggsproblemet. Hon hittar på nytt en ryggspecialist som kan ta sig an hennes problem och hon erhåller en remiss till smärtkliniken på St. Görans sjukhus, men väntetiden dit är lång. Under tiden som utredningen pågår försörjs hon genom sjukpenning.

Under denna process sker en ständig kamp mellan försäkringskassan och ett antal olika läkare om Saras rätt till sjukpenning. Kassan anser att läkarna skriver slarviga och ofullständiga intyg som bromsar upp rehabiliteringsprocessen. Läkarna anser att kassan är okänslig inför Saras behov. Mycket handläggartid går åt både för läkarna och kassans rehabhandläggare.

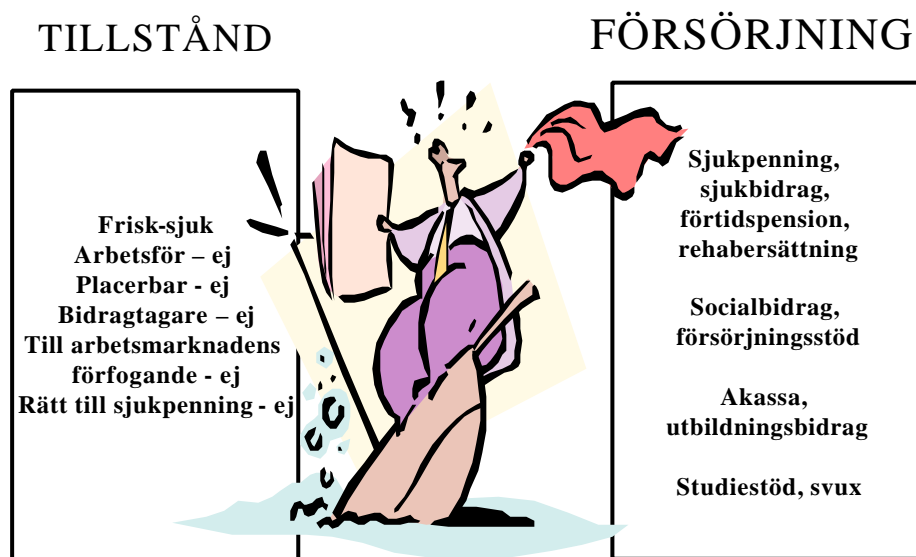
Hon mister under hösten 2000 rätten till sjukpenning på nytt. Eftersom hon nu är arbetslös erhåller hon a-kassa och besöker som arbetssökande arbetsförmedlingen som inte kan ge henne någon hjälp. För dem är hon ett nytt ärende. Hon remitteras av Af till AMI. Denna gång ett nytt AMI eftersom man har organiserat om sig inom länsarbetsnämnden – AMI i Liljeholmen.

Hon intervjuas på nytt (hösten 2000) av en annan arbetspsykolog och får träffa en arbetsvägledare. De blir båda överens om att AMI inte har något att erbjuda henne. Så länge hon bara regelbundet besöker arbetsförmedlingen erhåller hon sin A-kassa. Försäkringskassans hot om indragen sjukpenning förefaller nu vara avlägsen.

Men hon har inte bara ont i ryggen. Hon känner sig nere och missmodig. Ibland gråter hon omotiverat. Hon är glad att hon erhåller Prozac, även om hon ibland kan oroa sig för att hon använder det.

Sara har nu provat nästan alla olika ersättningsformer samhället kan erbjuda de som inte kan försörja sig på egen hand. Hon har insett att för de olika myndigheterna är det ibland viktigare att följa regler än att bistå henne. Hon förstår att ibland klassas hon som frisk ibland som sjuk, ibland som arbetsför och ibland som ej arbetsför. Allt detta har betydelse för vem som kommer att betala ut ersättning till henne och hur mycket.

Men hon börjar också inse att en framgångsrik rehabilitering av henne kanske inte är en ekonomisk höjdare för henne själv. Kanske får hon mer i lön, men det leder kanske till att hennes levnadsomkostnader stiger mer än löneförhöjningen. Dessa insikter bidrar inte till att öka hennes motivation i rehabiliteringsarbetet.



Ingvar Nilsson/SEE, 08/551 520 69,
www.seeab.se

39

4.4 2001 – kapitulation inför vanmakten

Alla de motgångar Sara haft gör att hennes självkänsla och självförtroende har fått sig en fundamental knäck. Hon fortsätter håglöst sin vandring mellan olika myndigheter, men ser ingen utväg. Hon är på väg att ge upp.

Hennes tilltagande depression gör att hon inte längre orkar vara arbetssökande och detta leder till att hon under året kommer att bli 0-klassad av försäkringskassan. Hon orkar inte heller

vara aktivt arbetssökande på det vis som arbetsförmedlingen kräver. Detta i sin tur leder till att hon blir ett fall för de sociala myndigheterna. Handläggning av socialsekreterare och socialbidrag.

Under året blir hon till föremål för fortsatta insatser både från primärvården och öppenvården inom psykiatrin. Hon upplever en period av kort lindring, men detta blir ganska kortvarigt och ryggsmärtorna återgår snart till det normala.

På försäkringskassan börjar man nu att betrakta Sara som ett "lost case" och man anar att åtgärder som sjukbidrag och förtidspension kan komma att bli aktuella om Sara på egen hand lämnar in en ansökan om detta.

Sara själv kan inte se någon utväg ur sin situation och börjar mer och mer ställa in sig på att gå in i rollen som sjuk, handikappad och försörjd.

4.5 2002 – uppgiven och försörjd

Det står nu klart för alla inblandade att Sara aldrig mer kommer att återvända till arbetslivet. På försäkringskassan fattar man under året beslut om att Sara ska erhålla sjukbidrag till 100% och man tar med i beräkningarna att hon kan komma att förtidspensioneras. En rehabplan upprättas i samband med beslutet om sjukbidrag.

Sara fortsätter sin ändlösa konsumtion av vårdinsatser såsom vårdcentralbesök, besök hos sjukgymnast och besök hos psykiatrins öppna mottagning.

På ett plan är hon ganska nöjd. Hon har mycket tid över för sig själv och sina barn. Hon har ett ganska lugnt, men också ganska trist liv. Hennes ekonomi är hela tiden vid bristningsgränsen.

Men hon är också uppgiven och en aning bitter. Var det så här livet skulle sluta. Hon är nu 34 år gammal och har 31 år kvar till sin ålderspension. 31 år då hon kommer att bli försörjd av samhället.

5. MEKANISMER BAKOM DETTA FÖRLOPP

5.1 Hur kan det gå så illa när alla vill så väl?

5.1.1 *Det bästa som det godas fiende*

Man måste onekligen ställa sig frågan hur det kan gå så illa för Sara. Hon var från början (och är förmodligen någonstans innerst inne fortfarande) en tämligen kapabel och kompetent människa för vilken någonting brast. Och sedan kunde hon inte komma tillbaka trots att;

- * Alla **vill Sara väl**
- * Alla **anstränger sig** i sitt arbete
- * Alla är **professionella och duktiga** inom sina gebit
- * Alla **löser sin uppgift** inom ramen för det uppdrag den egna organisationen har
- * Alla satsar utomordentligt **stora resurser** på detta arbete

Och ändå blir resultatet ”pannkaka”. Detta förlopp kan beskrivas från flera olika perspektiv ungefär på det sätt som visas i bilden nedan. Sara, hennes handläggare och behandlare och de olika offentliga aktörer som är involverade i processen anlägger helt olika perspektiv på problemet. I detta kapitel vill vi beskriva och problematisera (och kanske också provocera) den traditionella svenska modellen för hur vi brukar närma oss det rehabproblem som Sara definieras som.

De professionella

Frustration
Fragment
Symtomlindring
Perspektivkamp



Det offentliga

Någon annans bord
Kortsiktighet
Uppdrag
budgetgränser

Den enskilde

Vilket är problemet
Inlärld hjälplöshet
Misslyckanden
Självkänsla

5.1.2 Sett ur Saras perspektiv

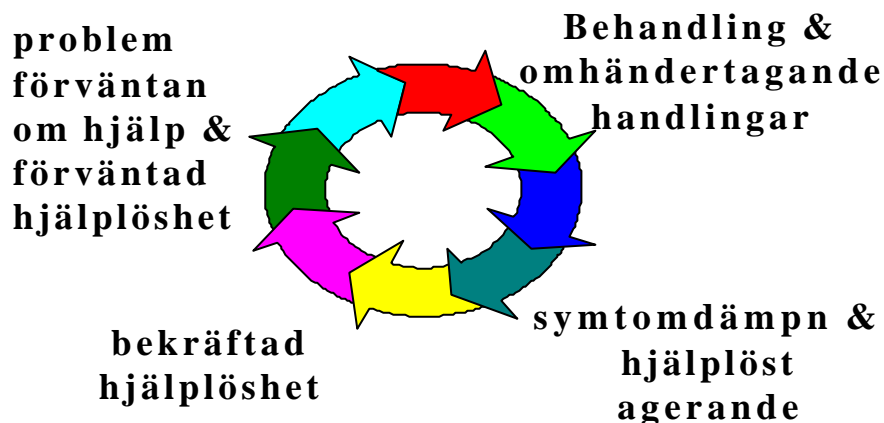
Ur Saras perspektiv blir den akuta arbetssituationen strået som knäcker kamelens rygg och skapar hennes ”genomklappning”. Hon kanske inte ens är medveten om det, men själva livssituationen som sådan med ekonomisk, social och arbetsmässig stress bidrar både till att utlösa problemet och försvårar dess lösning.

Det sätt på vilket man hanterar Saras problem – hon skickas runt i en ständig vårdkarusell där ingen har ett helhetsgrepp eller ett helhetsansvar leder dels till att hon invaggas i känslan av att det är någon annan (de professionella) som har ansvaret för att ”fixa” hennes problem. Hennes eventuella hjälplöshet förstärks i processen och leder till att hon tenderar att infantiliseras i sitt förhållande till sin sjukdom. Vidare leder detta till en ständig ström av misslyckanden som kommer att påverka hennes psyke, självförtroende och självkänsla. Hon bemöts i stort i enlighet med följande modell;

Symtom/problem ---> behandling ---> problemlösning/symtomdämpning

Men strängt taget kan man säga att vid sidan av den konkreta symtomlindringen så förstärker och fördjupar de offentliga systemen hennes underliggande sjukdoms- och problembild. Medan de offentliga aktörerna och professionella rehabiliterarna ser det som att de bidrar till att hantera Saras problem genom att dämpa de symtom hon lider av, uppstår som en oavsiktlig biprodukt att Saras hjälplöshets- och beroendeförhållande till dessa vårdaktörer riskerar att förstärkas ungefär på det sätt som visas i figuren nedan

hjelplöshetens onda cirkel



Sett ur Saras perspektiv så angriper man alltså inte hennes grundläggande problem utan endast dess manifestationer i form av symtom (det ryggonda) samtidigt som man befäster och fördjupar hennes bild av sig själv som hjälplös, icke kapabel och offer.

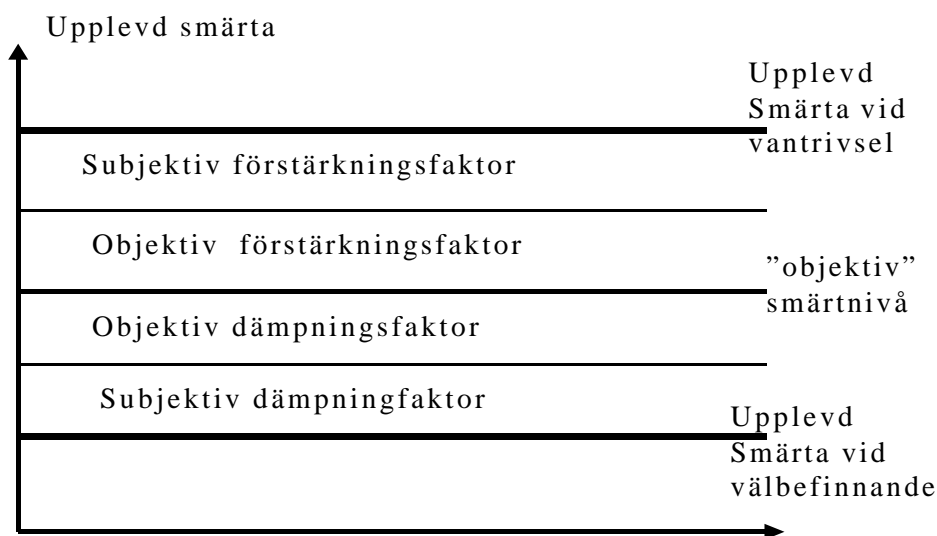
5.1.3 Sjukdomsbegreppets subjektiva aspekt

För Sara blir det ryggonda strået som knäcker kamelens rygg. Eftersom man med objektiva metoder inte kan hitta något entydigt som styrker hennes smärtor ligger det nära till hands att

antingen tro att hon "pjoskar" och "borde skärpa sig" eller att hon egentligen inte har några smärtor att tala om och utgör en sorts systemfuskare i våra välfärdssystem.

Är det så? Det är relativt välkänt att de allra flesta människor mer eller mindre återkommande har ryggbesvär. Hur kan det då komma sig att för vissa personer blir detta ett avgörande problem, medan andra personer tycks kunna hantera detta ganska bra.? Svaret blir höljt i dunkel om vi bara titta på den i någon mening objektiva smärtnivån (se figuren nedan) och bortser från personens övriga livssammanhang. Om vi tänker oss att det finns två personer med objektivt sett samma smärtnivå och att den ena har en allmän livssituation fylld av glädje, passion och stimulans. Och att för den andra råder det motsatta förhållandet ett utarmande arbete, en trist livssituation, mycket stress och vantrivsel. För denna senare person (det kan vara Sara) förstärks smärtekänslan på rent objektiv grund varje gång hon kommer till arbetet. Medvetet eller omedvetet spänner hos sig då hon kommer till arbetet, den yttre stressen ökar. Muskulaturen spänns, ryggen överbelastas etc.. **Då ökar också de rent objektiva smärteförnimmelserna.** Till detta kommer **den rent subjektiva förstärkningen av smärtan** som uppstår till följd av vantrivsel. Man känner efter lite extra. Motivationen är låg etc.

Det omvända förhållandet mötte vi för drygt tio år sedan i den lilla Jämtlandskommunen. Kommunalrådet hade så fruktansvärda ryggsmärtor att han inte kunde sitta upp under sammanträdena med kommunstyrelsen. Han ledde dessa från en specialbyggd "liggstol". Vad var förklaringen till att han stod ut? Naturligtvis de objektiva och subjektiva smärtdämpningsfaktorerna i figuren nedan



Av detta följer att de, t.ex. av försäkringskassan tillämpade reglerna för sjuk och frisk och när man befinner sig i ett tillstånd som är sjukpenninggrundat eller ej, minst måste anses vara en aning märkliga, eller åtminstone en aning oklara. Utgår man från den objektiva smärtnivån eller den upplevda smärtnivån då man ska bedöma om en individ är arbetsför eller utgår man från ett strikt naturvetenskapligt/medicinskt paradigme eller utgår man från en helhetssyn på människan?

Detta har naturligtvis också att göra med vilken rehabsyn man har. Om man utgår från att ryggont är något som de flesta människor lider av då och då och att man kanske inte kan befria dem från dessa ryggsmärtor då kommer en framgångsrik rehabilitering inte att handla om att helt eliminera ryggsmärtorna (att i någon mening bli frisk). En sådan process kommer i stället att handla om hur man påverkar den objektiva smärtnivån samt de objektiva och subjektiva dämpningsfaktorerna – dvs att lära sig att leva ett bra liv trots ryggsmärtorna och att påverka övriga livsbetingelser så att upplevelsen av smärtan blir så lite påfrestande som möjligt.

5.1.4 Sett ur ett professionellt behandlarperspektiv

För de professionella behandlarna och handläggarna blir Sara en ständigt återkommande källa till irritation. Man tvingas (t.ex. på grund av regelverk och tidsbrist) in i kortsiktiga lösningar av symtomlindringsnatur, trots att man inser att man inte kommer åt grundproblemet. Varje aktör tittar på sin lilla pusselbit av Saras problembild och försöker hantera den. Man tvingas göra ett sämre jobb än man skulle kunna göra och känner ofta vanmakt och frustration inför detta.

Många gånger tvingas man också in i en perspektivkamp med de andra aktörerna om vilket synsätt kring Sara som är det rätta eller kanske mest konstruktiva. Man ställer sig frågan; vilket är hennes problem; ryggen, själen, livet, arbete eller familjen. Men man har också olika bilder av hur hennes eventuella rehabiliteringsprocess ska kunna äga rum – vilket synsätt ska man ha? Alla gör så gott man kan. I regel mycket professionellt och nästan alltid har man goda avsikter. Besvikelserna är många och cynismen ligger lurande bakom hörnet.

5.1.5 Sett ur de offentliga aktörernas perspektiv

För de olika berörda myndigheterna är Sara en black om foten. Hon hindrar försäkringskassan från att sänka ohälsotalet. Hon försvårar AMI's arbete med de som är mer gångbara på arbetsmarknaden. För socialtjänsten blir hon en dyr och långlivad kostnadspost i socialbidragsbudgeten. Och för sjukvården blir hon en improduktiv storkonsument av vårdtjänster som blockerar knappa vårdresurser.

Alla berörda chefer känner i grund och botten till problemet med Sara (och hennes likar), men man känner sig bunden av kortsiktiga budgetkrav, de uppdrag man erhållit av politiska uppdragsgivare eller statsmakterna, revir- och organisationsgränser. Eller så är det så enkelt som att man inte orkar ta tag i den här typen av komplexa gränsöverskridande problem. Det är lättare att spela Svarte-Petter vidare. Inte mitt bord mentaliteten får råda.

5.1.6 Slutsatser

Konsekvenserna i stort blir att detta leder till onödigt dyr **vårdkonsumtion** och förbrukning av mängder av **handläggartid** i onödan, onödiga kostnader för samhället i form av dels en onödigt stor **försörjningsbörda** från de olika försörjningssystem som finns (socialbidrag, sjukpenning, A-kassa etc.) dels i form av onödiga **produktionsförluster** i form av all den

produktion som inte uppstår på grund av Saras sjukdom. Slutligen uppstår ett **onödigt personligt lidande** för Sara både rent fysiskt och rent socialt/psykiskt.

För att detta skulle kunna motverkas kan vi redan nu se att Sara skulle behöva bemötas med utgångspunkt i några centrala principer

- * en **helhetssyn** kring hennes problem och behandlingen av det
- * en behandling inte bara av de symtom Sara uppvisar utan också hela problembilden bakom detta, dvs. att man försöker komma åt de underliggande **orsakerna**
- * en genomtänkt och gemensam **rehabiliteringssyn** hos alla de aktörer som ska arbeta kring och med Sara
- * en arbetsmetod kring Sara som bygger på att **stärka hennes egen förmåga och personliga växt** i stället för att förstärka hennes tendenser till hjälplöst agerande

5.2 Den industriella rehabiliteringsmodellen

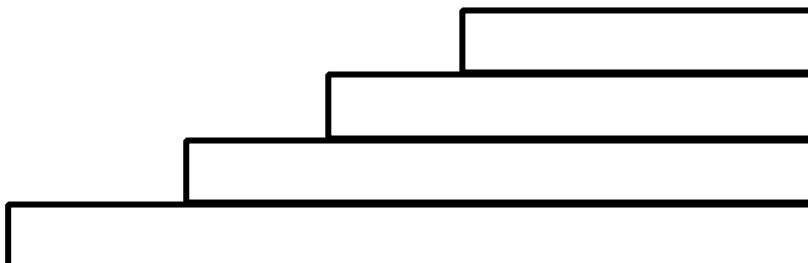
5.2.1 Rehabiliteringstrappan

I Sverige är vi duktiga på att rehabilitera människor tillbaka till arbetsmarknaden. Men bara under förutsättning att deras problembilder stämmer överens med de kompetenser och synsätt som berörda myndigheter har att erbjuda.

Vår svenska rehabiliteringsmodell är uppbyggd med det industriella produktionssättet som ideal – det löpande bandet. Någon klok person beskrev rehabiliteringsprocessen som Fordismen eller Taylorismens sista utpost. Den bygger på **specialisering** (varje myndighet har sitt ansvarsområde), **standardisering** (man gör lika varje gång) och den är **sekventiell och separerbar** vilket innebär att man efter varje avgränsat och väldefinierat rehabiliteringsmoment överförs till en ny aktör som fortsätter där den tidigare upphörde (på modern vårdjargong kallas detta vårdkedjor, inom bilindustrin kallas det löpande band).

Det är som om de berörda individerna har att vandra en sorts förutbestämd väg fram mot målet; att bli rehabiliterad. Man talar ofta om en sorts rehab-trappa på nedanstående vis.

rehabtrappan



Ingvar Nilsson/SEE, 08/551 520 69, 1997-10-20

6

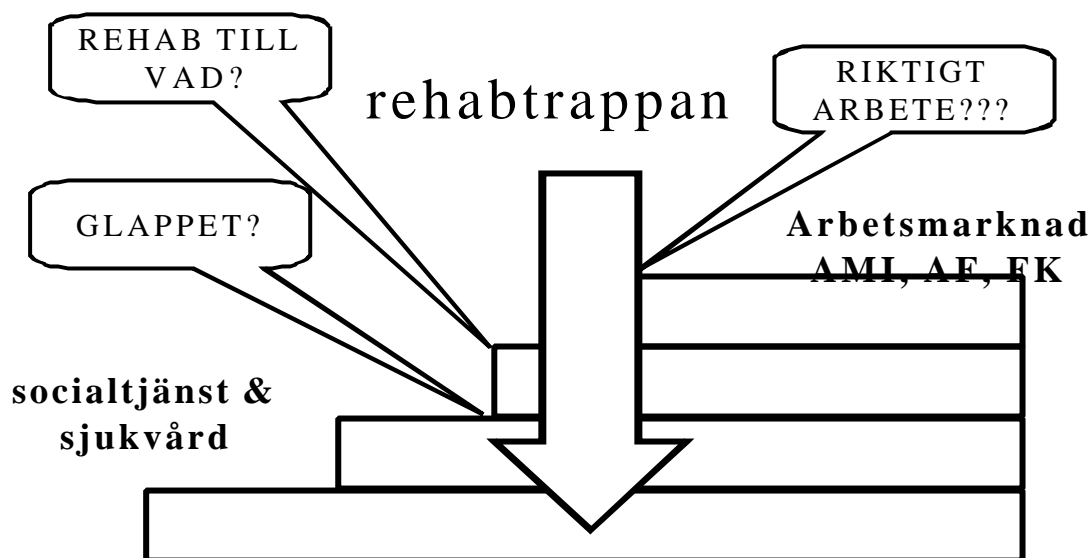
I denna trappa (om nu trappan är en bra metafor för ett rehabiliteringsförlopp – det ligger ju i en trappas idé att man ska kunna gå hela vägen upp till toppen och att framgång är att gå ”uppåt”) tänker man sig att roller och gränser är avgränsbara och tydliga – varje rehabspecialist övertar så att säga en ”råvara” från en lägre rehabnivå, genomför sitt avgränsade och specialiserade rehabarbete för att därefter överlämna ”halvfabrikatet” till nästa nivå..

Men bakom detta ligger också mer eller mindre uttalat tanken på att det är ett behandlingsbart problem vi talar om. Om det är så förutsätts kanske två saker; att det finns **ett problem som är tydligt, synligt och avgränsbart** samt att det finns **särskilda personer vars uppgift är att undanröja och behandla problem**. Personer skilda från dem som bär problemet.

5.2.2 Glappet i rehabiliteringstrappan

För att kunna vandra denna **rehabiliteringens ”Via Dolorosa”** förutsätts en mängd olika saker som i verklighetens Golgata-vandring inte är lika självklara. T.ex. att det problem som ska tacklas hos den enskilde är entydigt och bestämbar med utgångspunkt i de enskilda aktörernas professionalitet. Tänk om problemet och lösningarna inte låter sig tolkas utifrån ett specialist- eller standardiseringsperspektiv? Tänk om det handlar om ett multiproblem där flera olika delproblem hänger samman och där symtom och underliggande orsaker är invävda i varandra? Tänk om ingen meningsfull tolkning är möjlig av rehabproblemet utan en helhetssyn!

Vem kan egentligen tala om vad som är Saras problem? Och är det självklart att de olika stegen ska, kan eller bör tas i en viss ordning. Hänger de för övrigt ihop eller finns det, som i bilden nedan **ett stort glapp i rehabtrappan**. Ett glapp som i huvudsak finns mellan de omvårdande och försörjande myndigheterna (socialtjänst, socialförsäkringssystem och sjukvård) och de arbetsmarknadsorienterade myndigheterna (AMI, AF). Ett glapp som handlar om regelsystem, synsätt, krav, värderingar, uppdrag etc.



Ingvar Nilsson/SEE, 08/551 520 69, 1997-10-20

7

Men man måste också ställa sig frågan, vad är målet för Saras rehabilitering. Till vad kan man rimligtvis rehabiliteras? (på modern arbetsmarknadspolitisk prosa talar man idag om det nya begreppet "övergångsarbetsmarknad"). I de flesta fall tänker man nog oreflekterat att målet är vad vi brukar kalla "riktigt" arbete. Detta i sin tur väcker åtminstone två följdfrågor. Vad är riktigt arbete? Vad är i grunden den avgörande principiella skillnaden mellan en OSA-anställd eller lönebidragsanställd person i den kommunala organisationen å ena sidan och en vanlig kommunalt anställd person å den andra? De försörjs båda av skattemedel, de producerar båda efter sin förmåga. Skillnaden ligger i att de befinner sig i olika ersättningsystem med lite olika logik och värderingar – marknadslogiken kontra den välfärdspolitiska logiken.

Den ena gruppen erhåller lön och självkänsla. Den andra får något som (direkt eller indirekt) brukar betecknas som bidrag och får sin självkänsla rubbad. Vi måste rimligtvis ställa oss frågan vilket värderingssystem och vilken logik ska råda?

Annorlunda uttryckt; hur ser man på målet för arbetsmarknadsrehabiliteringen i en värld där kön av personer i arbetsför ålder som befinner sig utanför det konventionella lönearbetets dörr ligger någonstans mellan 750.000 och 1.000.000 människor². I en värld där arbetsgivarna ställer allt högre krav på personlig, social och yrkesmässig kompetens på de personer man ska anställa – delvis en följd av internationaliseringens konsekvenser för företagen då det gäller att vara konkurrenskraftiga.

Frågan är om det är möjligt för alla att få ett riktigt arbete. Kanske handlar processen om att stuva om i och aktivera kön av alla de personer som idag är utestängda från den

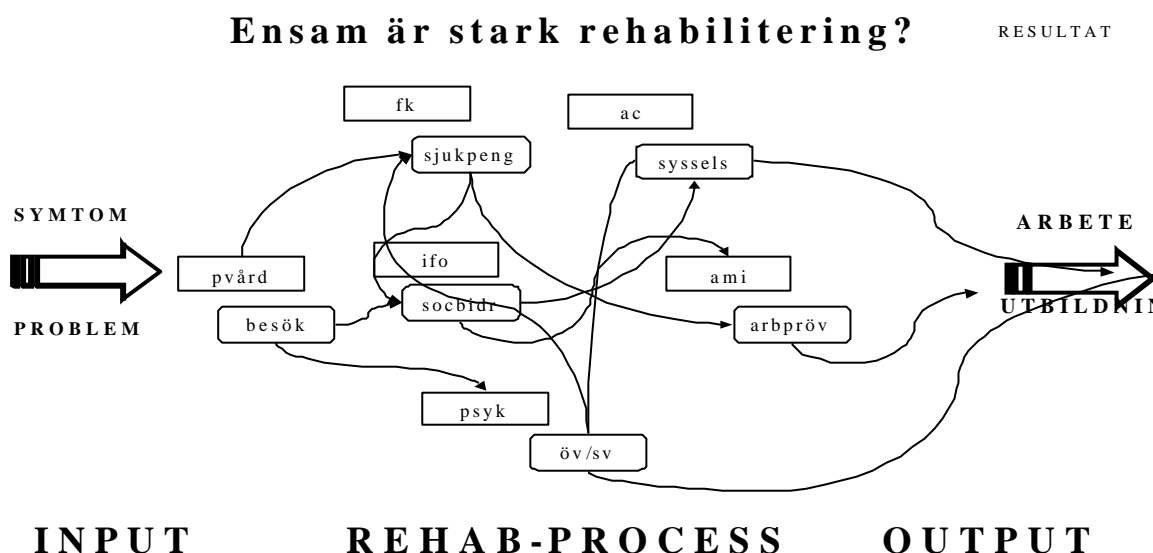
² I denna grupp finns ett stort antal olika kategorier; öppet och dolt arbetslösa, personer i mer eller mindre permanenta arbetsmarknadspolitiska åtgärder, personer som av olika skäl valt att stå utanför arbetskraften, förtidspensionerade, sjukbidrag, OSA, OTA etc.

konventionella arbetsmarknaden? Är det här begreppet övergångsarbetsmarknad kommer in³? En sak är dock säker; varje person som professionellt arbetar med komplexa rehabprocesser tvingas ta personlig ställning till denna centrala välfärdspolitiska fråga.

Man brukar ibland säga att man bör sikta mot stjärnorna för att nå trädkropparna. Är det inte så för vissa av oss att innebörden av att sikta mot stjärnorna leder till att vi alltid misslyckas och vår negativa självbild förstärks? Om det är på det viset, leder då inte målet riktigt arbete till att man för vissa typer av människor motverkar syftet med en rehabiliteringsprocess?

5.2.3 Att optimera däckstolarnas placering på Titanic

I själva verket bygger den konventionella rehabiliteringsmodellen på tanken att rehabiliteringens löpande band (vårdkedjorna) består av **ett input, en arbetsprocess och ett output**. Man kan betrakta det hela som ett sorts standardiserat flödesschema för rehabilitering där varje pusselbit har sin givna plats – en konsekvens av det industriella rehabparadigmet.



Input utgörs av ett antal olika symtom som i regel tas till intäkt för att de utgör det problem som ska lösas. Detta har vi kunnat konstatera är en långt ifrån självklar tanke. Det kan tänkas att en felaktig eller ofullständig problemdefinition kan leda till en helt inadekvat rehabprocess.

Output är nästan alltid definierat som arbete eller utbildning. Även detta har vi kunnat konstatera är långt ifrån en självklar sanning. Målet för en process kan liknas vid en sorts kompass som anger färdriktning och landningspunkt. Men tänk om kompassen har en allvarlig missvisning? Då finns det en betydande risk att vi orienterar fel i rehabprocessen.

³ Det har i den moderna arbetsmarknadspolitiska prosan under de senaste 20 åren dykt upp under olika begrepp i den välfärdspolitiska debatten; lokal ekonomi, social ekonomi, det finns bruk för alla, kooperativ ekonomi, den tredje sektorn, den fjärde sektorn etc.

Däremellan äger rum **en process som vi brukar kalla rehabilitering**. Och eftersom vi anställt en mängd begåvade personer för att sköta detta arbete hos ett antal olika huvudmän utgår vi från att resultatet av deras samlade ansträngningar är begåvat och effektivt. Ungefär som i figuren ovan.

Men låt oss stanna upp ett ögonblick och fundera över några olika frågor. Tänk om ingen av de enskilda aktörerna ser helheten. Tänk om varje part försöker lösa sitt uppdrag så bra som möjligt utan att beakta vad de andra gör. Tänk om man försöker lösa fel problem och orientera med hjälp av en kompass som lider av svår missvisning.

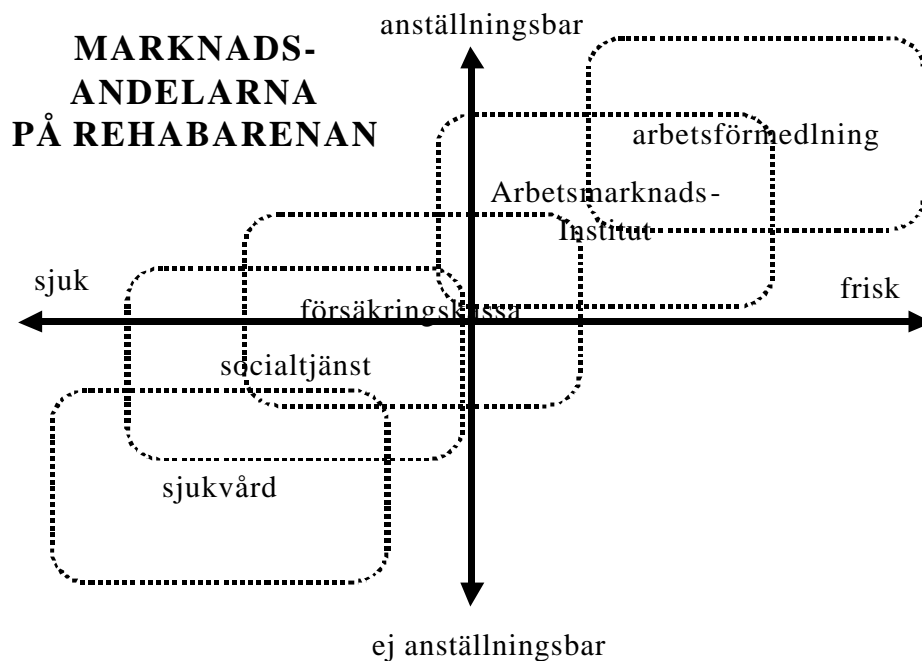
Och tänk om det är på det viset att **den för varje myndighet mest gångbara operationella definitionen av framgångsrik rehabilitering är att ärendet ska vara avfört från aktiv handläggning hos den egna myndigheten?** Befinner vi oss inte då i samma läge som besättningsmannen på Titanic som in i det sista försökte få ordning på däckstolarnas placering? Eller är detta en konsekvens av det industriella rehabparadigmet?

5.3 Att slå in en skruv med hjälp av en hammare

5.3.1 Frisk eller sjuk, anställningsbar eller ej

Sara omges av många olika offentliga aktörer. Varje aktör har sin begreppsvärld och sina begrepp. Vi kan inte ens enas om vad vi ska kalla Sara. Prova några olika begrepp och fundera vad de kan stå för; klient, patient, kund, den försäkrade, brukare, arbetssökande, ärende osv. Ur sjukvårdens perspektiv tänker man ofta i termer av frisk eller sjuk. De aktörer som arbetar närmare arbetsmarknaden tänker i termer anställningsbar eller ej.

Man kan ställa de två begreppsparen mot varandra och försöka placera in de olika aktörerna och hur de uppfattar sina verksamhetsområden. Det kommer då att tämligen klart framgå att vi får en sorts rollfördelning i figuren nedan av ungefär följande slag.



Med alla de reservationer en sådan här överförenkling innebär finns det ändå ett antal intressanta reflektioner man kan göra. Den första har att göra med själva **sjukdomsbegreppet**. Vad är friskt och vad är sjuk, dvs. vad innebär normalitet? Är sjuk ett medicinskt eller kanske också ett sociologiskt begrepp? Och vad handlar frisk om? Handlar det om att lösa grundproblemet eller att skapa symtomfrihet – lite tillspetsat Prozac eller bearbetning av livets olika smärtsamma frågor?

Bilden visar en sorts **korrelation mellan friskhetsbegreppet och anställningsbarhetsbegreppet** – ju friskare desto mer anställningsbar, eller? Förmodligen är det så vi ofta tänker. Men vad händer då personer blir friska, men inte uppfattas som anställningsbara? Var hamnar socialt udda personer i denna figur? Och hur ser konsekvenserna ut av den terminologikrock (och synsättskrock???) som kan uppstå å ena sidan mellan sjukvård/socialtjänst och å andra sidan försäkringskassa/AMI+Af? Är det då så att vi mer eller mindre oavsiktligt motverkar varandra på grund av oklarheter kring roller, gränser, uppdrag och mandat?

Vi kan också fundera över hur konjunktur känsliga och välfärdspolitisk känsliga de olika begreppen är. Ju mer överefterfrågan av arbetskraft som råder (dvs högkonjunktur) desto mer benägna är arbetsgivarna att anställa personer som har vissa kompetensbegränsningar. Detta samvarierar naturligtvis med de arbetsmarknadspolitiska aktörernas uppfattning om begreppet anställningsbarhet. På samma vis har benägenheten att anse att enskilda människor har rätt till sjukpenning eller andra välfärdspolitiska försörjningsförmåner starkt varierat över tiden beroende på hur ansträngda de välfärdspolitiska finanserna i allmänhet och socialförsäkringsfinanserna i synnerhet varit.

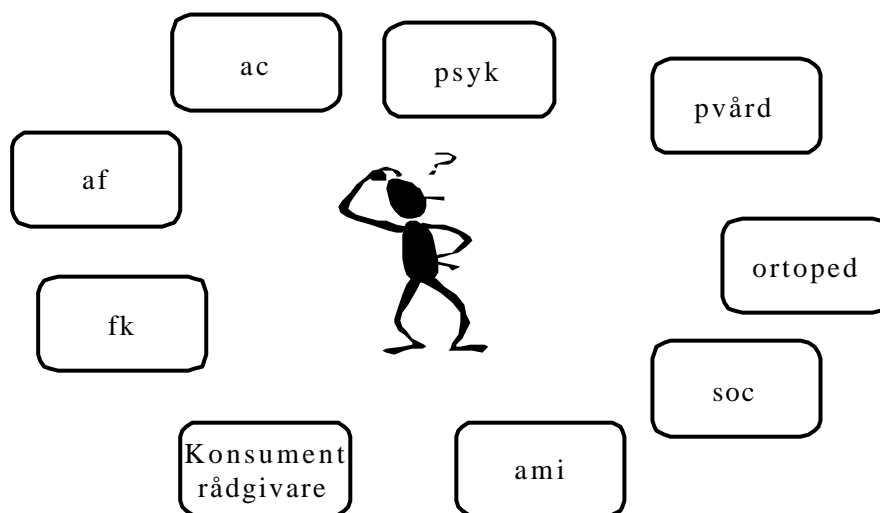
Hur ser för övrigt rollfördelningen ut i figuren. Är de olika parterna överens om var deras olika mandat och gränser börjar och slutar och har de samma uppfattning om sig själva och sina medaktörer som dessa har om sig själva. Med andra ord; utgår de samverkande parterna från samma världsbild? Vår alldeles bestämda bild är att så inte alls är fallet. Ibland är man

inne i varandras sfärer och konkurrerar kring klienten, ibland låter man denne handlöst falla mellan stolarna. Detta sker ofta till synes helt slumpmässigt.

5.3.2 Man måste vara väldigt frisk för att kunna orka vara sjuk

Det vi kan konstatera är alltså att bilden av Sara är utomordentligt fragmenterad. Det finns ett brett knippe av aktörer med sitt speciella språk, sina begrepp, sina världsbilder, sina uppfattningar om hur problemet Sara egentligen ser ut, sitt specifika uppdrag och sin specifika människosyn. Ungefär som i bilden nedan.

Intressenter Sara och hennes rygg



Detta mångfacetterade eller fragmenterade synsätt kring Sara, skulle i den bästa av världar kunna leda till ett helhetsperspektiv på hennes problem. Som verkligheten nu ser ut får vi i stället en massa negativa effekter av detta

* **oklar rehabiliteringssyn** vilket innebär att de olika parterna kan ha olika bilder av både vad problemet är och hur lösningen kan se ut. Detta kan leda till att de olika parterna letar symtom och försöker dämpa negativa symtom, men att ingen part letar efter grundorsakerna till problemen i Saras liv.

* **svartepetter kring ansvaret** vilket innebär att det kan finnas en benägenhet för varje aktör att slippa behöva ta ansvar för denna typ av besvärliga klienter. För Ami representerar Sara ett svårt och komplext problem, som ligger lite vid sidan av det egentliga uppdraget. För försäkringskassan leder hon till höga kostnader för socialförsäkringssystemet. Och kommunen vill till varje pris undvika att hon kommer in i socialbidragsbudgeten.

* därmed kommer **ingen part att vilja att ta ansvar för helhetssynen** kring Sara, eftersom helhetssyn leder till risken att få ansvaret i knäet. Det är överhuvudtaget oklart om någon har ansvar för Saras situation eller om hon – klämd mellan dessa olika sköldar – vid

sidan av att härbärgera och bearbeta sin sjukdom också ska vara den som skapar en helhetssyn och integrerar dessa olika aktörers perspektiv.

Denna karusell är följden av vårt sätt att organisera offentlig verksamhet i ett antal parallella och i bästa fall oberoende hierarkier. I värsta fall motverkar de varandra.^{4[1]} Varje sådan struktur har sitt synsätt, sin begreppsapparat, sin världsbild och sina behandlingsideal. Vi har till och med olika namn på Sara; klient, patient, försäkringstagare, arbetssökande, kund, brukare eller varför inte "ärendet Sara".

5.3.3 Det socialpolitiska gatloppet

Konsekvensen är att Sara får löpa en sorts **socialpolitiskt gatlopp**^{5[2]} mellan de olika aktörerna och på bästa vis försöka hantera de perspektivkonflikter hon utsätts för. Hon ska inte bara vara sjuk hon ska dessutom medla mellan dessa olika synsätt och integrera dem i sig själv. **Man måste sannerligen vara riktigt frisk för kunna orka vara sjuk i en sådan värld.**



I praktiken fungerar detta en aning sämre än så. Det är nämligen på det viset att det en aktör gör i högsta grad påverkar inte bara Sara utan också direkt eller indirekt effekterna av alla andra insatser i positiv eller negativ riktning. **De olika aktörernas agerande påverkar varandra som kommunicerande kärnl.**

^{4[1]} se vidare SOU 1996:35, Egon Jönsson

^{5[2]} se vidare Nilsson, Vi byggde nätverk, rapport till psykiatireformens ledningsgrupp i Södertälje.

5.4 Gråzonsproblematikens moment 22

I Joseph Hellers bok Moment 22 beskrivs en paragraf, paragraf 22, som säger att personer som är tokiga kan befrias från krigstjänst om de ansöker om det. Men om de har förmågan att ansöka om befrielse från krigstjänst kan de inte vara tokiga. Så verkar det vara för Sara. Hon är för frisk för att vara sjukskriven och komma i åtnjutande av kvalificerad sjukvård. Hon är för sjuk för att bli till föremål för arbetsmarknadsrehabilitering. För frisk för vårdsystemen (socialtjänst & psykiatri). För sjuk för arbetsmarknadssystemen (AMI & AF). För frisk för att erhålla sjukpenning.

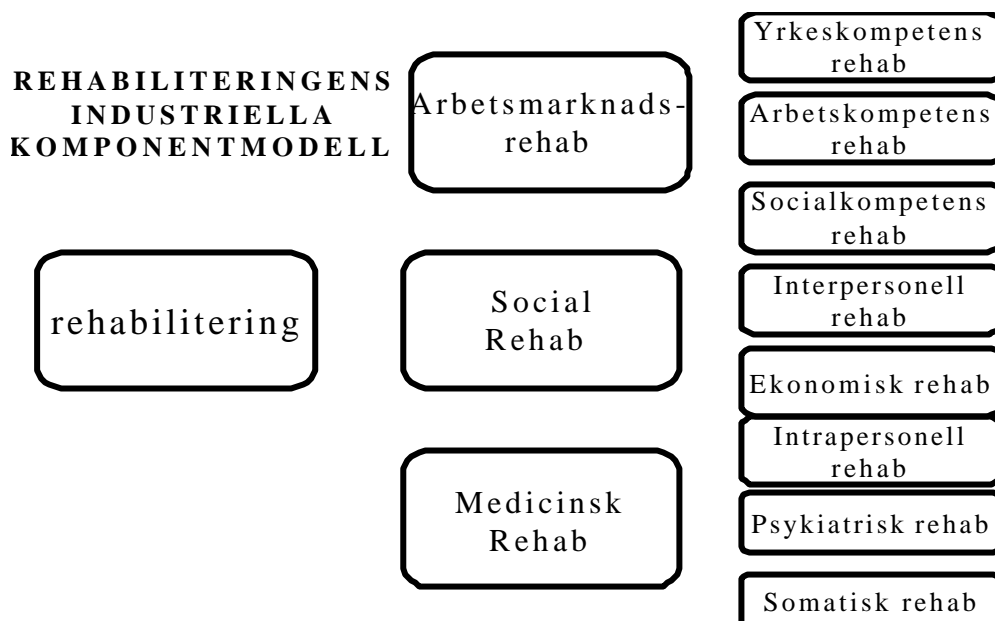
5.4.1 Rehabiliteringens löpande band

Mycket av problemet har att göra med att det råder en oklarhet kring vilken sorts rehabilitering hon är i behov av? Kanske har det att göra med att ingen av de berörda organisationerna har gått till grunden med begreppet. Vad betyder egentligen begreppet rehabilitering?

Ur **landstingets** perspektiv har Sara behov av en **medicinsk rehabilitering**, vilken i sin tur – på helt konstgjord väg - kan delas upp i en **psykiatrisk** och **somatisk del**. Ont i ryggen och ont i själen. Är det två olika problem, eller två olika symtom på samma grundproblem?

Ur **socialtjänstens** perspektiv behöver hon nu rehabiliteras både som individ och som individ i ett socialt sammanhang. **Intrapersonellt** innebär detta att hon nu måste återupprätta självkänsla och självförtroende. **Interpersonellt** innebär att med detta som utgångspunkt bearbeta sina relationer till andra. Att återupprätta sig själv i rollen som en förvärvsarbetande person. Men hon måste också genomgå någon form av **ekonomisk rehabilitering** – få sin privatekonomi på fötter igen.

Ur **arbetsmarknadens** synvinkel kan man ställa tre typer av krav på Sara för att hon ska kunna sägas vara rehabiliterad. För det första att hon har en **social kompetens** som motsvarar de krav en arbetsgivare ställer och för det andra att hon har en **arbetskompetens** dvs. förmågan att fungera på en arbetsplats såsom att komma i tid, sköta tilldelade arbetsuppgifter, finna sin roll i ett arbetslag etc. För det tredje krävs att hon har en **yrkeskompetens** som efterfrågas och som hon själv klarar av



Ser man rehabiliteringsbilden på detta vis förefaller tanken på att först göra det ena och därefter det andra för att slutligen tackla det tredje, fjärde etc. rehabproblemet som en tämligen absurd tanke som knappast kan tänkas ut annat med det industriella paradigmet som förebild. Vi ser ju tydligt hur de olika aktörernas intresseområden vävs in i varandra. Likväl är det just så systemet fungerar. Varje aktör förväntas hantera sin bit för sig och när man är klar med det arbetet lämnar man över halvfabrikatet (dvs. Sara) till nästa aktör som tar över i förädlingsprocessen.

5.4.2 För frisk och för sjuk på samma gång

Men bilden kompliceras inte bara av att de olika aktörerna har olika uppdrag som antas vara oberoende av varandra i rehabarbetet. Den förstärks av att det råder perspektivkamper mellan de olika aktörerna under resans gång.

Vem ska betala för Saras försörjning? Är hon frisk eller sjuk? Står hon till arbetsmarknadens förfogande eller ej? Ska vi värna om Saras hälsa eller ska vi påskynda rehabprocessen? Några av de vanligaste perspektivkonflikterna finns illustrerade i figuren nedan.

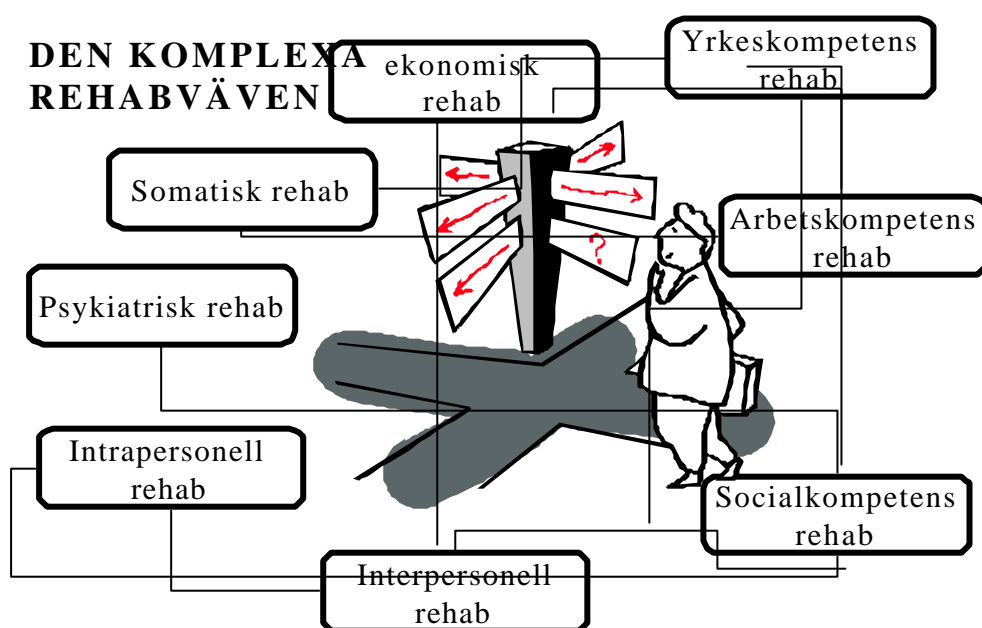
PERSPEKTIV	AKTÖR A	AKTÖR B
Frisk - anställningsbar	Fk; för frisk för sjukpeng	AMI; för sjuk för arbete
Försörjningsansvar	Socialtjänsten, inte mitt bord	Fk; inte mitt bord
Rehabtempo	Fk, skynda, skynda	Sjukvården; ta det lugnt
Problemdefinition	Psykiatrin, psykiskt sjuk	Arbetsförmedling,

		arbetslös
Sjukdom	Primärvård, ont i ryggen	Psykiatrin; ont i själen

Det är en ganska trivial, men i praktiken oerhört svårtillämpad, slutsats att framgångsrik rehabilitering måste bygga på att dessa perspektivkonflikter löses upp.

5.4.3 Den komplexa rehabväven

Vi ser alltså hur de olika rehabiliteringsdelarna rimligtvis kommer att påverka varandra. De är invävda i varandra på ungefär följande vis..



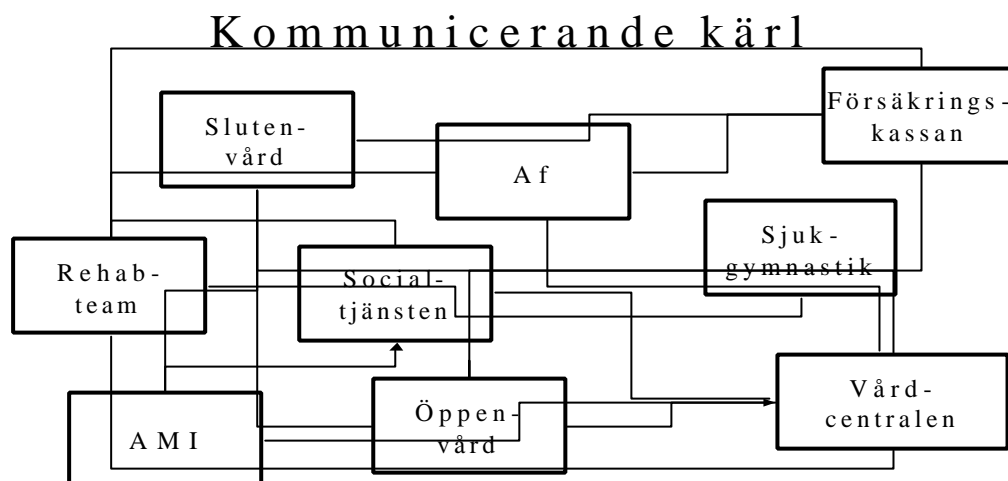
Man behöver inte vara särskilt insatt i frågan för att begripa att rehabiliteringens olika delar griper in i varandra och rimligtvis borde stödja varandra i det konkreta rehabarbetet. Det som görs bra eller dåligt i en av boxarna ovan påverkar naturligtvis – på gott eller ont resultatet i alla de andra boxarna.

Genast dyker frågan upp; vem företräder den enskilde. Vem är hans **personliga ombud**? Vem har ansvar för helheten? Vem är **Case-manager**?

5.4.4 De kommunicerande kärnen

I praktiken fungerar detta en aning sämre än så. Det är nämligen på det viset att det en aktör gör i högsta grad påverkar inte bara Sara utan också direkt eller indirekt effekterna av alla andra insatser i positiv eller negativ riktning. **De olika aktörernas agerande påverkar varandra som kommunicerande kärn**. Låt oss exemplifiera.

Om försäkringskassan bestämmer sig för att driva frågan om Saras sjukpenning ganska hårt kommer detta att påverka hennes mentala hälsa. Detta kommer i sin tur att påverka hennes möjligheter att klara det nåsöga arbetspsykologen utgör vid AMI. Hans agerande kommer i sin tur återverka på Saras terapeutiska process, vilket i sin tur kommer att återverka på möjligheterna att få henne frisk. Detta gör att försäkringskassan kan riskera att hon blir så dålig att hon tvingas förtidspensioneras. Cirkeln slutes.



Poängen är inte om detta är rätt eller fel. Poängen är att ingen enskild aktör kan uträtta ett bra arbete kring Sara om hans arbete bryts ut ur en helhet. Och har vi ingen helhetsbild är risken stor att varje aktör gör så gott han eller hon kan och att ingen beaktar hur detta slår totalt sett för Sara.

5.4.5 Agenda för en korkad rehabilitering

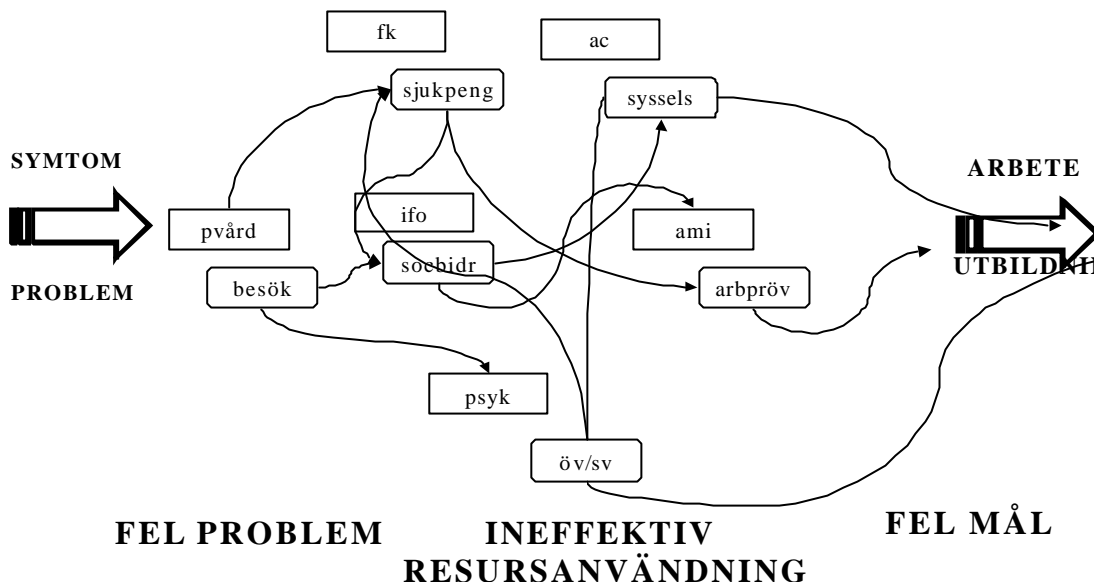
Sålunda finns det goda skäl att tro att den industriella rehabiliteringsmodellen inte är särskilt framgångsrik då det handlar om komplexa ärenden. Om vi återvänder till den figur vi utgick från tidigare, kan vi se att den innehåller minst tre allvarliga problem. För det första försöker man ofta **tackla fel problem**. Man ger sig på en ofullständig problembild, eller de mer manifesta symtomen i stället för att ta sig an de underliggande orsakerna.

För det andra har man **ofta ogenomtänkta, felaktiga eller i bästa fall orealistiska mål för vad man kan uppnå i ett sådant arbete**. Man kanske ska arbeta med helt andra mål än arbete och utbildning, eller man kanske ska införa helt nya mål som komplement till dessa.

Slutligen finns det en stor risk att man inne i rehabiliteringssystemet använder sina resurser utan samordning och utan att skapa de synergieffekter som bör vara möjliga att uppnå. Risken är till och med stor att man (oavsiktligt) motverkar varandras insatser under rehabprocessen. På så vis får man **en ineffektiv resursanvändning**.

Det som på ytan ser ut som en "ensam-är-stark-rehabilitering", är i själva verket ett exempel på en "ensam-är-korkad-rehabilitering"

Ensam är korkad - rehabilitering

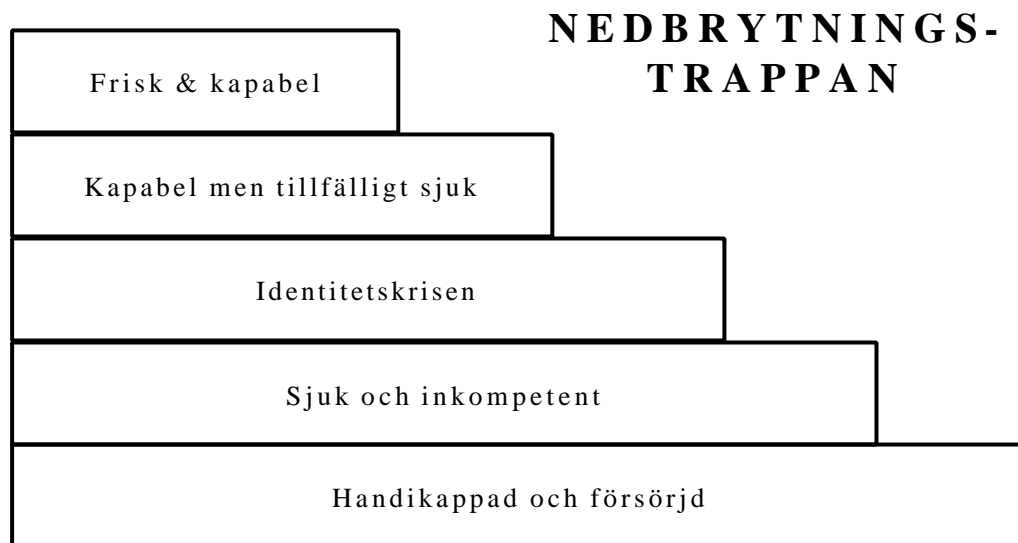


5.5 Utslagningsryssjan

Då man fångar gäddor sätter man ibland upp en ryssja. Idén med denna är mycket enkelt, det är enklare att ta sig in än att ta sig ut. För Saras del förhåller det sig på samma vis. Hon var ursprungligen **en kapabel och självförsörjande person** för vilken livet en dag blev för övermäktigt. En sträng brast – ryggen orkade inte längre med. Hon insjuknar. Nu påbörjas en omidentifieringsprocess för Saras del som handlar om att hon mer och mer, både av sig själv och omvärlden behandlas som mindre kapabel. Hon förvandlas från medarbetare inom hemtjänsten till först patient och därefter rehabärende. Detta påskyndas av att aktörerna i figuren ovan sällan har en sådan samverkan att man tidigt kan fånga upp och ta hand om Sara.

Hennes funktionsförmågor avtar och i takt med detta hennes självkänsla. För dem som sysslar med rehabiliteringsforskning är det välkänt att det finns trappsteg i detta förlopp då processen accelererar fortare än annars.

En sådan tidpunkt är efter cirka 3 månaders sammanhängande bortavaro från jobbet en annan är efter cirka ett år. Det som händer då man rasar ner för dessa höga trappsteg är att vägen tillbaka plötsligt blir så svår. Efter tre månader börjar man sluta se sig själv som en i huvudsak förvärvsarbetande person. Man ändrar vanor och ändrar dygnsrytm. Efter ett år börjar man att identifiera sig själv som i huvudsak sjuk. Det blir inte bara svårare att rehabilitera, utan helt nya sekundäreffekter dyker dessutom också upp. Människor vänder på dygnet, anpassar hela sin livsrytm och sitt livsmönster till en sorts sjukdomsbild av sig själv. Man skulle kunna tala om en sorts **samhällelig hospitaliseringsmekanism**. Vi får en sorts negativ spegelbild till rehabtrappan; **en nedbrytningstrappa**.



Då vi lämnar Sara i vårt worst case har hon ”framgångsrikt” genomfört en vandring längs nedbrytningstrappans alla steg och från att ha varit en frisk och kapabel person har hon ”med stöd av” samhällets olika hjälpinsatser förvandlats till en hjälplös och försörjd person med ringa självkänsla.

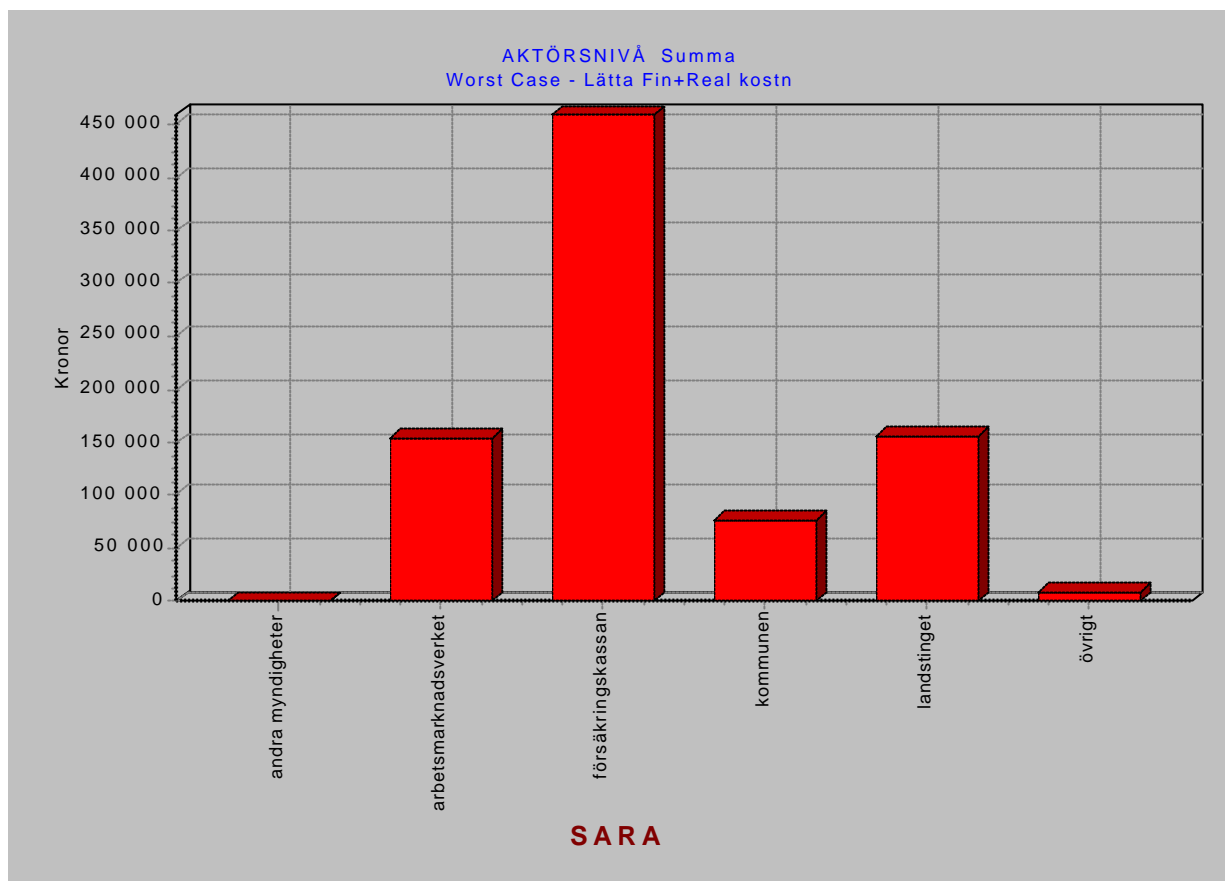
6. DE EKONOMISKA KONSEKVENSERNA AV WORST CASE UNDER FEM ÅR

Allt detta leder till betydande ekonomiska konsekvenser för samhället både i form av ökad vårdkonsumtion, förbrukning av handläggningsresurser och i form av försörjningskostnader. Dessutom uppstår kostnader i form av minskade skatteintäkter i första hand för kommun och landsting. För Sara innebär detta en betydande reduktion av det som brukar kallas privat konsumtionsutrymme i form av först minskad lön och därefter minskad pension. Låt oss se vad Sara kan komma att kosta samhället under den femårsperiod vi studerat

6.1 Kostnader för de samlade myndigheterna

Vi ser då att den samlade kostnaden för de olika aktörerna under femårsperioden uppgår till cirka 850.000 kronor eller cirka 175.000 kronor på årsbasis. En tämligen stabil kostnad som – i detta scenario kommer att fortsätta att löpa under de kommande 33 åren fram till Saras ålderspension. Sålunda skulle man kunna säga att varje person av Saras slag under dessa 33 år kommer att generera en samhällskostnad för de berörda fyra myndigheterna på cirka 5.800.000 kronor. För varje framgångsrikt rehabiliterad person med denna diagnos och i detta åldersläge är den potentiella vinsten hela denna summa eller delar av den.

Vi ser också att den dominerande andelen av kostnaderna 54% bärs av försäkringskassan. Resterande delar bärs av arbetsmarknadsmyndigheterna och landstinget med vardera cirka 18% och kommunen med den överraskande låga kostnaden på 9%

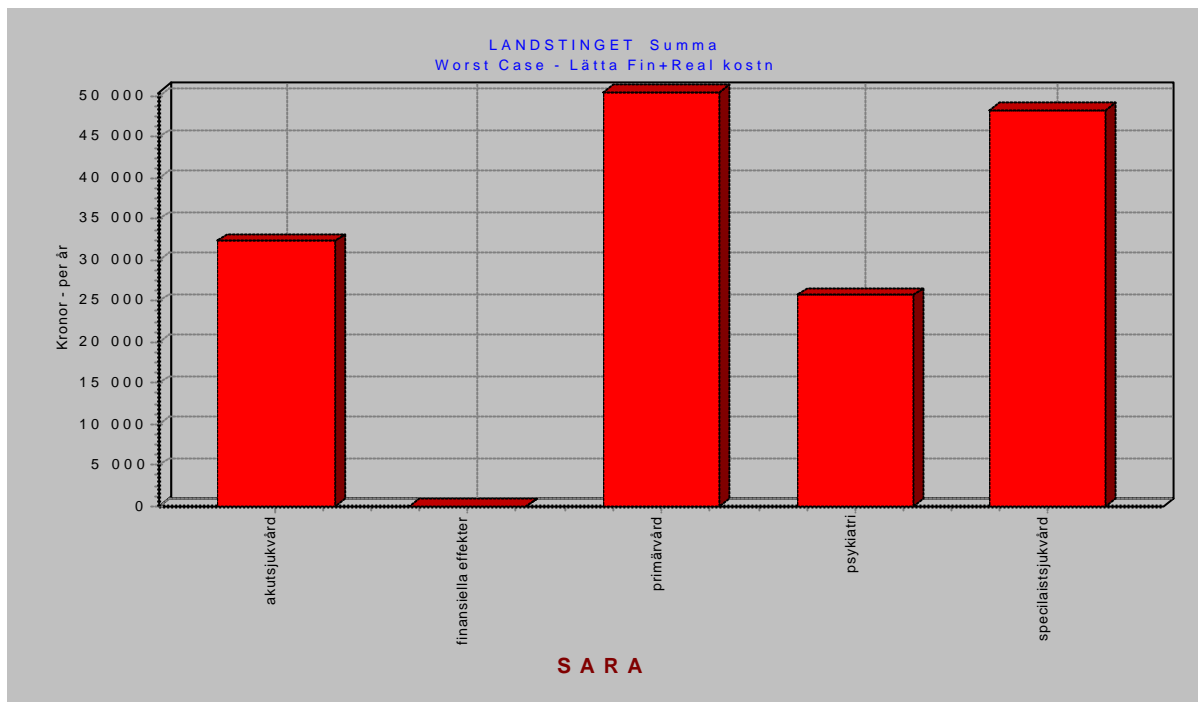


För att förstå hur dessa kostnader uppstår kan det vara värt att studera dem myndighet för myndighet

6.2 Kostnader för landstinget

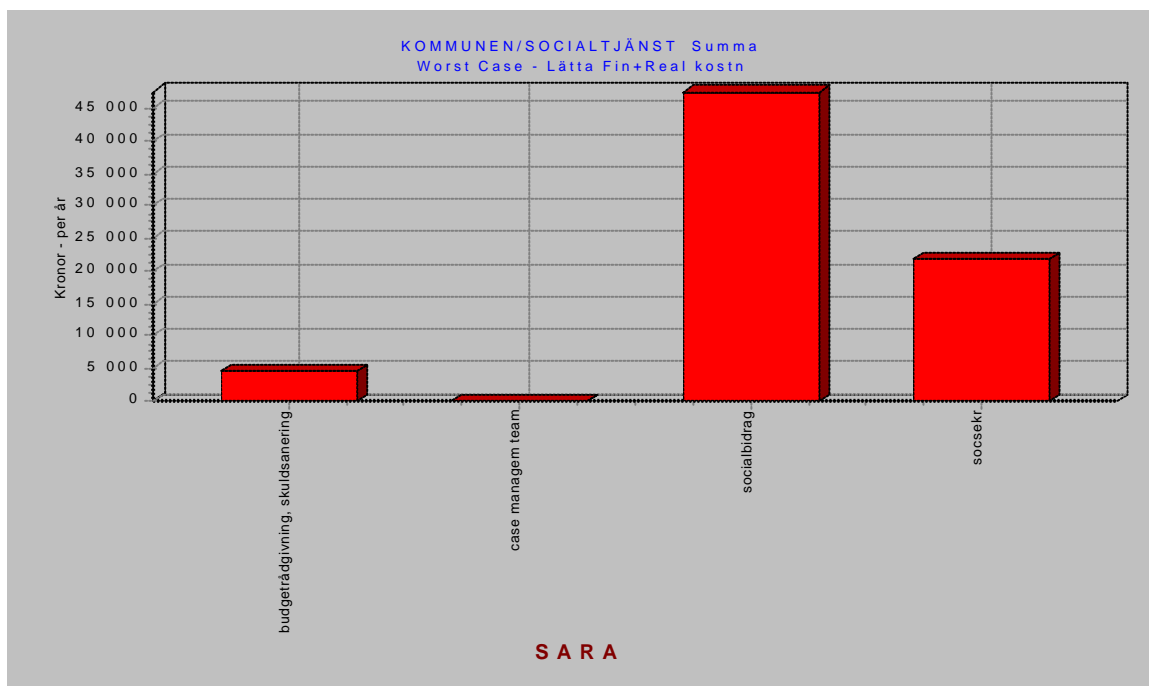
Vi ser då att landstingets kostnader (totalt 160.000 kronor för femårsperioden eller cirka 30.000 kronor per år) uppstår till följd av all den vårdkonsumtion som Sara skapar. Allt från olika former av specialistsjukvårdsinsatser (ortopedbesök, smärtklinik etc.), via den akutsjukvård hon förbrukar till all den tid som åtgår i form av läkarbesök och sjukgymnastik inom primärvården. En del vårdresurser åtgår också för att behandla hennes begynnande depression samt medicinera denna.

Intressant vid sidan av kostnaderna är kanske det förhållande att mycket lite av alla dessa insatser leder till bestående effekter på de grundorsaker som ligger bakom hennes onda rygg. Man kan sannolikt betrakta en stor del av dessa vårdinsatser som en tämligen ineffektiv resursanvändning



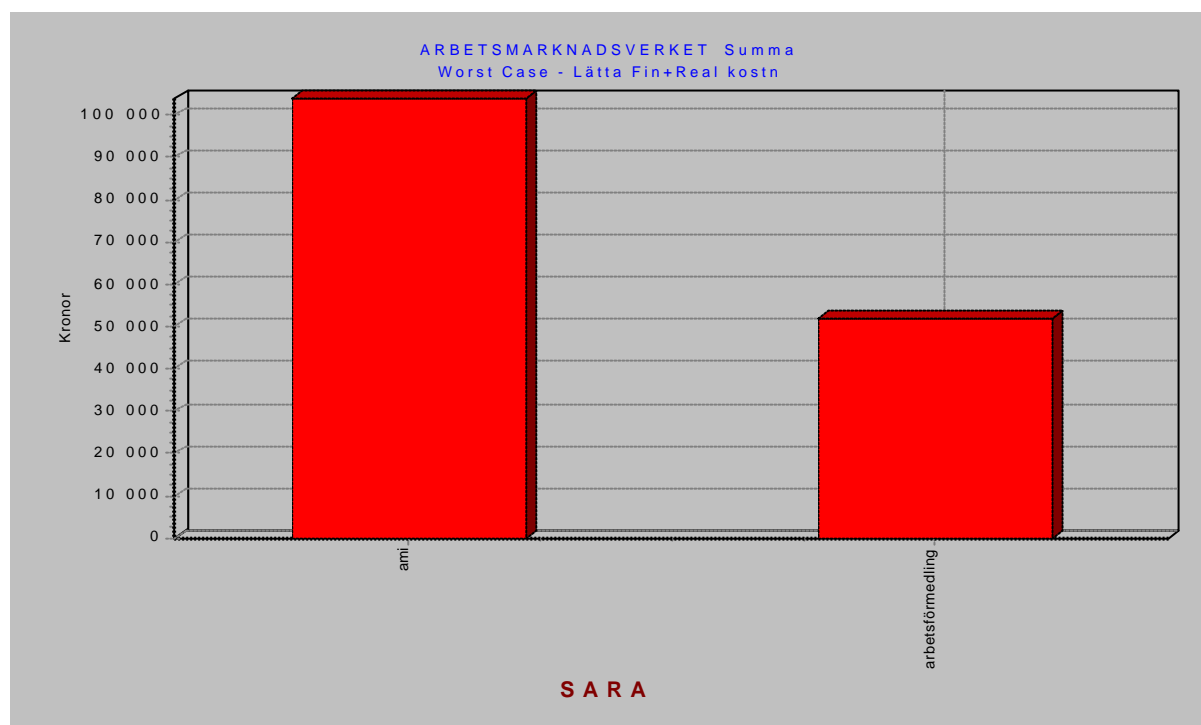
6.3 Kostnader för kommun

Den dominerande kostnadsposten för kommunens del handlar om socialbidragskostnader. Dessa uppgår till knappt 50.000 kronor. Övriga kommunala kostnader handlar framförallt om den handläggartid som läggs ner i arbetet med Sara. Om man studerar förloppet på årsbasis kan man se att de årliga kostnaderna för kommunen handlar om i genomsnitt cirka 15.000 kronor. Det man också kan se är att under de perioder som Sara är utförsäkrad eller 0-klassad från försäkringskassan flerdubblas denna summa och hamnar kring 50.000 kronorsstreck.



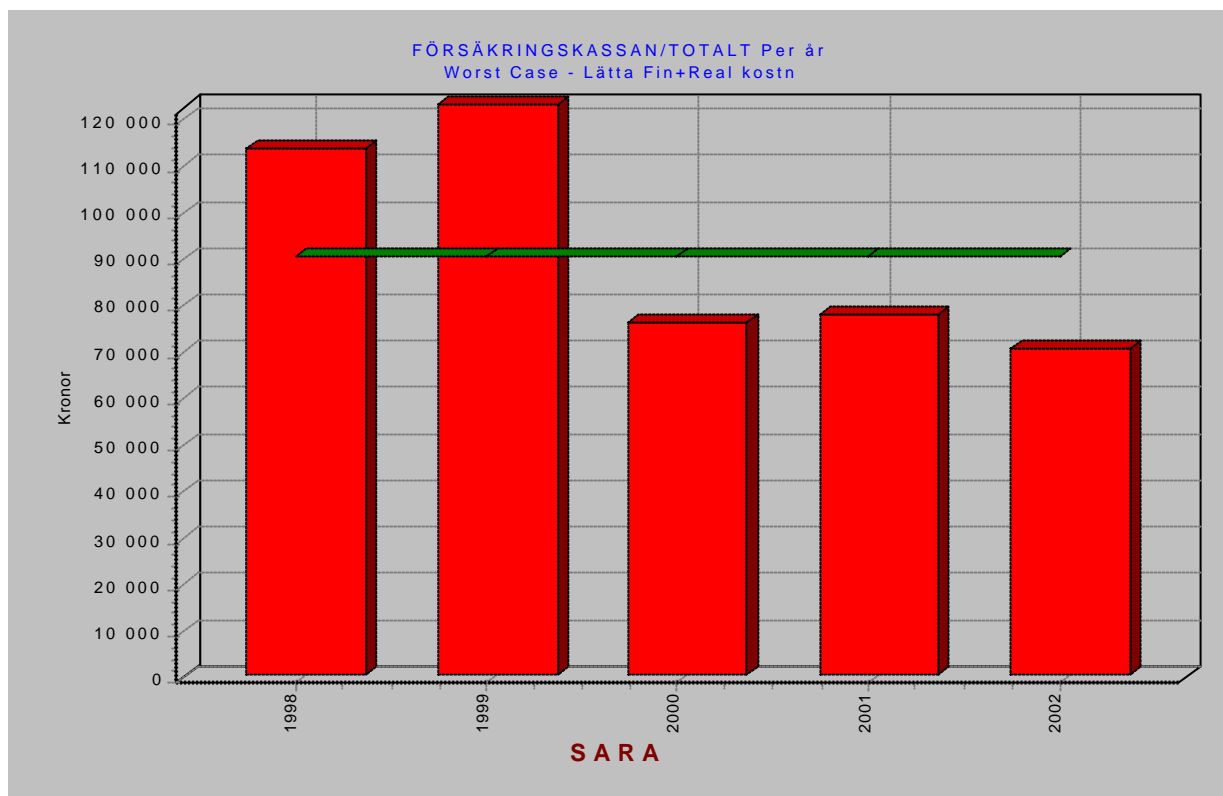
6.4 Kostnader för AMI/AF

Något överraskande är kostnaderna för Sara för arbetsmarknadsmyndigheterna ganska höga – totalt sett cirka 155.000 kronor fördelade med cirka 65% på AMI och cirka 33% på arbetsförmedlingen. Detta utgör kostnader för olika former av lönebidragsanställning och a-kassa. Vid sidan av att dessa kostnader är överraskande höga för en person som man upplever att det är svårt för att tränga in i det arbetsmarknadspolitiska stödsystemet, så är även dessa pengar i allt väsentligt ineffektivt använda resurser. En A-kassa som i Saras fall betalas ut för att finansiera passivitet och olika former av lönebidragsanställningar som inte har sammanhang med andra rehabinsatser vilket leder till misslyckanden för Sara och resursslöseri för samhället.



6.5 Kostnader för försäkringskassan

Försäkringskassans kostnader är i stort en återspeglning av det försörjningsansvar som åvilar denna myndighet. Totalt sett uppgår kostnaden till cirka 450.000 kronor och på årsbasis ligger den genomsnittliga kostnaden på cirka 90.000 kronor. Kostnaderna varierar över tid mellan sjukpenning, rehabersättning och sjukbidrag. Man kan i förlängningen föreställa sig att försäkringskassan i detta scenario kommer att vara den myndighet som de kommande 33 åren har huvudansvaret för Saras försörjning. Vi talar då om en total kostnad för denna period på cirka 2.970.000 kronor



6.6 Slutsatser – de tänkbara intäkterna av framgångsrik rehabilitering

Av ovanstående kan vi genom enkla extrapoleringar se att en framgångsrik rehabilitering leder till

- * minskade försörjningsbördor för samhället
- * ökat samhälleligt produktionsvärde
- * minskad vårdkonsumtion och minskad resursanvändning av andra knappa välfärdsresurser såsom handläggartid
- * ökade skatteintäkter främst för kommun och landsting
- * ökat konsumtionsutrymme för Sara till följd av ökad nettoinkomst
- * höjd pension för Sara

Om vi antar att det är möjligt att med en framgångsrik rehabilitering bistå Sara i att återfå ett relativt lågavlönat arbete de resterande cirka 33 åren innan ålderspension leder detta till en **minskad pensionskostnad och socialbidragskostnad** på $(33 \cdot 6.000 \cdot 12) = 2.4$ Mkr och ett ökat **samhälleligt produktionsvärde** på cirka $(33 \cdot 12.000 \cdot 12) = 4.7$ Mkr.

Skillnaden i **primärkommunal och landstingskommunala skatteintäkter** mellan lyckad och misslyckad rehabilitering är (vid en total kommunal utdebitering på 30%) för denna period $(33 \cdot 6.000 \cdot 12 \cdot 0.3) = 0.7$ Mkr, fördelat ungefär med en tredjedel (cirka 0.2 Mkr) till landstinget och två tredjedelar (0.5 Mkr) till kommunen.

Det **totala privata konsumtionsökningstrymmet** för Sara under samma period blir (vid 30% kommunal utdebitering och vid en reduktion av bostadsbidraget till Sara under samma period med i genomsnitt 1.000 kronor per månad $(33*12*(6.000*0.7 - 1.000)) = 1.2 \text{ Mkr}$

Den totala ökningen av **Saras pensionsinkomster** vid en förväntad livslängd till 80 år blir med samma beräkningsgrund $(15*12* 1.500) = 270.000 \text{ kronor}$.

Det är bl.a. mot bakgrund av dessa potentiella effekter som kostnaderna för en framgångsrik rehabilitering ska värderas.

7. NACKA RYGG NACKPROJEKT (NRNP)

I detta kapitel presenterar vi översiktligt Nacka Rygg Nackprojekt som det idag (vintern 1999-2000) fungerar.

7.1 Teamet

I nack/rygg teamet vid RehabCentrum vid Nacka Närsjukhus har man skapat en början till en sorts **social-medicinskt team** som gör en **samlad bedömning** av patientens situation. Teamet består av en rehabiliterare på deltid (specialist i allmänmedicin), en kurator, tre sjukgymnaster (varav två på deltid) samt en ortopedmedicinsk konsultläkare. Man har också ett mycket gott och systematiskt **samarbete med både försäkringsexperter och rehabhandläggare från försäkringskassan** både kring de enskilda patientärendena och i mer övergripande mening samt vid behov kommunens konsumentvägledare. Arbetsmarknadsinstitutet lyser i projektet helt med sin frånvaro vilket skapar avsevärda problem i projektet och leder till betydande välfärdsluster för den enskilde och samhället vilket vi kommer att se längre fram.

Nack/rygg teamet är en del av RehabCentrum som ingår i Nacka Primärvårdsverksamhet och finns vid Nacka närsjukhus. Verksamhet bedrivs i Rehabcentrums lokaler. Teamet arbetar utifrån en samlad socialmedicinsk (somatiskt och psykosocial) bedömning av den enskilde patienten. Man tar emot två nya patienter /vecka (6-8 patienter/ månad) för bedömning. Man mottar ca 70 - 80 remisser per år, av dessa återremitteras 10 – 15 patienter p g a att de inte uppfyller teamets kriterier. Efter att ha erhållit kallelse till rehabiliteringsbedömning tackar ca 5 - 10 patienter nej. Av de ca 60 patienter som kallas till rehabiliteringsbedömning, **genomgår sedan ca 45-50 patienter per år rehabiliteringsprocessen**.

7.2 Rehabprocessen

Kriterierna för att komma till föremål för rehabiliteringsåtgärder i nack/ryggteamet är att man är boende i Nacka, yngre än 55 år, varit sjukskriven en till sex månader⁶ för värk i nacke och/eller ländrygg. Man ska kunna göra sig förstådd på svenska språket, man ska vara färdigutredd, ej ha pågående arbetsskadetvist eller försäkringstvister p g a olyckor, ej lida av alltför djupa depressioner eller andra svårare psykiatriska diagnoser, ej ha pågående missbruk, ej ha utbredda smärtor. Man ska ej ha en uttalad önskan om förtidspension.

Arbetet med den enskilde baseras dels på dennes **motivation att utföra ett rehabarbete** och dels utifrån **teamets samlade bedömning att man kan göra nytta för den enskilde**.

Syftet med en rehabprocess är att dels **minska smärtans negativa konsekvenser** (dvs. inte nödvändigtvis eller ens primärt att eliminera smärtan) och dels stärka individens förmågan till

⁶ Denna tidsgräns är en strävan i projektet men fortfarande tar man emot patienter med sjukskrivningstid längre än ett år

återgång till egen försörjning. Det ska alltså hos den enskilde finnas en vilja att återta förmågan att försörja sig själv och en motivation att förändra sitt liv.

Rehabprocessen innebär **ett tämligen intensivt arbete under fem dagar per vecka** omfattande allt från sjukgymnastik och läkarbesök till kuratorssamtal. Innan rehabprocessen inleds formulerar man tillsammans med den enskilde ett **rehabiliteringskontrakt** som beskriver vad man vill uppnå under rehabprocessen. Detta kontrakt förnyas var 4- 5 vecka under **rehabprocessen som varar tre – sex månader**. Under rehabprocessen har den enskilde efter kontakter med försäkringskassan försörjning genom sjukpenning.

7.3 Ekonomi och lönsamhet

Nack/ryggteamet är idag finansierat till ca 90 % utifrån befintlig budget för verksamheten och till ca 10 % av projektmedel. Personalkostnaden inkl lönekostnadspåslag uppgår till ca 1.300.000 kronor / år. Övriga projektkostnader (såsom hyreskostnader och övriga driftskostnader) uppgår till cirka 300.000 kronor. Projektets totala kostnader uppgår sålunda till cirka 1.600.000 kronor per år. Med 45 patienter som genomgår full rehabilitering blir **kostnaden för en genomförd rehabiliteringsprocess ca 35.000 kronor**. I denna kostnad ligger medräknat bortfall för sådana patienter som ej bedömts vara lämpade för projektet.

Om vi antar att cirka 50% av de patienter som genomgår rehabprocessen återtar sin förmåga till egenförsörjning, blir **kostnaden för en framgångsrik rehabprocess cirka 70.000 kronor**.

Om dessa kostnader relateras till ovanstående intäkter av en framgångsrik rehabiliteringsprocess för Saras räkning erhålles följande procentuella avkastningstal för en fullständig framgångsrik rehabiliteringsinsats (vilket innebär att Sara efter processen blir självförsörjande resten av sitt yrkesverksamma liv) i vilken kostnaderna för de misslyckade rehabinsatserna medräknas.

Intäktspost	Rehabkostnad	Rehabintäkt	Avkastning i %
Pension & socialbidrag	70.000	2.300.000	3.300%
Samh. Prodvärde	70.000	4.400.000	6.300%
Primärkom skatt	70.000	900.000	1.300%
Landstingsskatt	70.000	400.000	600%
Konsumtionsutrymme ⁷	70.000	1.100.000	1.600%

⁷ med denna uppgift avser vi hur det privata konsumtionsutrymmet för Sara har ökat under hennes återstående tid fram till ålderspension. Uppgiften är en skattning

7.4 Resultat och problem

Då deltagarna lämnar rehabiliteringen är de ej alltid smärtfria men normalt sett alltid ökat sin arbetsförmåga och förmåga till egen försörjning⁸ (i mer än 70%-80% av fallen). Under rehabiliteringens sista månad har de fått vara ute i arbetsträning i ”riktiga” arbeten genom försäkringskassans försorg. Under arbetsträningen är man fortfarande inskriven i nack/ryggteamet och fortsätter med sin rehabilitering som innebär fortsatt träning och stöttning av teamet. Oftast räcker inte en månads överlappning utan ytterligare stöttning skulle behövas. Här uppstår en lucka i rehabprocessen. Ett antal av patienterna är arbetslösa och skulle ha nytta av AMI, men betraktas ofta av AMI som ej anställningsbara, t.ex. på grund av fel kompetensprofil och/eller för låg inre drivkraft/motivation. Detta leder till att ett antal patienter av Saras typ erhåller en fullgod sociomedicinsk nack/rygg rehabilitering som därefter inte skulle leda vidare **om inte** nack/rygg teamet höll i och stöttade patienten under arbetsträningstiden, ibland längre tid än en månad. Detta skapar frustration i nack/ryggteamet då man egentligen enbart ska arbeta med social/medicinsk rehabilitering, och man nu blir förhindrad att ta emot nya patienter. Konsekvensen för individer som Sara skulle annars ha blivit att de åter en gång returneras till de sociala och medicinska aktörerna – en tämligen ineffektiv rundgångseffekt – med betydande negativa konsekvenser för deras motivation och självkänsla samt betydande negativa effekter för ekonomi och effektivitet.

Man skulle kunna säga så här att på vandringen upp på rehabtrappan är trappsteget mellan NRNP och arbetsmarknaden (i första hand AMI) för stort. De enskilda individerna kanske har en motivation att gå vidare, men viljan och orken räcker inte till. Sett ur deras totala livssituation blir det rygg/nackproblemet som får bägaren att rinna över. Man skulle också kunna säga att de är “för friska” för sjukvården och försäkringskassan och “för sjuka” för arbetsmarknads-myndigheterna. Det saknas helt enkelt länkar i rehabkedjan.

⁸ Vilket inte nödvändigtvis behöver betyda att man är anställningsbar

8. ARBETSFÖR MEN INTE ANSTÄLLNINGSBAR – MIDDLE CASE

Vi är nu inne i studiens middle case. Vad händer Sara om hon får bli till föremål för en rehabprocess där många (men inte alla) av välfärdssamhällets rehabresurser samordnas och hon får möta ett samlat och genomtänkt rehabsynsätt. Dvs just den verklighet som är dagens rygg-nackprojekt i Nacka.

8.1 1998 – För första gången tagen på allvar

8.1.1 Sara möter rygg/nackteamet

I slutet av november 1997 får Sara en remiss till nack/rygg teamet från sin läkare på Boo vårdcentral. Hon får nu, efter kontakter med sin rehabhandläggare Mia, på försäkringskassan, klart för sig att hon utan ifrågasättanden får behålla sin sjukpenning under den rehabiliteringsbedömning som hon nu ska genomgå. Detta besked gör henne lättad och hon tycker sig uppleva att ryggsmärtorna minskar något efter detta besked. Men, jag kanske bara inbillar mig, tänker hon.

I mitten av december får hon ett brev från nack/ryggteamet där hon kallas till bedömning angående rehabilitering. Först blir hon en aning tagen och rädd av att kallas till fem olika bedömningar (vid olika tillfällen) och ett möte med hela teamet, allt detta under en två-veckors period! I brevet finns också ett frågeformulär, hur ska hon kunna komma ihåg och besvara alla dessa frågor? Men då hon hunnit samla sig upptäcker hon att den känsla hon genomströmmas av är att någon tycks ta hennes problem på allvar. Detta gör henne glad. Redan i det första brevet får hon sig en tankeställare ty det står så här;

”all vår rehabilitering syftar till att minska smärtans negativa konsekvenser samt stärka individens förmåga till återgång i egen försörjning.”

Vadå, tänker Sara, är inte meningen att bli av med smärtan och bota mig. Detta blir också den fråga hon ställer till team-doktor Ann vid det första besöket som sker i början av januari 1998. Det svar hon får gör henne delvis besviken. Ann förklarar att all ryggsmärta inte går att bota, men att man nästan alltid kan hitta ett sätt att hantera och leva ett bra liv trots smärtan. Av Ann får hon också veta vad deltagande i RehabCentrums nack/rygg rehabverksamhet innebär. Sara blir förvånad över att tillfrågas om varför hon kommit till RC och vad hennes önskemål är. Hon kan inte riktigt svara på detta just nu. Hon får då fundera över detta till mötet med teamet. Hos Ann görs en fullständig genomgång av Saras sjukdomshistoria (en s.k. anamnes), inklusive alla tidigare utredningar t ex röntgen och behandlingar. Sara får markera på en smärtritning var hon har ont och hur smärtan känns, hon får dessutom markera på en linje hur ont hon brukar ha när det är som värst och när det är som bäst, (VAS-skala = visuell analog skala). Ann försöker också få en bild av Saras hälsoläge i stort, rök och alkoholvanor samt den eventuella förekomsten av andra sjukdomar. Allt för att teamet ska få en så fullständig bild som möjligt av hennes besvär. Besöket avslutas med att Sara får ta av sig allt utom underkläderna och därefter undersöks hon noggrant både i rörelse och i vila, allt detta för att få veta vilka frågor som ska ställas till den ortopedmedicinske konsultdoktor.

Nästa besök är hos Eva-Lena som är kurator. Hos henne får Sara ge en bredare bild av sin sjukdomshistoria inklusive den psykosociala sidan av den. Eva-Lena gör en kartläggning av nuvarande familje-, bostads-, och ekonomiska situation. Sara blir förvånad över att hon också får redogöra för sin ursprungsfamilj och hur det såg ut under uppväxten. Hennes skolgång, utbildning och arbetsliv kartläggs också. Eva-Lena undersöker också Sara´s motivation till rehabilitering. Sara får också kontakta kommunen för att höra efter om hon kan få tillbaka sin tidigare barnomsorgsplats och tidpunkt för detta, lovas intyg om förtur vid rehabilitering hos nack/ryggteamet.

Nästa bedömning är hos Gunnel eller Carolina som är sjukgymnaster, där får hon göra en konditionstest, man tittar även på koordinationen, balansen, hållningen, statisk/dynamisk muskelstyrka och muskellängden i vissa muskelgrupper. Sara blir förvånad över att konditionen inte är bättre, hon som aldrig sitter stilla.

Vid den ortopedmedicinska bedömningen hos dr Stadra (som är läkare med en kompletterande OMT-utbildning liknande chiropractor eller naprapat) görs en mer specifik undersökning för att besvara frågeställningen som i Saras fall är diskogen smärta eller ”funktionell instabilitet”? Teamläkaren Ann är med för att kunna diskutera ytterligare smärtlindrande behandling samt för att kunna återföra dr Stadras bedömning till patienten under teammötet. Ibland kan patienten ha så svåra smärtor att en förnyad ortopedmedicinsk undersökning/behandling planeras efter en period med smärtlindring t ex koksaltkvaddlar (lite koksalt sprutas in i huden vid det smärtande stället).

Sista enskilda bedömningen är hos Åsa, även hon sjukgymnast som gör en skattning enligt Body Awareness Scale (BAS- skattning) detta innebär dels frågor om Sara´s upplevda besvär senaste veckan dels en psykosomatisk bedömning där man tittar på Saras rörelsemönster, muskelspänningar m m.

Nu är man i teamet beredd att på nytt möta Sara. Man har då gjort en bedömning var för sig. Den sammantagna bedömningen är att den diskbuktning som magnetröntgen har uppvisat har ingen större betydelse i sig. Saras huvudproblem är att hon lider av funktionell instabilitet i ländryggen. Man har också kommit fram till att man i nack/rygg teamet tror att man kan hjälpa Sara vidare.

8.1.2 Rehabprocessen inleds

Vid teamträffen med Sara i slutet av januari berättar Sara att det varit jobbigt med alla bedömningar och att hon fått ökade smärtor. Det har också varit svårt att ordna barn tillsynen, då Sara ej har dagisplatsen kvar. Sara får bekräftat att det är jobbigt med en rehabiliteringsbedömning och att man oftast får ökade besvär p g a att man vid testerna vill se Saras maximala funktionsnivå för att kunna lägga upp en behandlingsplan på ”rätt” nivå vid en eventuell rehabilitering. Man vill även se om Sara kan sätta gränser eller om hon kör över sin ”kropp” och tar smärtan när hon kommer hem. Teamet förklarar åter en gång syftet med rehabiliteringsarbetet. Man gör en motivationsanalys enligt Sandor Radoz för att fastställa den terapeutiska inledningsnivån, där Sara får önska vad hon vill uppnå med rehabiliteringen och om hon tror det är möjligt. Teamet lägger stor vikt vid att förklara för Sara vari hennes problem består, att hon har en fysisk grundåkomma som inte behöver opereras, som inte leder till att hon blir rullstolsbunden och att man inte hittat några tecken till farlig sjukdom t ex

cancer. Smärtupplevelsen påverkas också av andra faktorer i hennes liv. Det finns **en koppling mellan kropp och själ**.

Man lägger sig vinn om att tydligt förklara att rehabprocessen är en lång och arbetsam process som bygger på Saras motivation. Det är Sara som måste göra jobbet, teamets uppgift är att förse henne med redskap och instrument för detta arbete.

Processens resultat **kanske inte blir att Sara blir av med smärtorna** men väl lär sig hantera dem på ett sådant vis att hon **trots dem kan få ett bra liv**. Sara blir omtumlad och en aning förvirrad över all denna information. Hon som hade trott att hon skulle kunna överlämna sig till dessa ”ryggexperter” för att bli smärtfri. I stället inser hon, med visst motstånd, att hon själv måste ta ett mycket aktivt ansvar för denna rehabprocess. Mötet avslutas med att Sara tillfrågas om hon är beredd att satsa på en rehabilitering fem dagar/vecka under tre – sex månader, som avslutas med arbetsträning. Sara tackar omedelbart ja, berättar att kommunen har lovat plats i barnomsorgen så fort man erhållit intyg om förtur. Därefter skrivs **ett rehabiliteringskontrakt**. I rehabiliteringskontraktet anger Sara att framtid utan rehabilitering skulle innebära fortsatt sökande efter smärtlindring. Hennes målsättning är komma åter i arbete men först måste hon bli smärtfri eller åtminstone få mindre ont. Hon sätter upp delmål för rehabresans olika etapper. Detta är svårt varför teamet oftast får ge ”ledtrådar”. Medicinska, sociala och psykiska förutsättningar och hinder för att rehabiliteringen ska lyckas diskuteras. Därefter anges vad teamet ska erbjuda och vad Sara ska åta sig vilket även innebär hemuppgifter såsom att skriva **rehabdagbok** dagligen, så småningom kontakta sin FK-handläggare för att tillsammans med teamdoktorn planera arbetsträning. Rehabiliteringskontraktet genomgås och eventuella ändringar görs tillsammans med teamet var 4-5 vecka.

I februari 1998 inleds hennes egentliga rehabprocess på allvar. Detta är nu ett arbete som kräver hennes närvaro fem dagar per vecka. Hon får ett individuellt anpassat träningsprogram där hon får lära sig s.k. segmentell stabiliseringsträning, även innefattande hemövningar, som sedan utökas efter hand. I detta ingår även cirkulationsträning, funktionell träning, konditionsträning, träning av specifika muskelgrupper och vid behov nackergometer samt stretching. Hon får även träna basal kroppskänedom till en början individuellt därefter i grupp.

Sara får träffa Eva-Lena en gång per vecka där man går igenom rehabdagboken som hon skrivit i varje dag, hur hon mår i ”kroppen och knoppen” och om vad som händer henne i livet. Reaktioner och effekter av träningen, smärtor i ryggen, övriga tankar och funderingar. Syftet är att **höja Saras medvetenhetsnivå** kring sig själv och att fundera framåt mot en förändring från patient till självförsörjande individ.

8.1.3 All vår början bliver svår

På kvällarna är Sara fullständigt utmattad av alla aktiviteter men också av alla de tankeprocesser som arbetet med rehabdagboken utlöser. Ibland undrar hon om det är värt priset. Till råga på allt upplever hon efter ett par veckor ökade smärtförmimmelser. Hon behandlas genom att man sprutar in koksaltkvaddlar i huden på henne – en plågsam process. Hon har fått ett antiinflammatoriskt läkemedel och ett antidepressivt läkemedel till natten för att ”sparka igång” det egna smärthämmande nervsystemet vilket för att hon så småningom kan sova bättre. Allt detta syftar till att vara ett stöd i hennes omställningsprocess.

Efter fem veckor, vi är nu framme i mitten av mars träffar Sara på nytt hela teamet. Man diskuterar tillsammans de erfarenheter man gjort. Ytterst vill man ta ställning till om de insatser man gjort lett till några framsteg och om Sara är motiverad att fortsätta. Med viss tvekan vågar Sara dela med sig av sin klivenhet och hur ansträngande hon tycker processen är, men berättar också att hon gärna vill fortsätta. Teamet gör samma bedömning och ett nytt rehabkontrakt för den närmaste tiden formuleras. Sara får också i uppdrag att kontakta sin rehabhandläggare Mia på försäkringskassan för att inleda diskussioner om arbetsträning.

Under hela denna process lägger man sig från teamets sida vinn om att bygga upp en tillitsfull relation med Sara och gradvis få henne att ta ökat ansvar för sin egen rehabilitering. Man ifrågasätter inte utan bekräftar den smärta hon har, man lyssnar på och tror på det Sara säger. Men samtidigt arbetar man mycket aktivt på att få henne att hitta **ett nytt och mera ansvarstagande förhållningssätt till sina smärtor. Syftet är att minska den inlärda hjälplösheten som patientrollen innebär och öka viljan och förmågan att ta ansvar för sitt eget liv.**

Under de kommande fem månaderna fortsätter och utvidgar Sara succesivt sitt tränings- och rehabprogram. I slutet av processen genomgår Sara tillsammans med ett antal andra personer i samma livssituation som hon **en nack/ryggkurs** där man tar upp ett stort antal olika infallsvinklar på ryggsmärtor omfattande allt från hur kroppen ser ut och fungerar, ergonomi, stresshantering, utvecklingskriser, smärtskola, avspänning, existensiella frågor där diakonissan i Nacka deltar, olika studiebesök med information från FK, AF, socialtjänst inkl konsumentvägledare, man får olika arbetsuppgifter som ska redovisas för gruppen – ta reda på vilka träningsmöjligheter som finns och vad dessa kostar. Samtidigt fortsätter Sara i de fysiska aktiviteterna, och med sin rehadagbok hos Eva-Lena.

8.1.4 På väg upp mot ytan

Sara tar redan i början av april kontakt med sin handläggare på försäkringskassan för att planera ett trepartssamtal tillsammans med dr Ann. Syftet är att förbereda en arbetsträning och en sådan plats letar Sara upp själv med Eva Lenas stöd. Man hittar en plats på en resebyrå. Sara inleder sin arbetsträning. Hon försörjs nu genom rehabersättning.

I denna fas av rehabiliteringen är teamets frustration över det uteblivna samarbetet med AMI mycket stor. Man känner att man tvingas använda sin knappa tid till åtgärder där man strängt taget saknar kompetens och stödet in på arbetsmarknaden som Sara skulle behöva blir ofullständigt och inte särskilt professionellt. På detta vis minskar genomströmningen av klienter i projektet samtidigt som effektiviteten i arbetet sjunker till följd av att man tvingas syssla med fel saker. Man kan helt enkelt inte arbetsmarknadens spelregler tillräckligt väl för att stödja Sara på bästa vis. Man ser med vanmakt på hur Sara och andra patienter på egen hand tvingas söka sig runt hos olika aktörer inom arbetsmarknadspolitiken utan att vare sig bemötas med respekt, förståelse eller erhålla adekvat hjälp.

Sara oroar sig också för sin privatekonomi. Hon överväger, efter ett tips från en väninna om hon ska besöka kommunens konsumentvägledare för att få hjälp att överblicka sin ekonomi. Hon känner att i slutet av varje månad spänner hon sig allt mer. Hon är nu också medveten om hur detta påverkar hennes ryggsmärtor – hon kan skönja dessa samband tämligen väl. Ett av resultaten från rygg-nackskolan. Hon är rädd att pengarna inte ska räcka till. Men att ta kontakt med konsumentvägledaren upplever hon som skamfyllt och ett alltför stort nederlag

för den egna självkänslan. Det känns som skamligt att inte kunna hantera sin ekonomi på egen hand. Detta trots att hon har väninnor med goda erfarenheter av ett sådant besök. Samtidigt vet hon om att hon spänner sig och får ökade smärtor av den oro hon känner för sin privatekonomi.

Sara har nu funderat mycket över vad som kan vara kommande steg i hennes rehabarbete. Hon har blivit mer och mer klar över att en återgång till äldreomsorgen är inte att tänka på. Hon funderar över alternativ men återkommer ständigt till att hennes låga utbildningsnivå utgör ett hinder. Detta har blivit väldigt tydligt redan vid de första samtalen med Eva-Lena. I det här läget skulle hon behöva hjälp att bolla sin situation med någon som kan både arbetsmarknadens villkor och känner hennes sjukdomshistoria. Men någon sådan person finns inte, även om hon i vissa stycken fått stöd vid sina kuratorssamtal. Hon anses av AMI befinna sig alltför lång från arbetsmarknaden och vara för dåligt motiverad. Man skulle kunna sägas att hon aldrig lyckas passera AMI's ytterdörr. Hon söker sig fram på egen hand och med stor möda och landar under hösten i slutsatsen att gymnasiekompetens är något som hon vill skaffa sig. Kunskapslyftet kanske är rätt grej för henne. En studievägledare på kunskapslyftet hjälper henne att komma fram till denna slutsats. Tillsammans börjar de att arbeta fram en studieplan där syftet med studierna anges.

I november är Sara socialt/medicinskt färdigrehabiliterad. Hon har fått redskap att hantera sin smärta, viss ökad kroppsmedvetenhet, hon börjar se sambanden mellan smärtorna och hennes allmänna välbefinnande. Hennes självkänsla har ökat något, men är fortfarande fysiskt svag. Hennes självkänsla är något starkare än tidigare men fortfarande inte helt stabil. Hon har antagits för att börja i kunskapslyftet i januari 1999.

Till följd av omorganisering på hennes arbetsplats blir hon arbetslös.

8.2 1999 – Bättre i ryggen men hur står det till med själen?

Sara börjar i kunskapslyftet i januari 1999. Hon försörjer sig med s.k. svux (ett vuxenstudiestöd på ungefär samma nivå som A-kassa). Hon avser läsa in gymnasiekompetens i svenska, matte och engelska. Hon uppbär under denna period ingen sjukpenning och är inte längre till föremål för rehabinsatser från någon offentlig aktör. Hon är avförd från aktiv handläggning hos samtliga rehabaktörer och anses därmed vara ett framgångsrikt avslutat rehabfall.

Det går bra att plugga även om det ibland kan vara pressat att både vara ensamstående förälder och sköta läxläsning. Den dåliga ekonomin hänger ofta tungt över henne, som en börda i ryggsäcken. Hon känner sig stärkt av sin rehabiliteringsprocess. Men hon vet inte riktigt hur hon ska ta sig vidare då ryggen ger sig till känna.

Hon sköter sin träning väl, framförallt inledningsvis. Vid några tillfällen tar hon kontakt med Eva-Lena i nack/ryggteamet för att få råd kring olika konkreta saker. Under våren börjar hon fundera över vad som ska bli hennes nästa steg. Hon funderar mycket över sin framtid och känner sig en aning vilsen. Hon vet inte riktigt vart hon ska vända sig, men får så småningom hjälp av studievägledaren på komvux.

Hon mår bättre i ryggen och kan hantera sina smärtor tämligen väl. Hon känner igen sina symtom och vet hur hon ska hantera dem så att smärtorna inte förvärras. Hon avslutar sina studier med goda betyg (VG) i samtliga tre ämnen.

Under hösten i takt med att avståndet till rehabprocessen ökar blir det allt svårare och svårare för henne att ta sig tid för den så viktiga träningen. Hon börjar slarva, vilka ganska omgående leder till att ryggsmärtorna ger sig tillkänna.

Men hon känner sig oerhört ensam, sårbar och övergiven. Hon saknar det stöd och den ”uppeppning” som hon erhöll från rygg/nackteamet. Hon kan känna hur hon gång på gång hamnar i djup förtvivlan över att det är så tungt att komma tillbaka.

På egen hand och efter uppmuntran från Eva-Lena och studierektorn vid komvux försöker hon ”slå sig in på Ami men studsar mot ytterdörren”. Hon anses inte vara så kompetent och motiverad att hon står till arbetsmarknadens förfogande. Förtvivlan hos Sara blir stor. Depressionen kommer smygande. Underkänd och kasserad ännu en gång. Hon besöker vårdcentralen och bli medicinerad med antidepressiva medel.

Vart ska hon vända sig????

8.3 2000 Ömsom vin och ömsom vatten

Hon försörjs nu genom A-kassa. Hon går efter remiss från vårdcentral på sjukgymnastisk behandling hela våren 2000. Hon är medveten om att hon själv kan arbeta med sitt ryggproblem och gör så gott hon kan på egen hand, men det känns ofta tungt. Hon erhåller vid några tillfällen socialbidrag för att hantera akuta ekonomiska kriser.

Hon är i detta skede osynlig för försäkringskassan eftersom hon inte är sjukskriven eller erhåller sjukpenning. Hon bokförs i statistiken som ett framgångsrikt och lyckat rehabfall.

I januari 2000 lyckas Sara slå sig in genom ytterdörren till AMI. Först får hon tillfälle att träffa en arbetspsykolog och därefter en arbeidskonsulent. Resultatet blir att man tar sig an Saras fall. Man vill hitta en arbetsplats åt henne.

Man gör nu en analys av Saras önskemål och kompetenser och kommer så småningom fram till att ett arbete som receptionist/telefonist på en reklambyrå skulle passa henne. Sara är glad över denna chans och ser verkligen fram mot att få börja arbeta. Det blir en lönebidragsanställning med 60% lönebidrag för det första halvåret.

Problemet som vare sig Sara eller arbeidskonsulenten tänkt på är att detta arbete inte är helt lämpligt med tanke på Saras sjukdomshistoria. Arbetet är stressigt och innebär för en svag rygg olämpliga arbetsställningar – just det som Sara kanske borde undvika. Men eftersom inga kontakter tas från AMI's sida med rygg/nackteamet är det ingen som tänker på detta⁹.

⁹ det bör sägas att denna form av sociomedicinska ”felplaceringar” av klienter från AMI's sida till följd av kommunikationsglapp mellan olika rehabaktörer har av ett stort antal aktörer både inom denna studie och i flera andra studier vi gjort beskrivits som långt ifrån ovanliga. De förekommer tämligen frekvent. Ett resultat av det organisatoriska tunnelseendet.

Och Sara själv är alldeles för glad och uppmuntrad av denna chans för att komma sig för att protestera.

Hon börjar på reklambyrån en solig måndagsmorgon i slutet av mars 2000. Det är en rolig och spännande arbetsplats. Rushig och massor av unga och kreativa människor. Men tempot är högt och det gäller att hänga med. De första dagarna då hon kommer hem är hon alldeles utmattad. Men hon är glad. Tröttheten gör att hon inte hinner med eller orkar med sitt ryggt träningsprogram.

Redan efter någon vecka känner hon att hon spänner sig. Stressen och de enformiga rörelserna leder till att de välbekanta och fruktade ryggsmärtorna återkommer med större kraft än tidigare. Hon är också orolig och osäker. Hur mycket ska/kan/bör hon ta i och hur mycket ska hon lyssna på kroppens egna signaler. Törs hon vara hemma någon enstaka dag, eller kommer detta att leda till att hon inte är välkommen tillbaka, frågar hon sig oroligt. Hon har inget stöd på arbetsplatsen eller från AMI. Rygg/nackteamet är sedan länge ett avslutat kapitel.

Hon uppsöker vårdcentralen vid ett par tillfällen och blir remitterad till sjukgymnast. Men efter tre månader håller det inte längre. Hon sjukskrivs på nytt till följd av ryggsmärtorna. Midsommarafton tillbringas hon gråtande och deprimerad i sängen.

Efter en kort sjukskrivningsperiod återgår hon till rollen av att vara arbetsökande. Men misslyckandet på reklambyrån har utlöst en depression hos Sara, hon orkar inte vara aktivt arbetsökande. Detta leder till att hon under hösten blir nollklassad av försäkringskassan. Ansvar för hennes försörjning övergår nu till socialtjänsten. Hon är nu inte längre ett ärende för AMI – hennes motivation anses vara för låg.

Hennes vårdkonsumtion ökar på nytt. Hon söker hjälp för sin rygg i form av sjukgymnastik och smärtlindring. Men på senhösten sjukskrivs hon för psykisk insufficiens (depression). Men på grund av nollklassningen är hon fortfarande en försörjningsbörda för kommunens socialtjänst.

8.4 2001 – Hankar sig fram

Men Sara är, som så många andra personer i hennes situation, gjord av segt virke,. Hon ger inte upp. De kunskaper hon tillägnat sig under rehabprocessen sitter kvar. Hon lyckas mot alla odds med hjälp av en väninna och högkonjunkturen på arbetsmarknaden hitta ett 9-månadersvikariat. Eftersom anställningen avses vara mer än sex månader har hon nu en sjukpenninggrundad inkomst (SGI) och kan på nytt erhålla sjukpenning. Hon inleder sitt arbete våren 2001 och lyckas hålla sig kvar några månader, men rygger sätter på nytt hinder.

Hon sjukskrivs på nytt, denna gång med sjukpenning. Till följd av lyckliga omständigheter och kontakterna mellan försäkringskassans handläggare och AMI lyckas man hitta en lönebidragsanställning åt henne där hon arbetar deltid (50% och sjukskriven till 50%) med en lönebidragsnivå på inledningsvis 50%.

Detta tycks vara en nivå som passar Sara bra. Hon kan halva dagen ta hand om sig själv, sina barn och sin rygg. Och andra halvan av dagen arbetar hon, men med lönebidraget i ryggen blir inte pressen på att hinna med och stressa lika stor. Emellertid hankar hon sig knappt fram rent ekonomiskt, vilket skapar ett tryck på hennes livssituation.

8.5 2002 – Å än slank hon hit, å än slank hon dit...

Så här kommer hennes liv att gestalta sig de kommande åren. Hon kommer att i huvudsak vara anställd på deltid i någon form av lönebidragsanställning. Lönebidraget kommer under året gradvis att sjunka för att stabiliseras på 10%-nivån i december 2002. På denna kravnivå fungerar Sara bra. Hon är inte nöjd med sitt arbete, men tar vad hon får. Hon fick aldrig riktigt chansen att hitta ett jobb som matchade hennes kompetens och hennes önskningar. Men hon är en duglig, lojal och uppskattad medarbetare och arbetskamrat, om än inte lika flink som de andra.

Hon försörjs inledningsvis på sjukpenning till 50% som efter ett tag övergår till sjukbidrag. Hon erhåller denna ersättningsnivå resten av tiden fram till ålderspension från socialförsäkringssystemet..

För socialtjänsten blir hon en person som med ojämna intervall, men trots allt regelbundet dyker upp för att erhålla kompletterande försörjningsstöd då lön och sjukbidrag inte räcker för barnens behov.

Hon fortsätter att vara en storkonsument av vård i olika former, i första hand är det hos primärvårdsläkarna och sjukgymnastiken som hon blir stamkund. Vid några enstaka tillfällen blir hon också kund i den öppna psykiatrin. Hennes diagnoser varierar mellan ryggbesvär och depression. Hon konsumerar tämligen stora doser läkemedel

Hon hankar sig fram i livet och kan ibland tänka; var det inte mer än så här?

8.6 Slutsatser av middlecase

8.6.1 I stort

Sara har genomgått en utomordentligt kvalificerad och pedagogiskt genomtänkt sociomedicinsk rehabilitering för sina ryggackbesvär. Hon har i slutet av denna rehabprocess varit arbetsför och förmögen att försörja sig själv i form av arbete. Likväl har inte rehabprocessen i sin helhet varit framgångsrik. Den sista avgörande pusselbiten i Saras rehabprocess saknas. Sara snubblar runt i gapet mellan de olika rehabaktörerna och far illa och för samhället uppstår åter en gång onödiga kostnader och välfärdsluster om än inte på samma nivå som i worst case. Tre frågor infinner sig

- * **varför** händer detta?
- * vad är **konsekvenserna** av det?
- * hur ska vi kunna **undvika** detta?

Men innan vi ger oss på dessa frågor, låt oss fundera över likheter och skillnader mellan detta scenariot och det föregående – worst case

8.6.2 Skillnader mot worst case

Det råder betydande skillnader mellan detta middle - case - scenario (**arbetsför men inte anställningsbar**) och det vi kallat worst case (**försörjd resten av livet**)

- * Sara **mår bättre** och tar mer ansvar för sin rygg
- * hon är i **mindre omfattning storkonsument av vård**
- * hon har fler och längre perioder då hon kan arbeta och **försörja sig själv**

Sammanfattningsvis; **ett bättre liv för Sara och mindre kostnader för samhället.**

8.6.3 Likheter med worst case

Men det råder också betydande likheter med worst case. Bl.a. följande

- * **gapet** mellan de omvårdande och försörjande myndigheterna å ena sidan och de arbetsmarknadspolitiska myndigheterna å den andra
- * de **onödiga misslyckandena** i rehabprocessen
- * den **ineffektiva resursanvändningen**
- * även om man tagit ett betydligt bredare grepp om Saras problematik **så är en partiell helhetssyn ingen helhetssyn alls.**

Sammanfattningsvis; utan helhetssyn alltid stora välfärd förluster både för individ och samhälle

8.6.4 Sammanfattningsvis – på rätt väg men inte framme

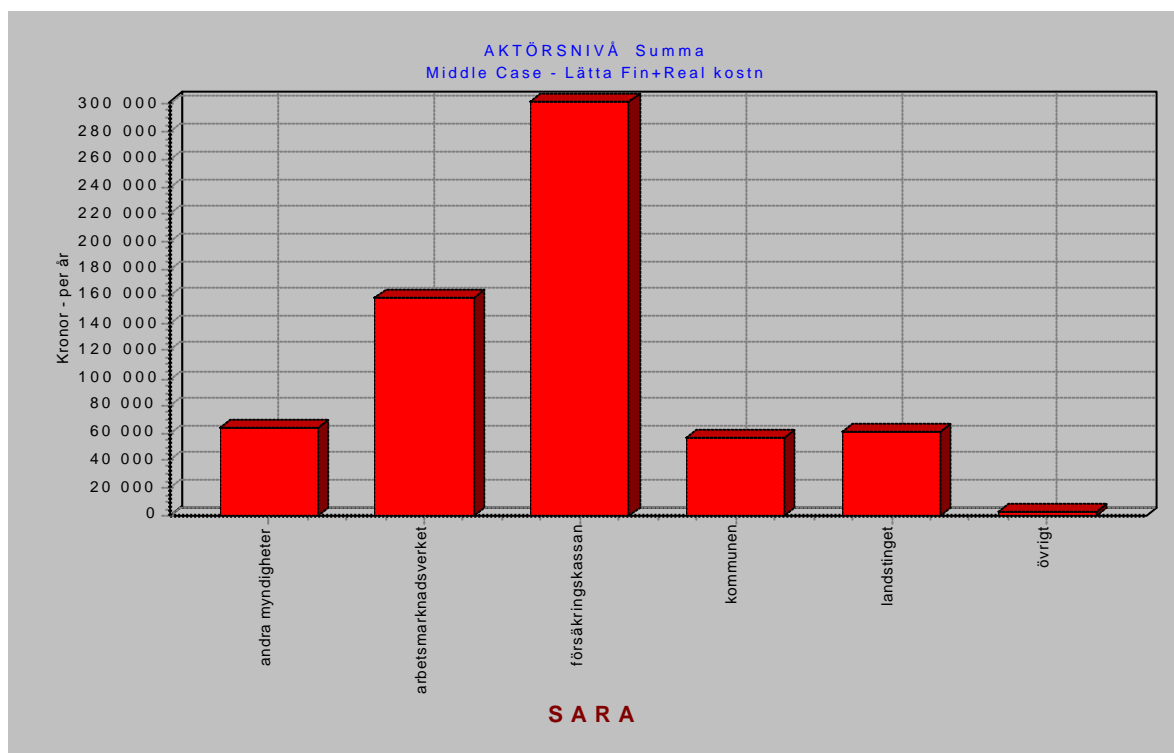
Ska man sammanfatta det hela kan man säga att man med hjälp av Nacka Rygg Nack Projekt lyckats göra både en god samhällsekonomisk insats och givit Sara ett bättre liv. Men att projektets fulla effekt inte kunnat utvecklas på grund av att man saknat de arbetsmarknadspolitiska bitarna i det fullständiga rehabpusslet. Och som så ofta i denna typ av projekt är det länken in mot arbetsmarknaden som brister. Man är på rätt väg men har en bit kvar.

9. EN EKONOMISK VÄRDERING AV NRNP

Vilket är då det samhällsekonomiska värdet av denna rehabinsats? Låt oss besvara denna fråga i två steg genom att först beskriva vilka kostnader som är förknippade med middle case och därefter se hur skillnaden ser ut mellan detta och best case.

9.1 Kostnader för middlecase

Även i middle-case utgör Sara en stor belastning för olika samhällsaktörer – **ett resultat av att effekterna av rehabinsatserna som görs vid NRNP inte får fullt genomslag på grund av svårigheterna att komma in på arbetsmarknaden**. De totala kostnaderna uppgår till cirka 650.000 kronor. Även i detta är försäkringskassan en huvudfinansiär av Saras fortsatta liv som delvis försörjd av samhället. Men vi kan också se att landstingets andel av totalkostnaderna sjunkit samtidigt som arbetsmarknadsmyndigheternas andel ökat. Vi ser också att under rubriken andra myndigheter dyker upp kostnaderna för Saras studiestöd under tiden hon studerar (en kostnad på cirka 60.000 kronor)



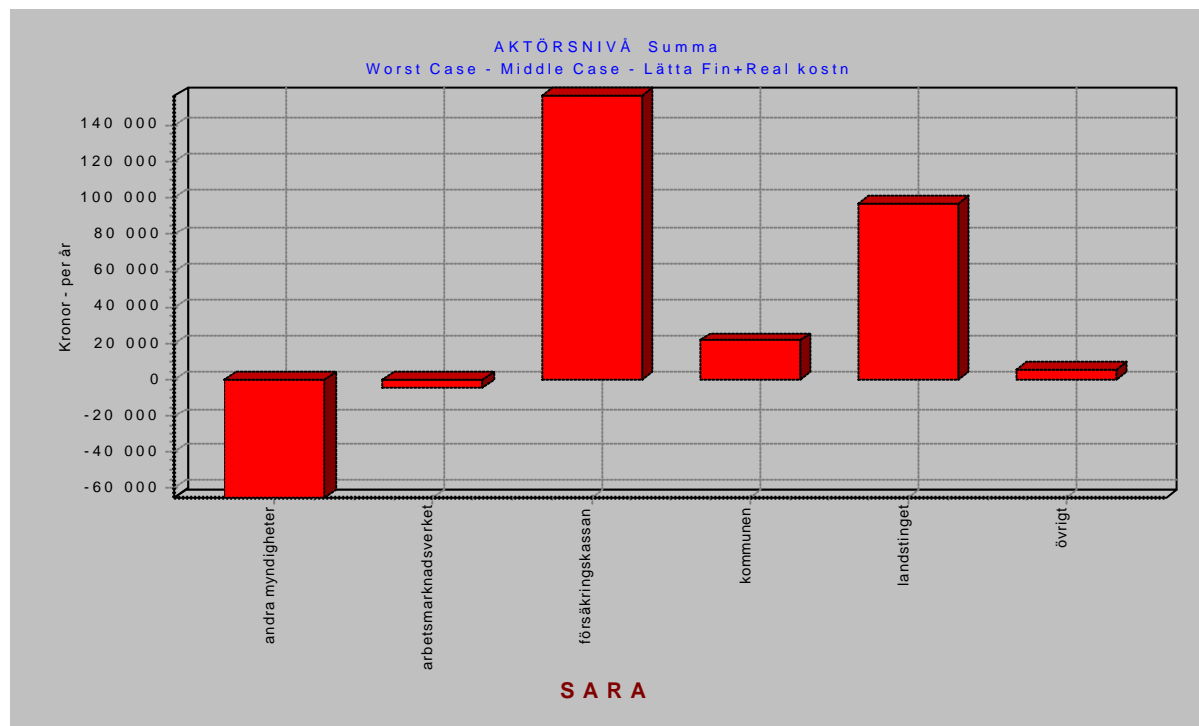
Vad som emellertid är mer intressant att studera är vilka samhälls- och myndighetsvinster som uppstår till följd av den rehabinsats som görs vid NRNP.

9.2 Vinsterna med NRNP

9.2.1 I stort

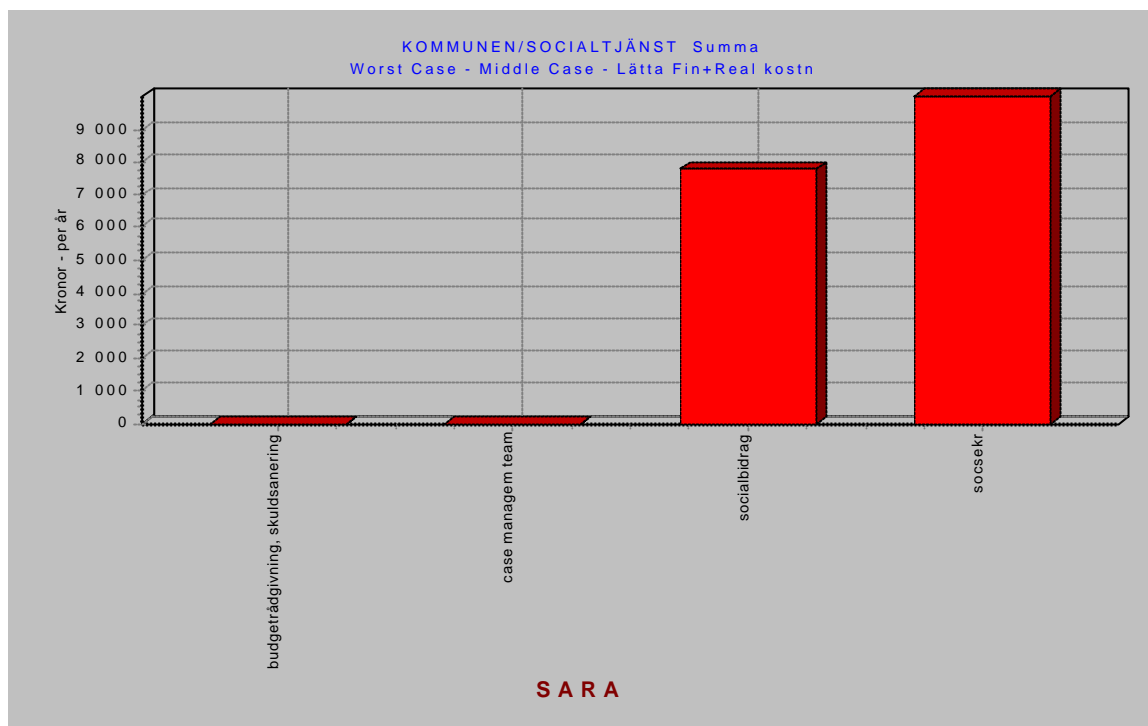
I diagrammet nedan redovisas vinsterna av den lyckade processen vid NRNP. Vi ser då att de är tämligen ojämnt fördelade. Totalt sett uppgår vinsterna för femårsperioden till 210.000 kronor, vilket i genomsnitt utgör 40.000 kronor på årsbasis. Denna vinst varierar på årsbasis med i vilken grad Sara lyckas klamra sig fast vid utkanterna av arbetsmarknaden och i vad mån hon återgår till rollen passivt försörjd. Om vi multiplicerar denna genomsnittssiffra som i sig innehåller båda dessa komponenter så innebär det att under de 33 återstående åren till Saras pension leder denna rehabinsats, trots svårigheterna att nå ända fram till arbetsmarknaden, till **en total samhällsvinst på cirka 1.300.000 kronor.**

Vad som framgår av diagrammet är också att denna rehabprocess leder till en del (förväntade) omfördelningseffekter mellan olika aktörer. Då Sara aktiverar sig med stöd av NRNP minskar kostnaderna för passiv försörjning (Fk + kommun) och kostnaderna ökar för de arbetsmarknadspolitiska aktörerna



9.2.2 För kommun

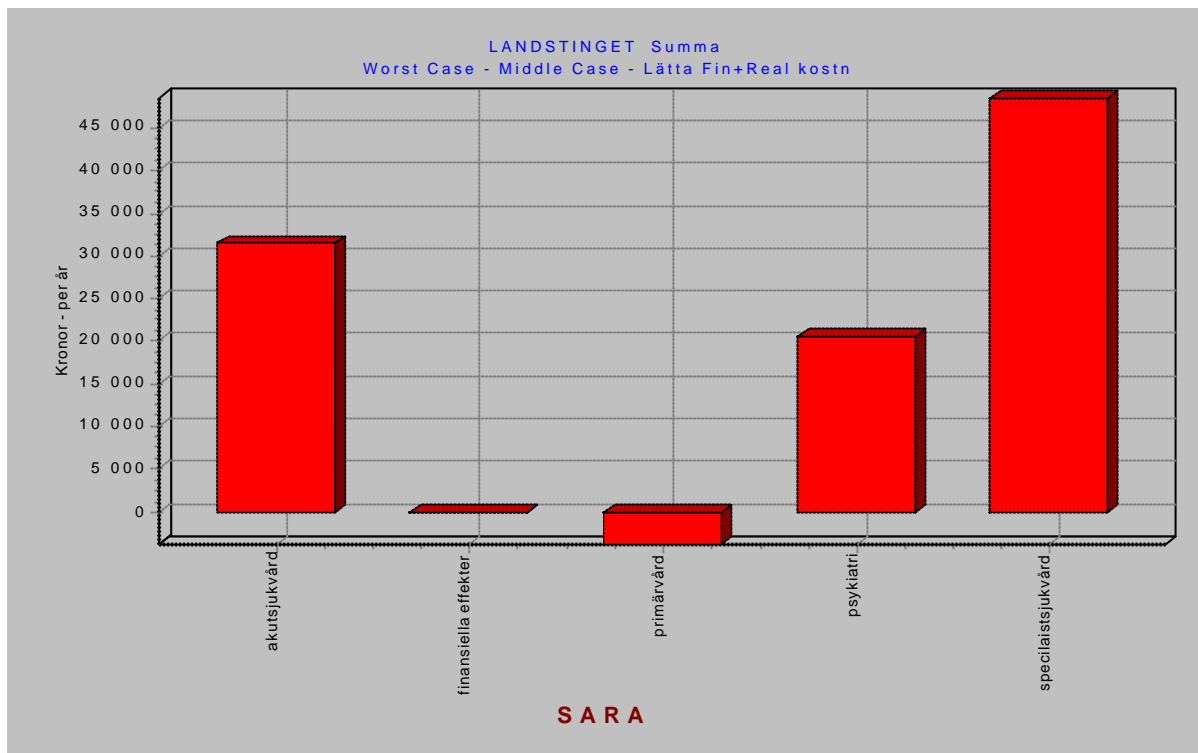
Kommunens vinst utgöres av en tämligen blygsam summa cirka 20.000 kronor, vilket återspeglar minskade kostnader för socialbidrag. Med detta som grund skulle man kunna säga att **kommunens intresse av att medverka i NRNP i dess nuvarande form knappast är finansiellt motiverat.** Den årliga vinsten på cirka 5.000 kronor eller den totala vinsten över de kommande 33 åren, cirka 165.000 kronor utgör inget uppenbart incitament att engagera sig.



9.2.3 För landsting

För landstinget är emellertid NRNP en god affär. Den totala vinsten uppgår till cirka 100.000 kronor eller 20.000 kronor på årsbasis. Vinsten fördelar sig, som diagrammet nedan visar, mellan akutsjukvård, specialistläkarvård och psykiatri. Allt detta utgör en spegling av **Saras minskade vårdkonsumtion och ökade hälsa och medvetenhet om sin sjukdomsbild.**

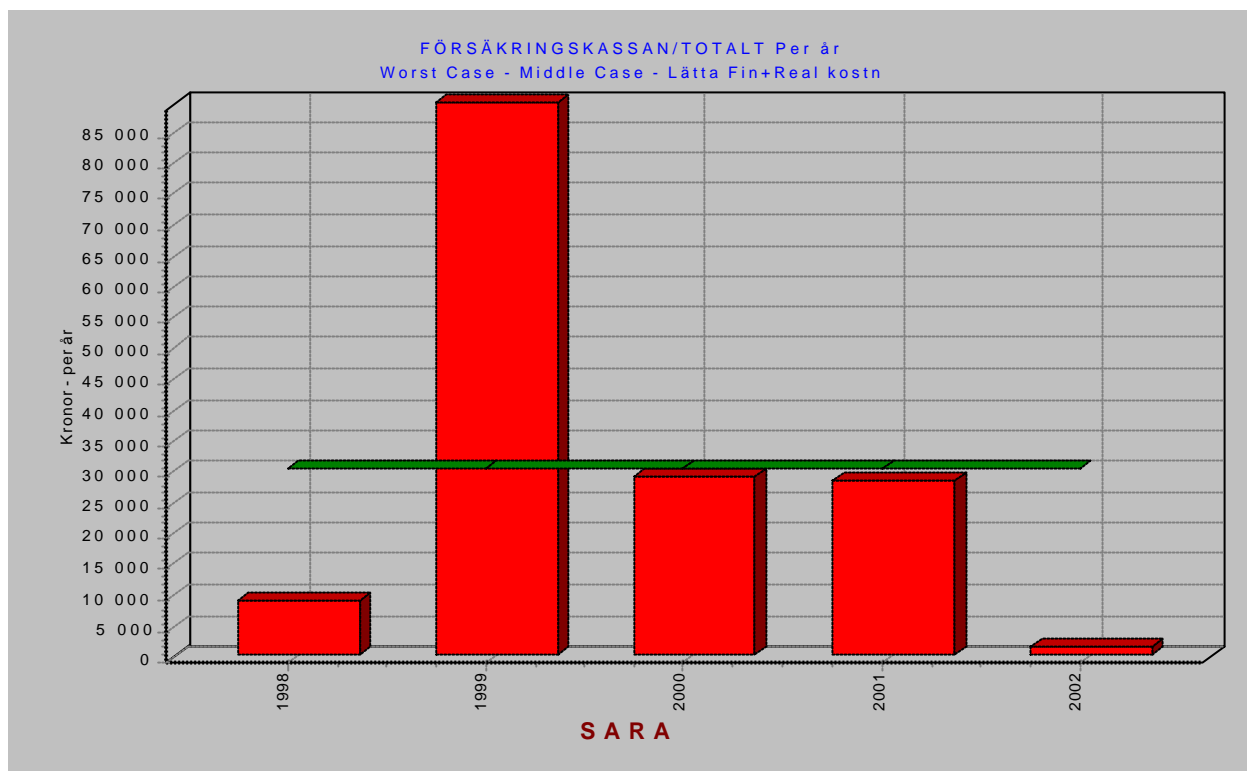
Intressant att notera är att en del av vinsten äts upp av den investering som sker i NRNP varför primärvården totalt sett får ett underskott av denna insats. Man skulle kunna säga – om man enbart tar ett internt landstingsperspektiv - att man med NRNP tar en investeringskostnad på 35.000 kronor i Saras framtida hälsa för att erhålla en nettovinst (sedan investeringskostnaden borträknats) inom övriga vårdverksamheter på cirka 100.000 kronor. En avkastning på insatt kapital på cirka 300% på en femårsbasis. Om vi extrapolerar resultaten för Sara **för de kommande 33 åren blir landstingsvinsten av NRNP cirka 650.000 kronor.**



9.2.4 För försäkringskassan

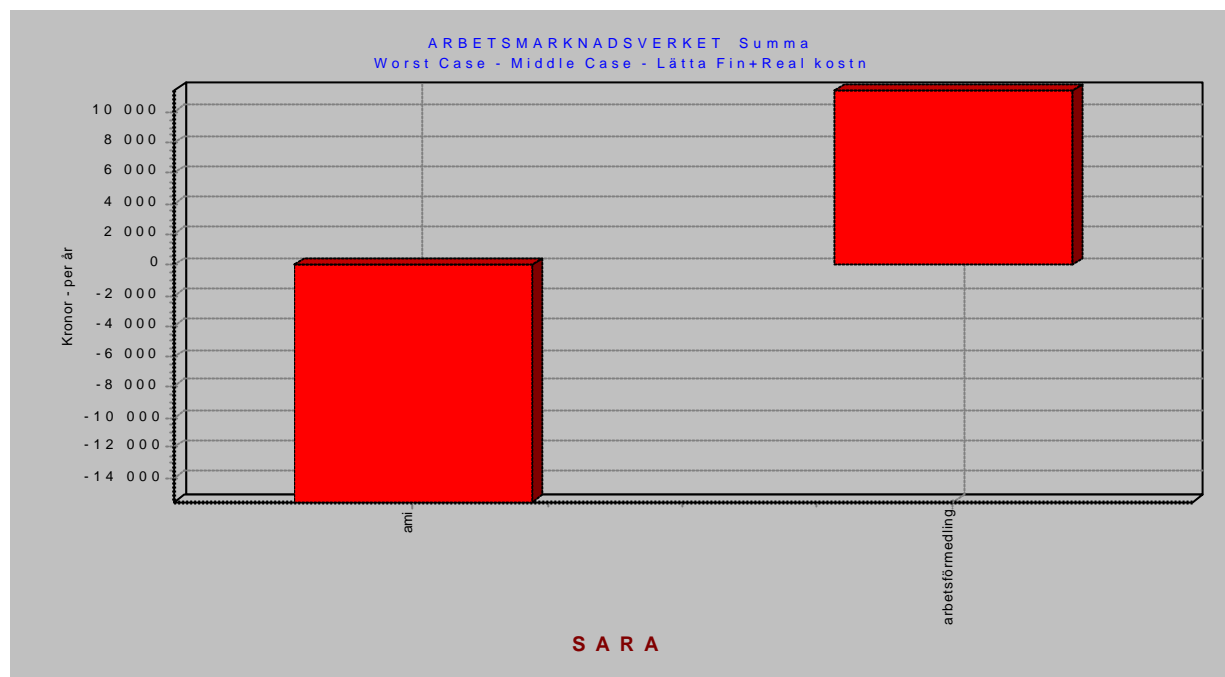
Försäkringskassan utgör emellertid den stora vinnaren av NRNP i dess nuvarande form med **en total vinst för femårsperioden på cirka 155.000 kronor och en årlig vinst på i genomsnitt cirka 30.000 kronor.** Denna vinst utgörs i allt väsentligt av ett minskat försörjningsansvar för Sara. Vad som kan vara värt att notera då vi studerar detta på årsbasis är att vinsterna varierar starkt beroende på vad som händer under olika år. År två finansieras Saras liv i hög grad av ett studiestöd, då är den årliga vinsten stor, medan hon år 5 erhåller sjukbidrag vilket reducerar vinsten betydligt.

Man skulle kunna säga att varje person av Saras typ som gått genom NRNP ur försäkringskassans perspektiv utgör **en avkastning på fem års sikt med 500% i förhållande till vad ett sådant rehabförlopp kan kosta.**



9.2.5 För arbetsmarknadsmyndigheterna

Effekterna för arbetsmarknadsmyndigheterna är intressanta. Om man betraktar dem i stort innebär NRNP i stort ingen skillnad för dessa myndigheter. Men tittar man mera i detalj ser man hur **en omfördelning av kostnader äger rum**. Genom den aktivering av Sara som äger rum blir hon i mindre utsträckning en passiv mottagare av A-kassa vilket skapar **en vinst för arbetsförmedlingen** samtidigt som hon börja ställa krav på AMI's resurser (t.ex. lönebidrag) och där kan registreras som en kostnadsökning, visserligen måttlig, men ändå.



9.3 Slutsatser av de ekonomiska konsekvenserna av middle case

9.3.1 Investeringsperspektivet

Om man ur detta ska dra några övergripande slutsatser faller det sig naturligt att studera NRNP som ett investeringsproblem i rehabfrågor. Vi kan då konstatera att en rehabplats vid NRNP kostar totalt sett 35.000 kronor och vi har ovan skisserat på vilka ekonomiska effekter fallet Sara kan leda till. Vi har inte gjort någon riskkalkyl kring detta förhållande. Låt oss därför vara pessimister (mer pessimistiska än vad det finns grund för att vara) och anta att endast för var annan person av Saras typ erhåller vi en förbättring av det mycket måttliga slag vi här skisserat och att för de övriga personerna innebär NRNP ingen förbättring alls i förhållande till worst case. Då blir kostnaden för att erhålla den utveckling Sara genomlöper 70.000 kronor. Hur ser då kalkylen ut? Låt oss se på detta på 1,5 och 33 års sikt.

	1 år kr	1 år %	5 år kr	5 år %	33 år kr	33 år %
35.000 kr	40.000	114%	210.000	525%	1.300.000	3250%
70.000 kr	5000	7%	175.000	250%	1.265.000	1800%

Vi finner då NRNP redan på ettårsbasis är ett projekt som leder till lönsamhet, ett fenomen som torde vara unik i rehabsammanhang. **Även i det mest pessimistiska fallet med 50% misslyckanden uppstår en viss nettovinst redan år ett.** På fem års sikt varierar avkastningen av projektet med mellan 250 och drygt 500%. Vinsterna för Saras återstående

tid i de yrkesaktiva åldrarna uppgår till cirka 1.300.000 kronor för de fyra ingående myndigheterna

9.3.2 Effektivitetsperspektivet

Detta trots att man **ur ett samhällsperspektiv måste dra slutsatsen att det goda rehabarbetet som utförs vid NRNP förvaltas på ett utomordentligt vårdslöst vis.** Man skulle kunna säga att en stor del av de investeringar som läggs ner i Saras framtid försvinner ut i det gap som uppstår mellan denna rehabprocess och arbetsmarknaden. **Betydande delar av de insatser som görs av sidomyndigheterna måste anses som ett direkt resursslöseri och leder till betydande ineffektiviteter i resursanvändningen.** Men detta i sin tur leder till att effekterna av arbetet i NRNP inte får den betydelse det skulle kunna ha. Vad som skulle vara möjligt att uppnå i form av samhällsvinster vid en större integrering mellan de olika aktörerna är vad vi ska studera i studiens best case längre fram

10. ARBETSFÖR MEN EJ ANSTÄLLNINGSBAR?

10.1 Perspektivkampen kring Sara

Sara är socialt och medicinskt färdigrehabiliterad hösten 1998. Hon har lärt sig att leva med och ta ansvar för sin smärta. Hon är fullt kapabel att med rätt fortsatt stöd ta 100% ansvar för sin egen försörjning för resten av livet. Då infinner sig frågan; varför lyckas hon inte med detta?

Nacka RyggNack Projekt är utsatt för flera mekanismer som enligt vår erfarenhet återkommer ofta då man ska samverka kring rehabfrågor mellan olika aktörer. Ofta kan man uppfatta detta som kampen mellan olika perspektiv eller synsätt kring den enskilde klienten och dennes problem.

PERSPEKTIVKAMPEN ELLER KAMPEN OM DEN SANNA LÄRAN



Det första problemet är att **de som ska remittera klienter** till en rehabprocess har oklara eller ofullständiga bilder av problemet varför rehabprocessen påbörjas alltför sent, med påföljd att den tar onödigt lång tid och leder till onödigt många misslyckanden.

För det andra saknar man i projektet (till följd av att arbetsmarknadens parter inte medverkar i projektet) **kompetenser som berör arbetsmarknadsrehabilitering**. Detta gör att klienten inte alltid får relevant kunskap och stöd i sin rehabprocess. Detta i sin tur kan leda till att klienten misslyckas i sin rehabprocess i gapet mellan den socialmedicinska rehabiliteringen och arbetsmarknadsrehabiliteringen.

Men detta leder också till att de vårdande och försörjande aktörerna **projicerar sin frustration** över dessa misslyckanden på de **arbetsmarknadspolitiska aktörerna** vilket i sin tur på sikt försvårar samverkansmöjligheterna i stort.

Detta kan också leda till att man då den enskilde senare i rehabprocessen ska återföras till arbetsmarknaden vidtar åtgärder inom t.ex. AMI som inte beaktar den enskildes sjukdomshistoria eller speciella psykiska och/eller somatiska förutsättningar, vilket i sin tur skapar **onödiga rehabmisslyckanden**.

Allt detta skapar **ett gap i rehabprocessen** mellan å ena sidan de vårdande och försörjande organisationerna (kommun, landsting & försäkringskassa) och å andra sidan de arbetsmarknadspolitiska organisationerna (Arbetsförmedling & AMI). I detta gap snubblar alltför ofta den enskilde klienten. Hon kan vara socialt och medicinskt färdigbehandlad, men ingen aktör är beredd att ta vid där de andras insatser upphörde.

Detta i sin tur leder till att det kan uppstå **intresse- och perspektivkamper** kring hur man ska se på begreppet rehabilitering. I bästa fall har man endast olika syn – dvs. att bilden av den enskilde blir fragmenterad. I värsta har man motstridiga och motverkande synsätt. Detta leder också med en viss automatik till ömsesidigt misstroende mellan rehabaktörerna med negativa konsekvenser för den enskilde som följd

10.2 Brister i NRNP som bör rättas till

NackaRyggNackprojekt är unikt inom rehabvärlden genom att man lyckats skapa ett fungerande förhållningssätt och en fungerande metodik för hur man arbetar med en komplex sociomedicinsk rehabilitering av patienter med rygg/nack besvär. Framgången är stor både för patienter och för samhället. Men det finns ett antal brister som gör att projektet inte fullt ut ger de effekter det skulle kunna ge.

- * **patienterna kommer ofta för sent till projektet och deras sjukskrivning har varit för lång** vilket gjort att deras vandring nedåt i nedbrytningstrappan gått för långt. Många gånger kommer patienter till projektet som är dåligt informerade om rehabiliteringens inriktning och/eller patienter med många misslyckade rehabepisoder bakom sig. Detta leder dels till onödiga långa rehabprocesser och dels onödigt många misslyckanden i rehabarbetet. Man skulle kunna beskriva detta som ett misslyckande i projektets marknadsföring i förhållande till remitterande medaktörer på rehabarenan
- * **den svaga kopplingen till arbetsmarknaden** leder dels till att man inledningsvis i rehabanalysen inte har/kan ha kompetens att värdera en rehabiliteringsinsats i förhållande till arbetslivets krav, dels till att den professionella arbetsmarknadsanalysen för Saras räkning inte redan från början är en del av den totala rehabbedömningen och rehabplanen. Detta leder till risk för ofullständiga och/eller orealistiska synsätt om vad som är möjligt för den enskilde att uppnå ur ett försörjningsperspektiv.
- * Detta leder till en sorts **arbetsmarknadspolitisk impotens** i rehabarbetet; man vill så gärna men kan inte. Man saknar helt enkelt i projektet den kompetens som t.ex. AMI besitter – den nödvändiga länken mellan rehabvärlden och arbetsmarknadens villkor. Konsekvensen blir också att man tillsammans med de som arbetar med klientens arbetsmarknadsrehabilitering inte får möjlighet att utveckla ett **gemensamt rehabsynsätt och en gemensam rehabmetodik**. En följd av detta blir de perspektivkamper vi illustrerat ovan.

- * detta leder i sin tur till att **gapet ”för frisk för att få sjukpenning för sjuk för att komma in på AMI” förstärks** vilket leder till att vissa klienter, liksom Sara, efter en genomgången rehabilitering och kanske en kort tid på arbetsmarknaden eller i studier ”får återfall”.
- * en annan konsekvens av detta är att de individer (t.ex. Sara) som vid sidan av det ryggonda har någon form av måttlig/ringa psykosocial problematik som i vissa lägen kan vara direkt gränssättande för återinträdet på arbetsmarknaden inte får något stöd just då **steget från rehabprocessen in i arbetsmarknadsvärlden** ska tas. Det kanske svåraste och mest sårbara steget i hela rehabprocessen. Någon som under en övergångsperiod skulle kunna utgöra ett stöd, support och back-up för den enskilde. Just då hon som bäst skulle behöva detta stöd är hon ensam och övergiven. I dag leder denna brist till att de som är verksamma i NRNP tvingas lägga sin knappa arbetstid på arbetsmarknadsfrågor för vilka de saknar kompetens för att nödortfört fylla denna funktion i stället för att lägga sin tid på det de är utbildade för. Det skulle behövas någon form av professionell vägledning kring dessa frågor.

10.3 Vilka är konsekvenserna av dessa?

Konsekvenserna av detta är

- * onödiga misslyckanden i rehabarbetet
- * onödigt lidande för Sara
- * onödiga samhällskostnader för vård och försörjning
- * onödiga effektivitetsförluster i rehabarbetet
- * onödigt kostsam rehabilitering
- * onödiga konflikter mellan å ena sidan de vårdande och försörjande aktörerna och å andra sidan arbetsmarknadsaktörerna
- * onödig frustration för de som arbetar professionellt med dessa rehabfrågor

Den bild vi har är att flertalet av dessa tämligen dyrbara konsekvenser kan åtgärdas genom att tillföra NRNP någon form av arbetsmarknadskompetens.

10.4 Vad ska vi göra åt detta?

10.4.1 Patienter vid NRNP

Under (och som en följd av) arbetet med denna studie har positiva och konstruktiva kontakter tagits med den gemensamma länsresurs AMI har för personer med bl.a. ryggackproblem (AMI i Tullinge). Vid dessa diskussioner har det framkommit att för att bli till föremål för åtgärder från deras team krävs att den enskilde i princip ”handikappkods”. Detta är en åtgärd som kanske inte är aktuell för Sara, trots att hon kanske är i behov av mer stöd än det man kan ge från NRNP idag. .

Om tittar närmare på detta rygg Nackprojekt upptäcker man ganska snart att målgruppen för projektet inte är så homogen som man kanske inledningsvis kan tro. Och att detta leder till delvis olika rehabprocesser. Lite förenklat kan man säga att NRNP i framtiden borde kunna arbeta med tre grupper av klienter (och som i stort ligger inom ramen för nuvarande kriterier för projektet)

- a) de **personer som man med dagens teamstruktur väl lyckas med** och som av egen kraft kan ta sig tillbaks in på arbetsmarknaden. Kanske 50% eller mer av patientgruppen
- b) personer av Saras typ som **vid sidan har ryggproblematiken har en måttlig psykosocial problematik som utgör ett begränsat men avgörande arbetshinder**. För att framgångsrikt kunna arbeta med personer av detta slag måste NRNP omstruktureras och tillföras en i projektet ingående dagligen arbetande arbetsmarknadskompetens, en sorts **”arbetsmarknadscoach”** som egentligen har två uppgifter. För det första att från första dagen i rehabprocessen på ett professionellt vis tillföra arbetsmarknads- och försörjningsperspektivet. För det andra dels att utgöra projektets förlängda arm in på arbetsmarknaden och in i de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna och dels vara ett stöd/support för den enskilde i det fortsatta rehabarbetet efter det att den sociomedicinska rehabprocessen avslutats. Detta omfattar kanske 20-40% av patientgruppen.
- c) **personer som ingår i grupp b) men som kräver särskilda stödåtgärder av sådant slag att AMI´s särskilda resursstruktur erfordras**. För dessa personer bör upprättas någon form av samverkansöverenskommelse med AMI Tullinge och länken mellan NRNP och AMI bör vara **”arbetsmarknadscoachen”**. Detta omfattar kanske 10-20% av patientgruppen.

10.4.2 Andra tänkbara målgrupper

Vid sidan av dessa grupper kan konstateras att i Nacka finns dessutom ett antal andra grupper med stora behov av rehabinsatser för rygg Nackproblem som idag med största sannolikhet likt Sara åker runt, varv efter varv i rehabkarusellen. Personer som med största säkerhet utgör lika stora samhällskostnader som Sara

- * personer med rygg/nackbesvär som varit **sjukskrivna under lång tid** (mer än två år) och som är svåra och resurskrävande (men möjliga) att rehabilitera på grund av att den hjälplöshets- och hospitaliseringsmekanism man utsätts för i rollen som sjuk fått verka under för lång tid
- * personer med rygg/nackbesvär men som dessutom har en **svår psykosocial problematik** och/eller **stora/svåra motiveringsproblem** och där det kanske är oklart om ryggbesvären är orsakerna bakom den psykosociala problematiken eller om det är tvärtom
- * personer med någon form av **personlighetsstörning** (i extremfallet s.k. boarderlinepatienter) som i grund och botten ej är behandlingsbara inom denna typ av projekt utan som kräver alldeles speciella vårdinsatser med tydligt psykiatriska inslag

Ingen av dessa grupper har en problembild som går att åtgärda inom ramen för NRNP. Dessa personers framtid utgör en angelägenhet för ledningsgruppen för Valfärd i Nacka i allmänhet och styrgruppen för frågor kring rygg/nack i synnerhet

Dessutom bör tilläggas att för denna målgrupp finns en utomordentligt stor potential i form av olika insatser av förebyggande natur. Allt från insatser i skolan till insatser på arbetsplatser etc.

11. ATT SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR EN FUNGERANDE REHABSAMVERKAN

11.1 Fem baskomponenter

Då vi under ett antal år arbetat med samverkansfrågor och rehabilitering har det för oss blivit allt tydligare att vissa omständigheter bör föreligga för att man ska kunna tackla denna fråga framgångsrikt. Vi tycker oss kunna urskilja fem sådana tydliga villkor eller omständigheter.

- * för det första erfordras någon form av **basmodell**¹⁰ för ledning och organisering av samverkansfrågorna. En modell där både ledningens strategiska kompetens och de professionellas sakkunskap kan tas tillvara.
- * ett klart och tydlig engagemang i rollen som **uppdragsgivargrupp** både från de problemägare som drabbas och de nyckelintressenter som kan påverka rehabarbetets framgång
- * ett **multikompetent team** som har minst samma kompetensomfång som komplexiteten i det rehabproblem som ska lösas och/eller tillgång till en nätverksstruktur som förfogar över detta kompetensomfång
- * en fungerande, strukturerad **ledningsdialog** i flera steg mellan den uppdragsgivargrupp som vill få rehabproblemet löst och den uppdragstagargrupp som ska arbeta med problemet
- * en genomtänkt **rehabiliteringssyn** som både genomsyrar det team som ska arbeta med frågan och återspeglas i form av en konkret **rehabiliteringsmetodik** i arbetet med den enskilde

Nedan granskar vi var och en av dessa fem komponenter mera i detalj

11.2 En fungerande basmodell

Låt oss börja med att ge en enkel bild av några grundläggande förutsättningar som enligt vårt förmenande måste föreligga för att en gynnsam samverkanssituation ska kunna uppstå – basmodellens förutsättningar och komponenter.

11.2.1 Modellen och dess komponenter

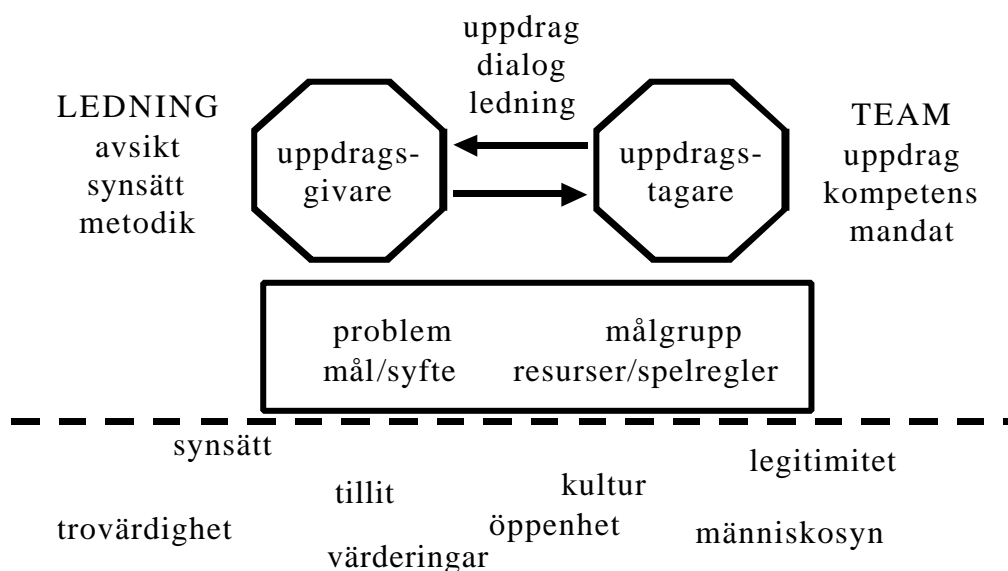
Först och främst kan vi konstatera att det behövs en grupp av människor, ett team, ett multikompetent team, som ska utföra det konkreta rehabarbetet i samverkan – vi kallar detta för **uppdragstagargruppen**. Dessa måste ha uppdrag, mandat och kompetens som motsvarar det problem som ska tacklas. Det bör också (i de allra flesta fall) finnas en grupp av aktörer

¹⁰ Denna modell är utvecklad mera fullständigt i Nilsson & Wadeskog, Att samverka kring psykiatireformens klienter, Socialstyrelsen, 1999

som vill få denna samverkan till stånd – en **uppdragsgivargrupp** – som utifrån någon form av avsikt och gemensamt synsätt vill utträta något. Samspelet mellan uppdragsgivare och uppdragstagare sker i form av ett antal olika **ledningsdialoger** där uppdragets omfattning mejslas fram.

Det är framförallt fyra frågor dessa ledningsdialoger har att penetrera. För det första vilket **problem** som ska lösas. Därefter vilket **mål och syfte** man har med samverkansaktiviteten. Som tredje fråga vilken den exakta **målgrupp** är som man ska jobba med. Slutligen fastställer man i denna ledningsdialog vilka **resurser och spelregler** som står till förfogande för uppdragstagargruppen. Var och en av dessa fyra frågor inrymmer i sig ett antal delfrågor som vi belyser längre fram. Tydligheten i svaret på dessa frågor kommer i stor utsträckning att avgöra framgången i samverkansarbetet.

Att skapa denna struktur av tydlig ledning, en uppdragsgivargrupp och en uppdragstagargrupp och penetrera dessa fyra frågeställningar är i regel en förutsättning för att lyckas med att skapa ett samverkansarbete. Men under ytan finns ett stort antal andra mer komplexa frågeställningar såsom synsätt, öppenhet, tillit, värderingar, människosyn etc. som i grunden kommer att avgöra om man kommer att lyckas. I praktiken är det ofta så att det är hur väl man lyckas hantera dessa frågor som kommer att avgöra hur väl samverkansarbetet lyckas. Man skulle kunna uttrycka det på ett annat vis. De mer synliga och sakorienterade aspekterna kan sägas vara hjälpmedel för att komma åt samverkanssituationens verkligt svåra frågor. Stannar man kvar på denna formella nivå betar man sig som i en parrelation där man löser samarbetsfrågorna i hushållsarbetet med hjälp av arbetsschema, skriftliga regler och skriftliga avtal. Man behandlar symtomen på bristande samverkan i stället för de underliggande orsakerna (respekt, öppenhet, tillit etc.).



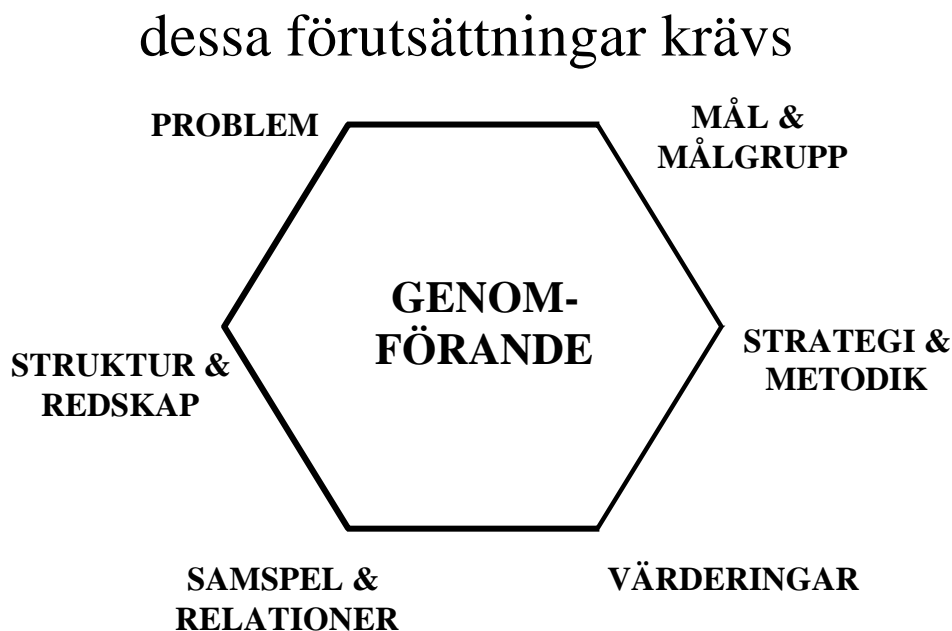
den gränslösa organisationens födelse Ingvar Nilsson/SEE, 08/551 520 69, www.seeab.se

14

Den första förutsättningen för att lyckas samverka kring rehabfrågor är alltså att en struktur av denna eller liknande slag upprättas och att partsrelationen och ledningsrelationen mellan de två parterna uppdragsgivare och uppdragstagare definieras.

11.2.2 Samverkans hexagon

Om ovanstående figur kan anses vara en enkel grundmodell för att skapa förutsättningar för samverkan utgör nedanstående figur en utveckling av denna modell. Den fokuserar på sex olika aspekter eller frågeställningar kring samverkan. Först två mycket konkreta frågeställningar, **vilket problem** ska lösas och vilket **mål** ska uppnås med vilken **målgrupp**. Därefter två något mera abstrakta frågor; **vilken arbetsstruktur och vilken metodik** ska vi begagna oss av. Slutligen två utpräglat ”mjuka” frågeställningar; hur ser vi **på relationer och samspel samt vilka värderingar** ska präglade vårt arbete.



Vart och ett av hörnen i vår sexhörning innehåller ett antal aspekter som är viktiga att överväga. Nedan har vi sammanställt några frågeställningar för vart och ett av hexagonens hörn, som vi tycker man bör besvara i samband med att man ska inleda ett samverkansarbete. Genomarbetade svar på dessa frågor kan utgöra **en** förutsättning för att lyckas i ett samverkansarbete. Eftersom varje samverkansuppdrag är unikt bör kanske inte frågeställningarna nedan följas slaviskt. Se dem som en sorts batteri av checklistefrågor värda att reflektera över innan man kastar sig in i ett samverkansarbete

- * **bli överens om målgruppens utseende;** hur ser målgruppen ut (storlek, ”svårighetsgrad” och omfattning), hur definieras och avgränsas den och kan vi identifiera subgrupper? Utifrån vilket perspektiv definierar vi målgruppen (individuellt, kommunalt eller nationellt perspektiv)?
- * **formulera ett gemensamt övergripande syfte – en vision;** Vad är det övergripande syftet – vad är det man egentligen vill uppnå? Är vi överens om vad vi vill uppnå på både kort och lång sikt?
- * **formulera och vara överens om de gemensamma konkreta mål som ska uppnås;** Vilka konkreta mål ska uppnås och när ska dessa vara uppnådda? Kan vi identifiera delmål och etappmål? Hur ser målet ut i relation till de problem som ska lösas? Är det möjligt att uppnå dessa mål?

- * **skapa gemensam problemuppfattning;** är vi överens om vilket problem som ska lösas, ser vi detta problem och identifierar vi det som ett gemensamt problem? Vari ligger den speciella samverkansdimensionen av problemet? Åger vi problemet gemensamt och förstår vi konsekvenserna om det inte löses? Ser vi det gemensamma intresset och ser vi möjligheten till en gemensam lösning?
- * **skapa motivation och vilja att samverka kring lösning av problemet:** Få lust att medverka i lösningen av problemet. Se det som angeläget att problemet löses gemensamt. Se behovet av en gemensam lösning och tro på möjligheten av en gemensam lösning.
- * **skapa ledningsgrupp och arbetsgrupp (uppdragsgivargrupp & uppdragstagargrupp);** Vilka ska leda samverkansarbetet? Vem ska ingå i uppdragsgivargruppen? Deras trovärdighet och legitimitet? Vilka ska ingå i gruppen som ska genomföra samverkansarbetet? Vilka kompetenser (sakkompetens och socialkompetens), mandat och spelregler behövs för teamets arbete? Hur ska detta förankras i linjeorganisationen? Hur hittar vi eldsjälarna? Hur ska vi förmå dem att ta sig an jobbet?
- * **skapa fungerande arbetsformer;** Hur ska vi närma oss målgruppen, vilka erfarenheter finns av vad som fungerar bra och mindre bra? Gör vi det för eller med människorna? Hur ska vi organisera arbetet i projektgruppen? Teambuilding, möten, beslut & dokumentation, kick off, extern support eller handledning?
- * **prövandets och lärandets form;** i valet mellan att tänka och handla måste man göra bådadera. Sålunda behöver vi både strateger och entreprenörer i uppdragstagargruppen. Vi behöver också kreatörer och administratörer.
- * **ett gemensamt synsätt;** kunskap om och respekt för varandra både i form av personkännedom och verksamhetskännedom. Kompetenstillit och persontillit. Vi måste tro att de andra kan sitt jobb och ställer upp för det gemensamma målet
- * **etablera ett gemensamt synsätt kring arbetet med och ledning av gränsöverskridande lösningar;** vinna – vinna samt långsiktighet och uthållighet. Samverkan leder inte till snabba vinster och båda parter måste tjäna på det
- * **förstå de underliggande värderingarnas betydelse (människosyn, organisationssyn och välfärdssyn);** Se individen som en växande ansvarstagande människa (det humanistiska, empowerment synsättet). Se organisationer som nätverk och gränsöverskridande. Se välfärd som ett instrument att ur ett helhetsperspektiv stödja individer, inte ta över ansvar för deras liv
- * **hur ser vi på begreppet samverkan;** talar vi om strategisk samverkan eller vardagssamverkan? Samarbete innebär inte att alla gör samma sak utan att stärka sin kärnkompetens och ha tillit till de övriga – är vi överens om detta?

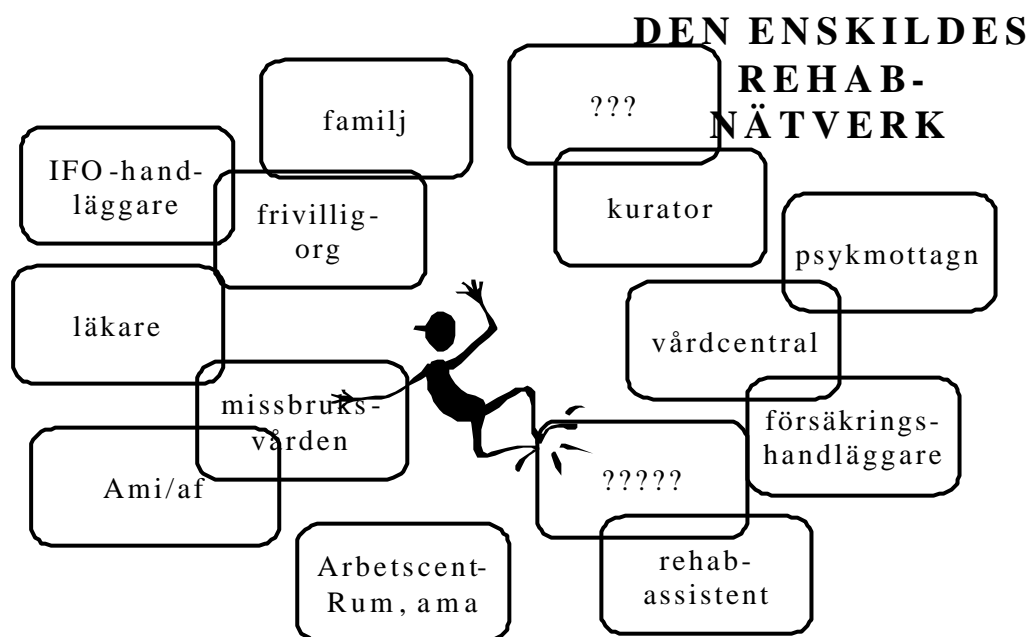
11.3 Problemmägare, intressenter och uppdragsgivare

11.3.1 Intressenterna kring den enskilde

Om den första uppgiften för att få till stånd en fungerande rehabsamverkan är att skapa en fungerande basmodell blir den andra uppgiften (väl integrerad i den första) att engagera de intressenter som är berörda i frågan. Uppgiften är att förvandla det som ofta blir ett

socialpolitiskt gatlopp för den enskilde till en samlad helhetssyn från de berörda intressenterna. En orsak bakom detta problem är att verksamheten är uppbyggd i parallella hierarkiska strukturer. Motpolen till detta vore att **organisera arbetet kring den enskilde i någon form av nätverksmodell.**

En av poängerna i en sådan modell är att olika perspektiv inte uppfattas som konkurrerande utan som olika bidrag till en helhetssyn. Alltså bör arbetet kring den enskilde utgå från en nätverksbaserad organisationsmodell som bygger på det nätverk som redan finns kring honom idag.



För att ett nätverk ska kunna vara mer än en diffus abstraktion krävs några olika saker, man bör ha **gemensamma mål, gemensamma värderingar, någon form av lednings- och informationsstruktur, någon eldsjäl som driver processen och någon form av arbetsstruktur**¹¹.

Nätverket är normalt sett ingen ny organisationsstruktur utan det är en modell där man fogar samman och utnyttjar redan existerande resurser för att sträva mot samma mål i stället för att motverka varandra eller ignorera varandra. Men det måste baseras på ett **gemensamt intresse** och strävan efter att uppnå ett **gemensamt mål**. En sådan arbetsmodell kan ha ett flertal olika uttrycksformer. Allt från tillfälliga samarbetsgrupper, via nätverk och projekt till välintegrerade mer eller mindre permanenta team.

¹¹ Se vidare Nilsson, Välfärd i Nacka, strategi för samverkan i imaginära organisationer

11.3.2 Problemägare och nyckelaktörer

Ett nätverk förutsätter att man lyckas samla berörda intressenter kring det gemensamma problemet. Bland dessa intressenter finns det två grupper som är mer viktiga än andra. Den första av dem skulle vi kunna kalla **problemägaren, dvs. den aktör eller de aktörer som är huvuddrabbade om inte rehabproblemet löses**. Det kan vara försäkringskassan då det gäller långtidssjukskrivna, psykiatrin då det gäller psykiskt långtidssjuka eller socialtjänsten då det gäller personer som erhåller socialbidrag.

Problemägaren är den aktör som man kan/bör förvänta sig är den som tar initiativet till att inleda samverkansarbetet eftersom man är den som har mest att vinna på ett samarbete. Ibland är det så illa att problemägaren inte inser sin situation. Man är inte medveten om de mekanismer man drabbas av. Då blir första steget i en samverkansprocess att skapa "sjukdomsinsikt".

Den andra viktiga aktörgruppen är vad vi kallar **nyckelaktörer, dvs. sådana aktörer utan vilkas medverkan rehabproblemet inte kan lösas eller endast kan lösas ofullständigt och/eller ineffektivt**. Dessa bör i princip alltid vara med i en rehabsamverkan eftersom problemet per definition inte går att lösa utan deras medverkan. Problemet med denna grupp är att den inte alltid är drabbad av problemet eller av andra skäl inte vill eller kan engagera sig i samverkansfrågan. Det kan i sådana lägen vara viktigt att komma ihåg att **ingen kommer att medverka i en samverkansprocess för att lösa dina problem – "what's in it for me?"** Alla parter behöver vinna något. Tänk som gudfadern. "I'm gonna give them an offer they can't refuse"

11.3.3 Uppdragsgivargrupp

Men vad som kanske är ännu viktigare är att av de olika aktörer som är intressenter kring samverkan skapa en uppdragsgivargrupp som faktiskt tänker och agerar som en sorts ledningsgrupp för samverkansfrågorna. Dvs. en grupp som påtar sig ett konkret ledningsansvar för detta. För att detta ska lyckas kan några principer formuleras

- * gruppen bör representera alla viktiga intressenter i synnerhet **nyckelaktörerna och problemägarna**. Det är en rimlig tanke att problemägarna är de som tar initiativet i frågan och i varje fall inledningsvis är en sorts motor i processen.
- * gruppen måste ha **mandat och kompetens** att leda och fatta beslut i frågor som rör det aktuella samverkansärendet. I regel bör alla medlemmar i en sådan uppdragsgivargrupp ha symmetriska eller likformiga mandat och beslutsbefogenheter
- * det måste finnas en vilja och önskan om att utträta något **gemensamt** i denna grupp. För att detta ska bli möjligt måste gruppen faktiskt **bli en grupp** (dvs. genomlöpa någon form av **gruppbildningsprocess**) och ta ställning till grundläggande **värderingsfrågor och målfrågor**
- * dessutom måste denna grupp ha en bild av hur man leder och stödjer ett samverkansarbete, dvs. man måste ha en gemensam bild av ett **synsätt och metodik för samverkansledning**

11.4 Det multikompetenta teamet

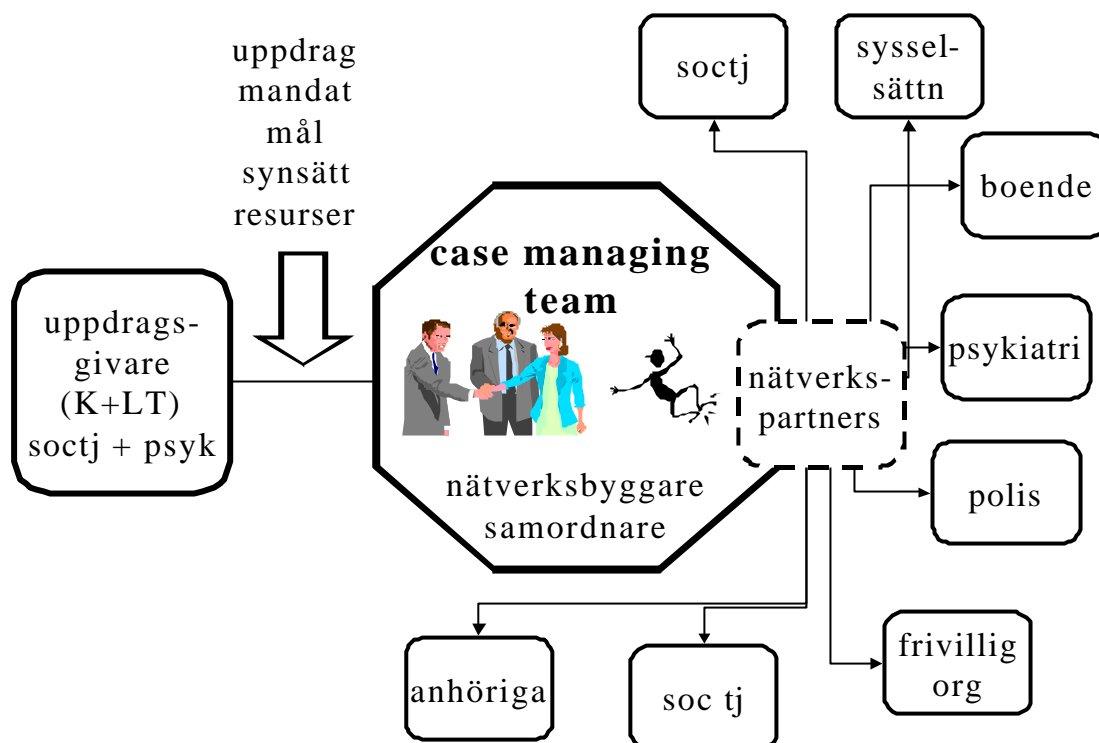
11.4.1 Grundprincip och teamets kompetensomfång

Om man ska samverka kring den enskilde i komplexa samverkansfrågor är det viktigt att se att en förutsättning för en helhetssyn är att man faktiskt kan tillföra alla relevanta perspektiv. Det finns en sorts grundprincip som säger; multiproblem kräver multikompetens. Med detta menar vi att det i teamet (eller till teamets förfogande) måste finnas minst lika många kompetenser representerade som det finns aspekter eller fasetter av problembilden. Om detta villkor inte är uppfyllt kan strängt taget inte den helhetssyn uppnås som man strävar efter och som en problemlösning är en förutsättning för.

Teamet har, vid sidan av sina relationer till den enskilde (klienten/patienten) **tre viktiga relationer** att vårda; i förhållande till uppdragsgivaren, i förhållande till de egna moderorganisationerna samt i förhållande till sina nätverkspartners

Man kan också säga att teamet har fyra distinkta arbetsuppgifter;

- * att skapa **en helhetssyn kring den enskilde, och utifrån detta samordna rehabinsatserna** för att inte bara dämpa de akuta symptomen den enskilde bär med sig utan också försöka både förstå och komma åt **de bakomliggande grundorsakerna till symtomen**
- * att som en del i denna helhetssyn **etablera ett fungerande nätverk** i arbetet dels som stöd för det egna teamets arbete och dels som stöd för den enskilde
- * att etablera och vidmakthålla en **tillitsfull relation med uppdragsgivargruppen** dels för att få stöd i det egna arbetet men också för att öka kompetensen och kunskapen i ledningsgruppen kring den aktuella rehabfrågan, dvs. bidra till att professionalisera ledningsgruppen
- * att **vidmakthålla goda relationer till de egna moderorganisationerna** dels för att därigenom skapa och bevara hög legitimitet för rehabarbetet och för att kunna utnyttja moderorganisationernas kompetenser och resurser och dels för att tillföra moderorganisationerna erfarenheterna från arbetet med rehabsamverkan



11.4.2 Sammansättning av teamet

Man skulle kunna säga att ett team är en grupp människor som arbetar tillsammans och nära varandra för att uppnå gemensamma mål. I ett team har man ofta likartade värderingar och synsätt¹². Det finns många sätt att skapa ett team. I detta speciella sammanhang tycker vi oss se att då man ska skapa ett team är följande saker viktiga att tänka på

- * deltagarna bör ha god **sakkompetens** inom sitt område
- * de bör dessutom ha en **hög social kompetens och god förmåga att kommunicera** (vilket främst omfattar förmågan att lyssna) samt en intresserad och nyfiken inställning till andra professioner och verksamheter
- * de bör ha en **hög legitimitet i den egna moderorganisationen**, gärna i kombination med tillgång till egna personliga nätverk i den egna professionen
- * de bör vilja vara med i ett samverkansteam. Man måste vara **motiverad och tro på denna idé**. Man kan aldrig beordra någon att mot sin vilja delta i ett samverkansarbete och tro att detta ska fungera bra.

Då man sätter samman teamet bör man dessutom tänka på att teamet ur en sorts **personlighetsperspektiv** bör vara allsidigt sammansatt så att **en hög grad av**

¹² se vidare Lind & Skärvad, Nya team i organisationernas värld, Liber, 1997

komplementaritet erhålles (allt från visionärer, via eldsjälar och entreprenörer till arbetsmyror och byråkrater).

Det är viktigt att också komma ihåg att det finns en sorts människor som absolut inte ska delta. Där de som ”vet hur det egentligen är, och som finns i teamet för att förmedla detta till de övriga. De i samverkanssammanhang fullständigt livsfarliga **bärarna av ”den sanna läran.”**

11.4.3 Att knyta till sig en nätverksstruktur

Ofta har man i ett samverkansprojekt mer eller mindre spontana nätverkskontakter med ett stort antal sidoaktörer. Detta är bra, men man kan och bör ibland gå ett steg längre, nämligen knyta till sig en sorts halvpermanent partnerstruktur med vilka man mera regelbundet har en sorts vinna-vinna utbyte. Dessa partners kan fylla flera olika funktioner för teamet. Man tillför specialistkunskap, man kan bistå i rehabprocessen, man kan marknadsföra och sprida kunskap om arbetet och man kan remittera klienter till projektet.

Vi tror att det kan vara ett värde att man i ett samverkansarbete identifiera dessa partners, hittar en gemensam arbetsform och arbetsstruktur som gynnar båda parter och därigenom etablerar ett mer permanent partnerskap. Formerna för detta måste variera med vilken sorts problemställning man arbetar med. Det gemensamma är att det är teamet som måste se som sin uppgift att upprätta detta partnerskap.

11.5 De fyra ledningsdialogerna

11.5.1 Jag samtalar, alltså leder jag

All systematisk samverkan erfordrar någon form av ledning. Men en ledning som fundamentalt skiljer sig från den hierarkiska organisationens ledningsmodell. Kärnan i ledningsprocessen är att genom dialog och kommunikation **skapa sådan tillit att ledningen i nätverket eller den gränsöverskridande miljön erhåller mandat att leda oavsett hur detta mandat korsar formella organisatoriska gränser.**

Det förtjänar att sägas att **mandat att leda i gränsöverskridande miljöer inte enbart och stundtals inte alls följer de formella maktstrukturerna.** Gränsöverskridande organisationer fungerar och leds i regel med utgångspunkt i att den gränsöverskridande ledaren har förtjänat medarbetarnas förtroende. Mandatet att i reella termer leda tilldelas sålunda snarare utifrån de ingående organisationernas gräsrötter än från deras maktcentra.

Man skulle kunna säga att samverkan i rehabfrågor egentligen utkristalliserar fyra ledningsfrågor; **hur få med folk i båten, hur ro åt samma håll, ror vi åt rätt håll, kom vi fram?** För var och en av dessa ledningsfrågor går det att identifiera en dialog, sammanlagt fyra dialoger;

?? idé- & måldialogen

?? uppdragsdialogen

?? genomförandedialogen

?? utvärderingsdialogen

Nedan beskrivs de kortfattat i telegramtext.¹³

11.5.2 Idé & måldialog – få med i båten

Idé- & måldialogens syfte är att få med de berörda i båten i båten. Den handlar bl.a. om att

se problemet – nulägesbeskrivning

äga det gemensamma problemet och förstå konsekvenserna om det inte löses

se det **gemensamma intresset**

se möjligheten till en **gemensam lösning**

få lust att medverka i lösningen av problemet

Dialogen avslutas med att man kommer överens om hur man ska **konstituera någon form av gränsöverskridande, nätverksliknade eller imaginär organisation** (någon form av arbetande grupp eller operativt samverkansarbete) och med denna övergå till ledningsarbetets andra steg uppdragsdialogen. Det ligger i sakens natur att denna dialog i hög utsträckning präglas av samtal kring grundläggande värderingar och synsätt – t.ex. hur man ser på människor, organisationer och välfärd. Visioner och drömmar kan också bli ett viktigt inslag i detta skede.

11.5.3 Uppdragsdialog – ro åt samma håll

Uppdragsdialogens¹⁴ syfte är att få alla att ro åt samma håll och att sätta särintresset och det kortsiktiga åt sidan till förmån för det gemensamma och det långsiktiga. Den måste baseras på respekt för varandras roller och uppdrag och har som förutsättning att idédialogen varit så framgångsrik att de berörda tänt på idén. I denna dialog har uppdragstagare och uppdragsgivare lite olika perspektiv

Uppdragsgivarens frågor handlar om

Vad vill vi få uträttat och varför

Vilka mandat och spelregler ska gälla

¹³ de fyra dialogerna har vi utvecklat mera fullständigt i form av utbildningsmaterial vi använder i våra utbildningar i samverkansfrågor

¹⁴ det bör kanske observeras att en förutsättning för att genomföra denna dialog är att både uppdragsgivargrupp och det multikompetenta team som ska vara uppdragstagargrupp är skapade och medlemmar rekryterade till dem

Vilka resurser krävs och hur ska vi sedan följa upp

Vilka broar måste byggas och vilka hinder måste undanröjas

Uppdragstagarens frågor

Analys, tolkning och revidering av uppdraget

Vad innebär begreppet framgång inom detta område

Bekräftelse av att detta är möjligt och att man åtar sig detta

En diskussion av hur detta skulle kunna gå till

Vilka resurser och vilken support behöver man

Uppdragsdialogen är till sin natur betydligt **mera strukturerad** än idédialogen. Den bör landa i att uppdragsgivare och uppdragstagare sluter **ett kontrakt** med varandra. Därefter omvandlar uppdragstagaren detta till sin **handlingsplan** och uppdragsgivaren utför de åtgärder av ”**support-natur**” uppdragets genomförande erfordrar. Dialogen avslutas alltså med att man **sluter ett uppdragskontrakt** och övergår till genomförandefasen som i sig innehåller de tredje och fjärde dialogstegen – utvärderings- och genomförandedialogerna.

11.5.4 Genomförande dialogen – ligger vi på rätt kurs

Genomförandedialogens syfte är att kontinuerligt följa upp huruvida man ligger på rätt kurs i arbetsprocessen. Processen har en sorts fyrdubbel funktion av att **stödja, kontrollera, lära och korrigera**. Stödja processens genomförande. Kontrollera att man följer uppgjort kontrakt. Lära av de misstag som man gör. Korrigera kursen då det behövs.

Uppdragstagarens roll handlar om att begära support, undanröjning av hinder och att vid behov väcka frågan om revidering av kontraktet (verkligheten kanske hann i kapp planen). Man ställer frågor som

Vad bestämde vi

Hur ligger vi till

Håller plan eller ska vi ändra oss

Finns det anledning att korrigera

Vad har vi lärt oss så här långt

Uppdragsgivarens roll handlar om att stödja och knuffa på uppdragstagaren. Att uppmuntra genomförandearbetet för att förstå om uppdragskontraktet behöver revideras. Man ställer frågor som

Behöver ni stöd

Vilka hinder ska flyttas

Vilka lärdomar kan vi dra så här långt

Finns det anledning att korrigera kursen

11.5.5 Utvärderingsdialog – kom vi fram

Utvärderingsdialogens syfte är att bli ännu bättre på att gemensamt lösa det förelagda problemet. Inställningen i denna dialog är att uppföljning i första hand är lärande och utvecklande mer än kontrollerande och bestraffande. Dialogen handlar bl.a. om följande frågor

vilket problem ville vi lösa

vilket mål och vilket uppdrag formulerade vi

vad gjorde vi

vad blev det

vad är skillnaden mellan mål och resultat, vad beror denna skillnad på

vad drar vi för slutsatser av detta (fel uppdrag, fel aktiviteter, etc.)

hur ska vi göra nu

11.6 Rehabilöken och ett pedagogiskt synsätt

11.6.1 Ett mirakel eller?

Vi har under en period studerat och utvärderat ett framgångsrikt rehabprojekt kring personer med psykosociala arbetshinder i Södertälje¹⁵. I projektet har man med till synes enkla metoder lyckats med att få en stor andel av deltagarna tillbaka på arbetsmarknaden. Man har arbetat med vad som ser ut som enkla och kända insatser, matgrupper, datastudier, friskvård, krukmålning, skapande aktiviteter, legoarbeten, projektarbeten, etc¹⁶. På ytan ser det inte särskilt märkvärdigt ut. Och ändå är resultaten anmärkningsvärt goda cirka 55% av deltagarna har återgått till arbete eller studier efter ett år.

Då man studerar verksamheter som detta rehabprojektet kan man ibland med en viss misstänksamhet ta del av beskrivningar som den ovan. En aning tvivlande ställer man sig frågan. Kan det vara så enkelt? Kan en person som under andra omständigheter skulle gå under med så pass till synes enkla insatser ta en helt annan och betydligt mera konstruktiv livsbana? Är det ett mirakel eller handlar om att vi här överdriver effekterna av dessa

¹⁵ se vidare Nilsson & Wadeskog, Eva-Britt Larsson, en person med psykosociala arbetshinder, en utvärdering av ett rehabprojekt, SEE & Södertälje Kommun 1999. Rapporten återfinns i sin helhet på vår hemsida www.seeab.se

¹⁶ projektet och dess arbetsformer beskrivs mer i detalj i Ekevik & Hagström, Verksamhetsbeskrivning för rehabverksamheten vid arbetsmarknadscentrum, Södertälje Kommun, 20/1 2000

åtgärder? Denna typ av intryck dämpas knappast av det förhållandet att det för den oinvidge ser ut som om man inte tillämpar någon konkret behandlingsmodell på klienterna.

Mer fel än så kan man knappast ha då man betraktar detta rehabprojekt. I själva verket är det precis tvärtom. **Arbetet präglas av både en utomordentligt genomtänkt metodik och ett antal sofistikerade teoretiska fundament på vilka denna metodik vilar**

11.6.2 Synsätt, pedagogik, teorier och modeller

Vad är det då som på ett mer underliggande plan utmärker verksamheten i rehabprojektet? Vi tror att man kan dela in svaret i två helt olika delar. Vilket synsätt präglar det man gör och vilken metod, pedagogik och metodik tillämpar man? Då det gäller synsätt har vi lyckats urskilja följande olika delar;

- ?? man utgår från en helhetssyn på den enskilde i motsats till ett eller ett par knippe olika symtom. Det vetenskapliga ordet här är *holism*.
- ?? man fokuserar på det friska och utvecklingsbara hos individen och försöker se hur detta ska kunna växa i styrka i stället för att fokusera på hur man ska dämpa det sjuka. Den vetenskapssyn man här grundar sig på brukar kallas *salutogenes*
- ?? man utgår från att varje är ansvarig för eller med stöd kan lära sig att ta ansvar för sitt liv, vilket här innebär att det är den enskilde som ska ta ansvar för sin rehabiliteringsprocess. De professionellas roll är att stödja och skapa förutsättningar för denna process. Detta brukar ibland kallas *existentialism* (Sartre)
- ?? man arbetar med en syn på delaktighet som innebär att den enskilde i projektet genom att vara delaktig ökar sin förmåga att ta ansvar för sina val och sluta vara offer. Detta är en modell som tillämpas inom den *kooperativa pedagogiken*. Man skulle också kunna säga att här finns starka inslag av det som brukar kallas *Freires frigörande pedagogik* (Freire)
- ?? man utgår från att det sociala samspelet i grupper och att de möten och de konfrontationer med andra människor detta innebär, med rätt förutsättningar, leder till ökad förmåga att ta ansvar för sig själv och sitt liv. Man ser social turbulens i grupper och konflikter som naturliga inslag i vardagen. Man utgår härvidlag **från modern socialpsykologisk teoribildning**
- ?? man vill ge individen möjlighet att genom självreflektion och självmedvetande växa och ta ansvar för sitt liv. Detta uppnås inte minst genom att ge tid och utrymme för sådana reflektioner. Man arbetar också utifrån tanken att personalen på rehabprojektet inte är de som ska ”fixa” situationen utan snarare ge förutsättningar för hjälp till självhjälp. Detta synsätt hämtar sin inspiration både utifrån *human element teorin* (Schutz) **och från självtillitsskolan** (Galtung)
- ?? man arbetar medvetet på att i olika processer skapa lärande och reflektion genom att utgå från vad som händer – kring detta skapa möjlighet till reflektion och modifikation av egna mönster för att därefter pröva nya mönster. Med detta tillämpar man samtidigt **både metoden för upplevelsebaserad inläring och teorin för lärande organisationer**
- ?? man använder processen mellan den enskilde och gruppen som ett medel i den läkande processen, dvs. samspelet mellan de olika individerna i ett gruppdynamiskt sammanhang blir en sorts laboratorium i rehabiliteringsarbetet. På så sätt kan man

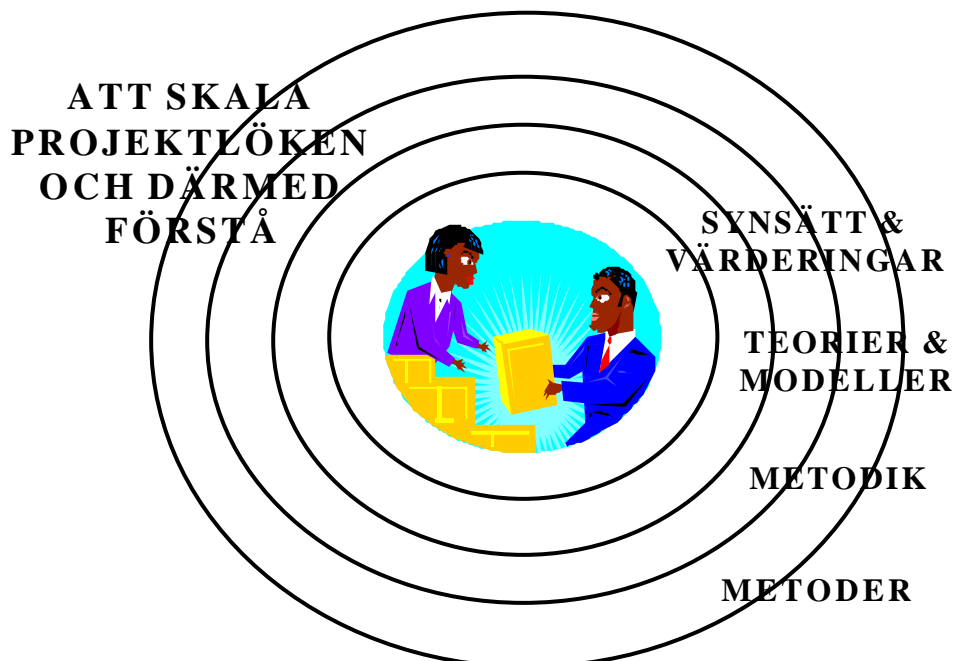
sågas både utgå från den *socialpsykologiska teoribildningen och den s.k. FIRO-teorin för gruppprocesser*

Det intressanta var att då vi första gången diskuterade projektet med de som initierat och driver det hade man inte själv på detta tydliga vis sett kopplingen mellan det konkreta vardagsarbetet och de underliggande teoretiska fundamenten, även om man i sin projektbeskrivning hade formulerat synsätt och värderingar som skulle prägla arbetet och som knyter an till dessa teoribildningar. Däremot kunde man mycket väl känna igen sig då vi pekade på dessa kopplingar.

Detta är ett mönster vi ofta möter i framgångsrika rehabprojekt. Synsätten och de arbetsmetoder man tillämpar är inte alltid uttryck för en medveten koppling mellan en modell eller en teori och det praktiska arbetet. Denna koppling sker ofta undermedvetet och/eller intuitivt. Det vi ibland brukar kalla **tyst kunskap**. Man skulle kunna säga att man här väver samman lång erfarenhet kring dessa frågor med en teoretisk referensram och omsätter detta till en rehabiliteringsidé. Inom andra verksamheter brukar detta kallas produktutveckling och brukar anses vara ett exempel på kreativt tänkande.

11.6.3 Att skala löken och upptäcka hemligheten

Det kan emellertid, för en utomstående, vara ännu svårare att göra kopplingen mellan projektets vardagsarbete och den rehabiliteringssyn som det vilar på. Dessutom är det ju så att om ett projekt är framgångsrikt (som vi anser att detta i högsta grad är) väcks en lust i omvärlden att kopiera projektet. Detta är tyvärr endast möjligt på ett mycket övergripande vis. Låt oss betrakta följande bild.



Vi tror det förhåller sig på följande vis. Då man betraktar projekt utifrån ser man **en konkret metod**, dvs. vad man gör. Låt oss ta den väggbonad som man i gruppen av deltagare under stor vånda har arbetat fram som exempel. På ett ytligt plan ser det ut som att metoden väggbonad är det man använder sig av i rehabiliteringsarbete. Men tanken leder direkt fel. Den fokuserar på **vad** man gör, inte formerna för det.

Ty i nästa skikt av löken döljer sig **en mycket genomtänkt metodik**, som beskriver **hur** man använder sig av arbetet med väggbonaden. Man använder den som ett redskap för att öka förmågan att hantera och bearbeta konflikter, förmågan att agera i och spegla sig i en grupp, som ett träningsredskap för att utveckla sin förmåga till ansvarstagande, som ett hjälpmedel att sätta upp mål och planera sin tid etc.

Men under detta ligger i nästa skikt av löken alla de **modeller och teorier** som man medvetet eller omedvetet tillämpar i detta arbete. Allt från olika pedagogiska metoder (delaktighet, frigörande pedagogik, upplevelsebaserad inläring till tillämpningen av ett antal olika teorier (självförtroendemodellen, teorin för lärande organisationer) etc. Det är inte nödvändigt att man explicit och medvetet valt att tillämpa dessa teorier. Förmodligen är det i detta projekt som i så många andra att de engagerade personerna dels intuitivt tillämpar sin "tysta kunskap" i projektet dels medvetet applicerar konkreta modeller.

Men under detta skikt möter vi de **grundläggande synsätt och värderingar** som präglar projekt. Tron på den väljande människan, fokusering på de friska, tron på möjligheten för alla individer att växa etc.

Men allra innerst i löken finner vi det som är **hemligheten. De människor som bär projektet**. Det är dom som format de dagliga arbetsrutinerna och metoderna. Men det är dessa människor som inte bara vet hur man ska omvandla kunskap och modeller till konkret arbete. De vet också när det är klokt att följa dessa principer och när man ska göra undantag.

Som i de allra flesta goda samverkansprojekt så är **EN STOR DEL AV HEMLIGHETEN MED ATT LYCKAS BEROR PÅ ATT MAN FÖRMÅR TA TILLVARA, STÖDJA OCH UTVECKLA DEN PASSION, DE DRIVKRAFTER OCH DEN KOMPETENS SOM FINNS HOS ELDSJÄLARN BAKOM PROJEKTET.**

Det som på ytan i rehabprojektet alltså ser ut som ett tämligen trivialt och stundtals lite svårgenomträngligt vardagshandlande, är i själva verket baserat på ett mycket genomtänkt synsätt omvandlat till en konkret och praktisk vardagsmetodik tillämpat av kloka handledare. Det är detta som utgör "hemligheten" bakom projektets framgång.

11.6.4 Framgångsfaktorer i rehabarbetet

Ur detta skulle man kunna vaska fram några generella slutsatser kring vad som krävs för att lyckas med en rehabiliteringssamverkan.

?? För det första måste man i projektet ha någon form av **gemensam rehabsyn**. Hur ser man på rehabiliteringsprocessen och vad är rollfördelningen mellan de professionella och den som ska rehabiliteras.

- ?? En sådan rehabsyn bör enligt vår erfarenhet utgå från någon form av uttalad **helhetssyn** kring den enskilde. Detta innebär att ingen enskild profession eller aktör har monopol på att definiera det problem som ska tacklas.
- ?? I detta ligger också insikten om att framgångsrik rehabilitering i grunden bygger på att man lyckats etablera någon form av **pedagogisk process** tillsammans med den som ska rehabiliteras. Detta ställer krav både på ett pedagogiskt synsätt och en pedagogisk metodik. Den pedagogiska metodiken bör präglas av begreppet delaktighet.
- ?? Detta i sin tur bygger på insikten om att **ingen kan rehabilitera någon annan**. Man kan bara skapa förutsättningar, arenor och ge redskap till den enskilde men därefter måste han/hon alltid göra rehabiliteringsarbetet själv. Att rehabilitera sig själv är ett val som den enskilde måste göra (den existentiella grundsynen). Detta val upphäver den klassiska rollfördelningen inom vården mellan professionella hjälpare och hjälplösa.
- ?? Detta i sin tur bygger på en fokusering på att stödja **det friska hos individen** (salutogenetiska synsättet) och en föreställning om att "det är aldrig kört". Det finns alltid möjlighet att växa och utvecklas (tron på den växande människan, McGregors teori Y).
- ?? Detta synsätt måste därefter kunna omvandlas till **konkret praktiskt arbete** (metod och metodik – rehabilökens yttre skikt) dels i det enskilda rehabarbetet och dels i relation till den omvärld som finns utanför projektet.
- ?? Slutligen får vi inte glömma att allt framgångsrikt komplext rehabarbete i samverkansformer **STÅR OCH FALLER MED DE ELDSJÄLAR SOM DRIVER DET**.

12. VÅRT DREAMTEAM – RYGGNACKPROJEKTET ATLAS¹⁷

Vårt tredje scenario i denna studie – studiens best case - bygger på tanken att det skulle kunna finnas ett sorts drömteam, ett utvidgat rygg-nackprojekt som skulle kunna utgöra instrumentet för ett sådant best case. I detta kapitel beskriver vi översiktligt hur ett sådant team skulle kunna vara uppbyggt och hur det skulle kunna arbeta.

12.1 NRNP i förhållande till vår kravlista

Om vi jämför dagens rygg-nack projekt med de kriterier för att skapa en framgångsrik rehabsamverkan som vi ställt upp i föregående kapitel kan vi se att projektet i väsentliga delar uppfyller dessa krav och i andra avseenden inte gör det.

- * man har en **uppdragsgivare** i form av ledningsgruppen för Valfärd i Nacka, men ledningsdialogerna med denna ledningsgrupp är fortfarande inte helt utvecklade
- * de flesta **rehabaktörer** är med både i projektet och ledningsgruppen men **arbetsmarknadssidan saknas** helt både på ledningssidan och i projektet vilket allvarligt stympar dess förmåga att arbeta effektivt. Det multikompetenta teamet är ännu inte komplett
- * det finns en **välutvecklad rehabsyn och rehabmetodik** i projektet men den är begränsad till rehabprocessens socio/medicinska del och utför mycket begränsade insatser i de delar som berör arbetsmarknadsrehabiliteringen¹⁸
- * man har samarbete med flera **nätverkspartners** utanför projektet men detta samarbete är ännu i sin linda och är inte så systematiskt som det skulle kunna vara

Sammanfattningsvis föreligger utomordentligt goda förutsättningar för att göra ett mycket bra rehabarbete. Det som saknas är de sista pusselbitarna i kompetensprofilen - **arbetsmarknadskompetensen, en starkare nätverksstruktur kring projektet samt en tydligare och mer stödjande nätverksledning.**

¹⁷ med projektets tillåtelse har vi roat oss med att, i varje fall i denna rapport, ge det vidgade projektet det symboliska namnet Atlas av tre skäl. Guden Atlas som på sina axlar bär de pelare som håller himmeln uppe, översta halskotan Atlas och företaget Atlas Copco med hemvist i Nacka

¹⁸ man gör en hel del ansträngningar in i det arbetsmarknadspolitiska fältet men saknar dels kunskap och kompetens om detta fält och har dels inte tid att arbeta med dessa frågor

12.2 Beskrivning

12.2.1 Arbetsmarknadscoach

Vårt dream-team ser ut på följande vis. Det bygger på och är en vidareutveckling av dagens rygg-nackprojekt. Teamet har dessutom tillförts en ny person/funktion. En person som har till uppgift att dels tidigt i och därefter under hela rehabprocessen tillföra **det arbetsmarknadspolitiska perspektivet** och dels att efter den första rehabiliteringsfasen vara **teamets förlängda arm** och den enskildes support och back-up in i de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna. Den här sortens yrkesgrupp finns inte idag men skulle kunna sägas vara en korsning av arbetsvägledare, arbetskonsulent, arbetspsykolog och kurator. Vi kallar denna funktion för **arbetsmarknadscoach**¹⁹. På så sätt erhåller vi **det kompletta multikompetenta teamet**.

12.2.2 Nätverksstruktur

Men dessutom vill vi till detta team tydligare än idag (kanske rentav i kontraktsform) knyta **ett antal nätverkspartners** som utgör teamets konkreta samverkanspartners i speciella sakfrågor. Sådana partners finns redan idag och fungerar bra då det gäller t.ex. försäkringskassa, kommunens arbetsmarknadsavdelning och konsumentvägledare. Dessa partners har ett antal olika roller att fylla

- * tillföra **specialistkunskap** som teamet saknar
- * bistå i de delar av **rehabprocessen** där teamet saknar kunskap, befogenheter eller andra rehabverktyg
- * **marknadsföra projektet** och sprida kunskap om det både mot de olika moderorganisationerna och mot omvärlden i stort
- * **remitera klienter** till projektet

För detta mer systematiska nätverksarbete krävs att man både utvecklar ett synsätt och en metodik för att arbetet ska fungera så friktionsfritt som möjligt.

12.2.3 Stödjande ledning

För det tredje vill vi att ledningsdialogen och ledningssupporten från ledningsgruppen för Välfärd i Nacka ska utvecklas

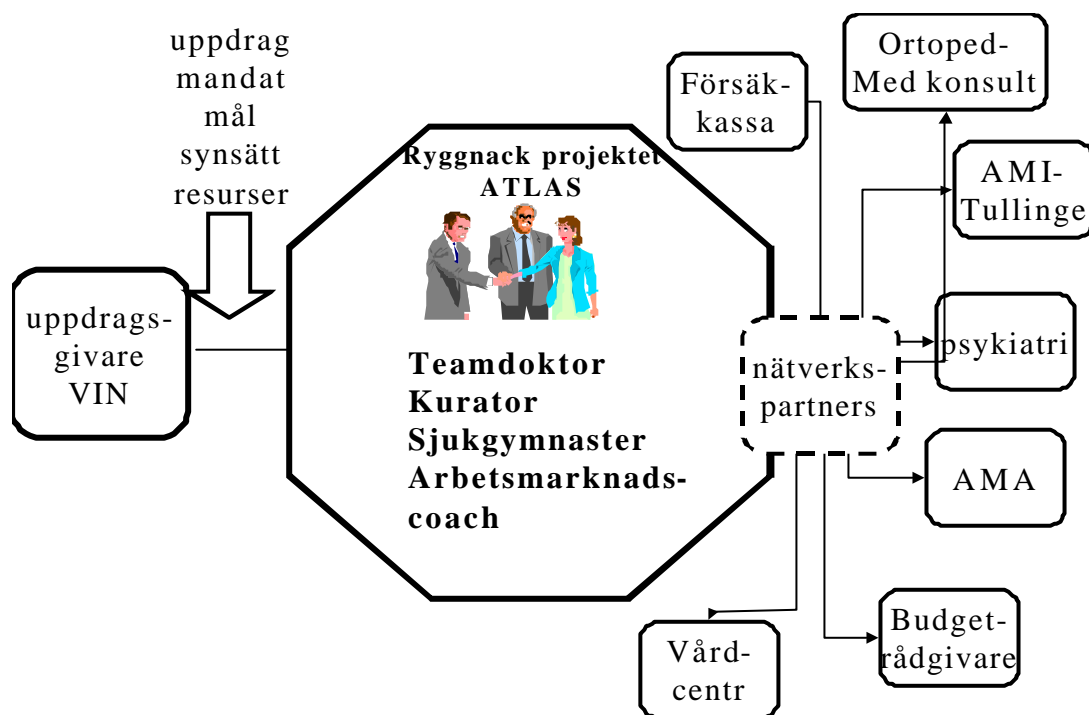
- * **tydligare uppdrag** vilket innefattar såväl en tydligare uppdragsformulering som precisering av målgrupp samt mandat och resurser

¹⁹ vi väljer beteckningen coach därför att vi anser att i detta begrepp ligger ett synsätt som handlar om att stötta, motivera, knuffa på, ge hopp, vägleda etc. utan att ta över ansvaret från den enskilde individen

- * **trouble shooting**, vilket innebär stöd att lösa konkreta problem projektet kan stöta på samt att slå broar mellan olika intressen
- * **marknadsföring** av projektet, dvs. att bistå projektet med dess ”utrikespolitik” och vara en sorts lobbyfunktion
- * bistå i arbetet med att rekrytera **nätverkspartners**

12.2.4 Vårt dreamteam – Atlas

Det team vi då erhåller ser ut på nedanstående vis. Det består av en kärna av personer inne i själva teamet. Rekryterade utifrån de principer vi ovan angivit, med stark fokus inte bara på **yrkeskompetens** utan också på **social kompetens**. Kring detta team finns en **nätverksstruktur** av ”halvpermanenta” partners med vilka man har regelbunden ömsesidig samverkan och erfarenhetsutbyte. Som **ledning för projektet** kvarstår, men i en mer aktiv roll än idag, Valfärd i Nacka.



12.2.5 Arbetsmetodik

Om man studerar dagens rygg-nackprojekt så utmärks det av en rehabsyn som bygger på att den enskilde ska stödjas i en process som handlar om att **börja ta ansvar för sitt liv och sin sjukdomsbild**. Teamets roll kan sägas vara att tillhandahålla redskap och metoder för detta arbete samt skapa motivation och engagemang. Men själva rehabarbetet utförs (och kan bara utföras) av den enskilde. Detta synsätt och den metodik man utvecklat är naturligtvis både

fruktbar och framgångsrik – man skulle kunna säga att den bygger på **en sorts självtillitsmodell**.

Då man enligt vårt förslag omskapar projektet innebär detta att man bygger vidare på detta synsätt men kompletterar det på några olika vis

- * **arbetsmarknadsfrågorna** (arbetsrehabiliteringsperspektivet) förs in i processen ända från första diagnostillfället och därefter kontinuerligt under hela rehabprocessen och ingår som en naturlig del av rehabplanen
- * då den enskilde lämnar projektet för att gå in i arbetsträning är **länken tillbaka in i projektet** och stödet under den svåra och stundtals ganska utdragna övergångsfasen arbetsmarknadscoachen
- * man knyter tydligare kontakt med de **externa nätverkspartnerna** i projektet
- * man blir tydligare i sitt externa **marknadsföringsarbete** (både mot remitterande och mottagande parter) och använder ledningsgruppen för VIN samt nätverkspartnerna i detta arbete

12.3 Omställningsprocessen

12.3.1 Från flytande till fast form

Det vore lätt att tro att det nya rygg-nackteam vi här argumenterar inte är något annat än dagens projekt påklätt med en viss arbetsmarknadskompetens. Inget vore felaktigare än att tänka på detta viset. **Vi talar om ett helt nytt team, men som bygger på allt det goda man bär med sig i form av kunskaper och erfarenheter.**

Vid passagen ner genom nollpunkten ändrar inte vattnet bara temperatur. Det ändrar i grunden de flesta av sina fysiska egenskaper. Man byter tillstånd från flytande till fast form. Så är det också då man ändrar sammansättning av kompetensstrukturen eller personstrukturen i ett samverkansprojekt. Man gör inte som förr, men lite annorlunda. Man måste inse att man måste skapa något nytt, något helt nytt. Något som utgör syntesen av det bästa från historien och det nya som tillföres. Denna omvandlingsprocess är sällan smärtfri varför det finns skäl att göra en liten utvikning kring den pedagogik och det synsätt en sådan omvandling kommer att kräva

12.3.2 Den transformativa pedagogiken

Det som ofta sätter en gräns för skapande av nya lösningar är det fångelse av tankar och strukturer i vilka vi mentalt sitter fångna. Vi gör som förr tänkandets förbannelse. Det är oftast detta tankarnas fångelse som utgör gränserna för det möjliga, inte verkligheten själv. Att t.ex. komma ihåg den gamla sanningen att “det som larven kallar slutet, kallar fjärilen för början”

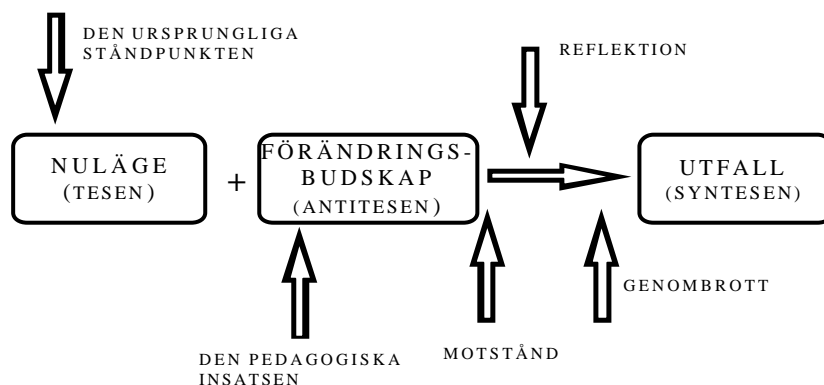
Det finns många olika metoder att ta sig ur detta fångelse och skapa det vi skulle vilja kalla **insiktsgenombrott**. De har alla en sak gemensamt. De innehåller alltid ett betydande mått av starka känslor; upprymdhet, ilska, ångest, rädsla glädje. Att erhålla insikt innebär att man

tillåter sig att för en stund tappa fotfästet - visst gör det när knoppar brister. Att komma till insikt innebär ofta att man ifrågasätter sina egna **tankemönster**, omprövar dem och kanske överger dem. Vi talar här om hela den uppsättning av ibland livslånga föreställningar om hur saker och ting egentligen förhåller sig. Våra grundläggande sätt att förstå, tolka och uppfatta världen.

Det finns tekniker för detta. Man kan arbeta med olika kreativa övningar, man kan arbeta med bilder. Någon använder paradoxer som en insiktsskapande teknik. Att utsätta sig för det oväntade, eller att exponera sina tankar för den helt oinvigde som med den okunniges självklara rätt kan säga precis småfolket i Ronja Rövardotter; "vafför gör ni på detta viset?" Eller varför inte rentav fråga ett barn. Ibland kan frågan; vad händer om vi gör tvärtom, bidra till att blotta möjligheterna för ett tankeprång.

Syftet är alltså att hitta vägar och metoder att bryta sig ur det tankefångelse som fångar oss och våra tankar samt de mer eller mindre omedvetna värderingar, attityder och bilder som styr vårt tänkande. Paradoxer är ett hjälpmedel. Att kunna leva med det motsägelsefulla ett annat. Den dialektiska metoden²⁰ ett tredje. Vi söker alltså en sorts **transformativ (omvandlande) pedagogik** som förmår föra oss genom nollpunkten in i ett nytt synsätt kring ett gammalt problem. En metod är att skapa en sorts **konstruktiv konfrontation - en godartad kollision** - mellan det gamla och det nya med hjälp av den dialektiska metoden. En konfrontation mellan det nya och det gamla som inte skapar vinnare och offer utan som till resultat ger utveckling.

DEN TRANSFORMATIVA PEDAGOGIKEN



Utgångspunkten för den dialektiska metoden är tesen, dvs den i förväg cementerade uppfattningen om hur saker och ting är, hur verkligheten är beskaffad och hur samband och relationer ser ut. Det som i figuren kallas för nuläget. Vi vet alla i grund och botten hur saker ligger till, hur det egentligen är. Vi upplever, tolkar och filtrerar verkligheten genom de tankemönster som formats hos oss under vår levnad. Det behöver inte vara verkligheten, men det är så vi uppfattar den.

Denna tes mötes av förändringsbärarens pedagogiska budskap - antitesen. Ett förändringsbudskap. Nu kommer det dramatiska beskedet; jorden är inte längre platt, den är

²⁰ den dialektiska metoden att argumentera bygger på brytande mellan argument (tesen) och motargument (antitesen) och tanken att ny kunskap uppstår (den s.k. syntesen) i argumentationen mellan dessa båda ståndpunkter.

rund; och inte bara det, den har faktiskt varit rund hela tiden. Det är genom antitesen som mottagarens världsbild ifrågasättes. Tankemönster utmanas. Detta är en teknik som är välkänd över hela världen, i synnerhet i sammanhang då människor ställts inför svåra livsfrågor eller knepiga samhällsproblem. Vi hittar tekniken i hinduernas Bhagavad Gita, i buddisternas koans. Jesus var en mästare även inom detta fält. Och Marx utvecklade metodiken. Bäraren av tesen ställs genom antitesen ofta inför ett till synes olösbart problem.

Eftersom antitesen ifrågasätter tesen, som ofta är fast förankrad hos sin ägare uppstår nu ett betydande motstånd. Ifrågasättandet av tesen kan uppfattas som ett ifrågasättande av personen som driver eller äger tesen. **Men man är inte sin egen tes**, man har den eller äger den, även om det ibland kan verka som om man är besatt av den. Redan här finns möjlighet till missförstånd. Man kan falla i fällan att avfärda, tycka illa om eller förakta motståndet. Men motståndet är viktigt på flera vis. Motstånd är viktigt därför att det visar på engagemang för situationen, vilket är en grundförutsättning för utveckling. Och motstånd ger information. Ju mer motstånd som växer ur mötet mellan tes och antites, desto mer information går att erhålla. Kanske är det därför man i österlandet säger, böj dig till marken för din motståndare, ty han är din främste lärare.

Erfarenheten säger att ju hårdare vi driver antitesen desto starkare blir försvaret av tesen. Detta vet varje terapeut som arbetar med personligt förändringsarbete hos sin klient. Vi står nu inför ett val. Vi kan med våld försöka forcera motståndet. Med risk att inte bara knäcka motståndet utan också personen - resultatet blir vare sig tes eller syntes utan att antitesen drivs genom, i värsta fall får vi en uddlös kompromiss eller en krossad motståndare.

Den andra modellen - som vi gärna vill rekommendera, men finner svår att följa - är att nu stanna upp. Avbryta attacken på tesen och skapa utrymme för reflektion, eftertanke och bearbetning. Nio gånger av tio leder detta i en eller annan form till en sorts insiktsgenombrott. Är antitesen väl underbyggd händer detta i nittionio fall av hundra. Det vi vinner med denna modell är flera saker. För det första får vi i regel något helt nytt och ännu bättre - syntesen. För det andra får vi en bundsförvant beredd att tillsammans med oss driva syntesen. Och var det inte det vi ytterst var ute efter?

12.3.3 För att födas måste man först dö

Om vi omvandlar detta abstrakta resonemang till verkligheten i Nacka kan man utan vidare se att NRNP är tesen (den ursprungliga och välfungerande lösningen). Att tillföra ett arbetsmarknadspolitiskt perspektiv in i projektet innebär att tillföra en antites. Detta leder med nödvändighet till en **konfrontation mellan olika synsätt och därmed till omprövning**. Konsten kommer att bli att av detta skapa en godartad och kreativ process av denna konfrontation så att den leder till **den goda syntesen**. Några saker kan generellt sägas om denna process.

Först och främst måste dagens team vara berett att **låta det gamla projektet avvecklas i sin nuvarande form för²¹** att möjliggöra skapande av något nytt. Detta innebär med nödvändighet en del sorgearbete - att lämna det förflutna för att gemensamt bygga något nytt.

²¹ Det följer en gammal indisk vishetsprincip, för att kunna födas måste man först dö (fritt efter Bhagavad Gita)

Men det innebär också en viss osäkerhet och en viss otrygghet – man vet vad man har men inte vad man får.

Därefter måste man vara noga med **hur man väljer arbetsmarknadscoachen** – socialkompetens och samverkansförmåga är långt viktigare än att välja en person med högsta tänkbara formella kompetens. Vi söker en person som kan vara med och skapa den goda syntesen, inte en bärare av ”den sanna läran”.

För det tredje måste **ledningsgruppen för välfärd i Nacka** vara medveten om att denna omställningsprocess kommer att ta viss tid. En tid som på kort sikt kommer att minska produktiviteten i NRNP för att på lång sikt höja dess effektivitet.

För det fjärde innebär detta en del konkret arbete som har att göra med hur **rehabprocessen och rehabplaneringen för den enskilde kan komma att förändras** när arbetsmarknadsperspektivet tidigt kommer in i processen.

För det femte innebär det att man måste ta tag i och fundera över hur arbetet med **nätverkspartners och marknadsföring** ska hanteras.

Vår erfarenhet av denna typ av ”nystarter” av projekt är entydig. Tillför man externt processtöd förkortar man processen högst väsentligt och minskar friktionerna då det gäller att skapa den nya syntesen.

13. PÅ EGNA BEN – BEST CASE

Så är vi då framme vid studiens best-case. Den rehabprocess som vårt drömteam ”Atlas” skulle kunna genomföra. Vi närmar oss detta scenario utifrån helt andra utgångspunkter än de två tidigare scenarierna som i viss mening kan anses vara **empiriskt styrkta**. Detta tredje scenario är **ett hypotetiskt scenario**. Något som ännu inte har inträffat.

Men det är inte ett scenario tagit helt utifrån det blå. Tvärtom ligger bakom detta scenario en noggrann analys av vad som skulle kunna hända då man för in den felande länken. Denna analys baseras på erfarenheter från ett antal andra samverkansprojekt av ungefär samma typ som detta.

Då vi skildrar scenariot gör vi det inte med samma utförlighet och detaljrikedom som de två tidigare scenarierna. Bilden blir mycket mera översiktlig. Vi beskriver inte heller förloppet i sin helhet utan vi beskriver det som avvikelserna och förändringarna i förhållande till studiens middle-case. Vi utgår helt enkelt från att man i projektet tagit med sig det bästa från historien och skapat en god syntes med hjälp av den arbetsmarknadskompetens projektet tillförts i form av arbetsmarknadscoachen.

13.1 1998 – tagen på allvar. Av alla!!!

Sara blir precis som i middlecase kallad till en rehabbedömning. Skillnaderna är följande

- * hon får redan i den **första bedömningen träffa** Fredrik (38 år) som är projektets **arbetsmarknadscoach**. Fredrik, som är socionom, har tidigare arbetat inom AMI som arbetskonsulent samt vid AF både som platsförmedlare och arbetsvägledare samt vid det kommunala arbetsmarknadscentrum i Södertälje där han arbetade vid placeringssektionen.
- * parallellt med den fysiska rehabiliteringen och arbetet med rehadagbok sker under rehabprocessens första halvår en strukturerad dialog med Fredrik (och teamet i sin helhet, inte minst med kuratorn Eva-Lena) om hennes planering för att ta sig **tillbaka på arbetsmarknaden**
- * Fredrik tillför kunskap om **arbetsmarknadens villkor**, efterfrågan på olika yrkesgrupper, krav och påfrestningar inom olika yrken, kunskap om olika studievägar samt om de spelregler och ersättningssystem som finns vid AMI/AF
- * Fredrik och resten av teamet **samverkar intimt med Mia** från Fk kring både rehabplanering på lång sikt men också hur Sara ska försörja sig under denna process. Man hittar lösningar som fungerar både för Sara och som står i överensstämmelse med försäkringskassans regelverk
- * Fredrik använder också flitigt hela **det informella nätverk** han har med gamla kollegor på arbetsmarknadssidan. Han tar reda på vilka resurser som finns och hur de rehabmöjligheter som finns inom AMI-världen på bästa vis ska kunna tänkas passa Sara

- * då Sara ska ut på arbetsträning är Fredrik den person hon kan vända sig till för att få stöd under övergångsprocessen – han fungerar som en sorts **case-manager** (eller personligt ombud) för henne under rehabprocessens arbetsmarknadsdel

Man kommer gemensamt fram till att de önsknigar Sara har om att få utvecklas, arbeta i en miljö där hon träffar människor, men en miljö som inte utlöser alltför starka stressignaler och/eller är alltför monotont. Hon kan tänka sig att arbeta inom någon form av serviceyrke.

Genom en tillfällighet får hon möjlighet att arbetsträna på en resebyrå vilket tycks passa henne väl. Att hon är rejäl och pålitlig person som inte drar sig för att hjälpa till gör att hon under denna arbetsträning kommer att bli en uppskattad person på denna arbetsplats. Hon tycker att denna typ av jobb skulle passa henne på sikt. Hon förstår att det här med att jobba med människor är något som verkligen passar henne.

Naturligtvis blir hon klar över att hennes utbildningsnivå är alltför låg för att på sikt jobba med detta. Insikten känns tung, men tillsammans med Fredrik sätter hon sig ner och man gör en sorts långsiktig plan för hennes väg tillbaka. Vägen går bl.a. via gymnasiekompetens (till att börja med i kärnämnen) på Komvux.

I god tid tar hon, efter lite ”påstötningar” från Fredrik, kontakt med en studievägledare på Komvux för att lägga upp en studieplan för det kommande året.

13.2 1999 – Sara tar sig upp på banan och klarar sig själv

Sara börjar i kunskapslyftet i januari 1999. Hon försörjer sig med s.k. svux (ett vuxenstudiestöd på ungefär samma nivå som A-kassa). Hon avser läsa in gymnasiekompetens i svenska, matte och engelska. Hon uppbär under denna period ingen sjukpenning och är inte längre till föremål för rehabinsatser från någon offentlig aktör. Hon är avförd från aktiv handläggning hos samtliga rehabaktörer utom vid Atlas. Hon har regelbundet kontakt med Fredrik.

Ibland tar hon själv kontakt då hon är osäker på frågor som har att göra med hennes rygg. Ibland tar han kontakt med henne för att diskutera tiden efter gymnasiestudierna. Han uppmanar henne att ta kontakt med resebyrån där hon gjorde sin arbetsprövning och hon får då beskedet att hon kan vara välkommen dit. Under sommaren arbetar hon halvtid där med rehabersättning som grund. Hon känner sig både uppskattad och behövd.

Det går bra att plugga även om det ibland kan vara pressat att både vara ensamstående förälder och sköta läxläsning. Den dåliga ekonomin hänger ofta tungt över henne, som en börda i ryggsäcken. Hon känner sig stärkt av sin rehabiliteringsprocess. Fredrik förmedlar kontakt med kommunens budgetrådgivare som Sara efter visst motstånd besöker. Detta upprepas ett antal gånger och tillsammans gör man upp en plan för att sanera hennes ekonomiska situation. Det är tufft, men känns bra att ta tag i denna ”surdeg”, tycker Sara.

Under höstterminen fortsätter hon sina studier som hon till årsskiftet avslutar med VG i svenska och matte och ett starkt MVG i engelska – drivkraften till detta studieresultat har varit insikten om hur viktigt språkkunskaper är inom resebyråbranschen.

Hon får också veta att hon är välkommen tillbaka till resebyrån där hon ska börja arbeta efter årsskiftet. Man har uppskattat att hon är en pålitlig, plikttrogen och arbetsvillig person. Under

denna tid har kontakterna med Fredrik hjälpt henne att upprätthålla modet och tänka långsiktigt. Hon tycker också att jobbet passar henne väl. Det är omväxlande, hon får träffa folk och det är inte alltför stressigt.

Under hösten får man också klart via de kontakter med Ami som tas efter initiativ från Fredriks sida att Sara kan få en lönebidragsanställning från årsskiftet.

Sara är ännu inte helt frisk i ryggen. Hon går regelbundet på sjukgymnastik för att reducera smärtorna och ta hand om sig själv på ett bättre vis. Den **självhjälpsgrupp** som Fredrik tagit initiativ till under våren har varit ett gott stöd för Sara. Här träffar hon varannan vecka under avspända former andra personer som brottas med samma problematik som hon själv. Detta ger henne ett gott stöd i arbetet med att komma vidare.

13.3 2000 - på egna ben

Då hon börja arbeta efter årsskiftet inleder hon på halvtid (och är sjukskriven på halvtid) för att efter några månader gå upp till trekvartstid och är fortfarande sjukskriven till en fjärdedel för att kunna stärka sin rygg. Man är överens från försäkringskassan med Sara och Fredrik om att det gäller att inte rusa på för fort.

Hennes anställning finansieras det första halvåret till 50% med lönebidrag som reduceras till 25% efter sommaren. Hennes sjukgymnastik fortsätter men i betydligt minskad omfattning.

Kontakterna med Fredrik blir allt glesare, men upphör inte helt. I självhjälpsgruppen (som blivit ganska viktigt för Sara) har hon hittat ett par nya väninnor som kommer att betyda mycket för henne. Hon fortsätter på egen hand sin ryggräning.

Sara trivs på jobbet, skuldsaneringen börjar ge en viss effekt. Hon har fått nya vänner. Sara börjar trivas med livet.

13.4 2001 – 2002 - som på räls

Sara har nu ett fast arbete med en viss, men mycket liten lönebidragsdel som under 2002 helt upphör. Hon arbetar trekvartstid och klarar sin ekonomi genom ett kompletterande bostadsbidrag och underhållsbidrag för barnen

Hon är inte längre sjukskriven annat än i kortare perioder. Hon besöker alltmera sällan sjukgymnast och primärvårdsläkare. Hon börjar betrakta sig själv som frisk

13.5 Slutsatser

13.5.1 Likheter med dagens NRNP

Det finns flera likheter mellan detta utfall och det vi kallar middle case. Den integrerade rehabsynen kring Saras rygg/nack finns kvar och utgör grunden för framgången i arbetet. Hon

konsumerar fortfarande i ett inledningsskede vårdresurser i rehabprocessen. En viktig lärdom är att framgångsrik rehabilitering måste ses med ett långsiktigt investeringsperspektiv, för att tjäna pengar måste man först vara beredd att ta en kostnad

Det som också är gemensamt är den rehabsyn som präglar projektet; man tar inte över rehabansvaret för Sara utan stödjer hennes egen förmåga att växa – en hjälp-till-självhjälpfilosofi.

13.5.2 Avgörande skillnader mot dagen NRNP

Skillnaderna mot middle-case är dock betydande. Till att börja med ser man inte Sara enbart som ett vård/rehabproblem utan lika mycket ett **försörjnings/arbetsmarknadsproblem** – rehabarbetet är integrerat i en ännu större helhet än tidigare. Detta innebär att det olyckliga **gapet** mellan vård och rehabinsatserna å ena sidan och arbetsmarknadsinsatserna å den andra har slutits. Vi får på detta vis en långsiktig, sammanhängande och **helhetsbetonad** rehabiliteringsprocess där alla komponenterna beaktas redan från början. Vi kan nu på allvar tala om begreppet helhetssyn.

Det finns också en **kontinuitet** i arbetet tillsammans med Sara som sträcker sig långt efter det att den omedelbara rehabiliteringsprocessen avslutats. Detta minskar risken för onödiga återfall.

13.5.3 Konsekvenser av skillnaderna

De konsekvenser detta leder till är följande

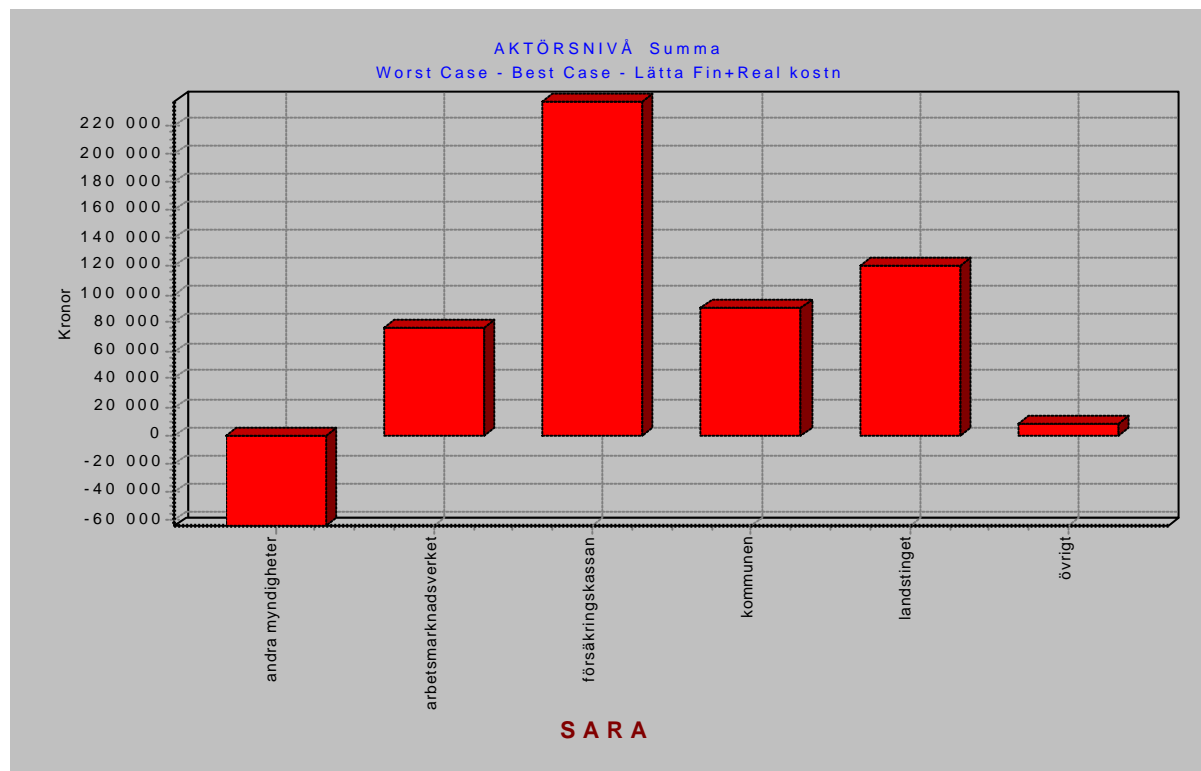
- * Sara återtar sin roll som **frisk och kapabel**
- * samhällets insatser för **vård och försörjning** reduceras högst avsevärt
- * det uppstår ett produktionsvärde av att Sara ökar sin arbetsförmåga. Detta produktionsvärde kan Sara använda för att öka sin **privata konsumtion** och det ökar **samhällets skatteintäkter**
- * de som arbetar med Saras rehabilitering får känna glädjen av att ha **lyckats i sitt arbete**

14. DE EKONOMISKA KONSEKVENSERNA AV BEST CASE

Vi har nu studerat tre olika livsöden för Sara Söderberg och kommer avslutningsvis att titta på skillnaderna i ekonomiska termer mellan dessa tre livsöden.

14.1 I förhållande till worst case

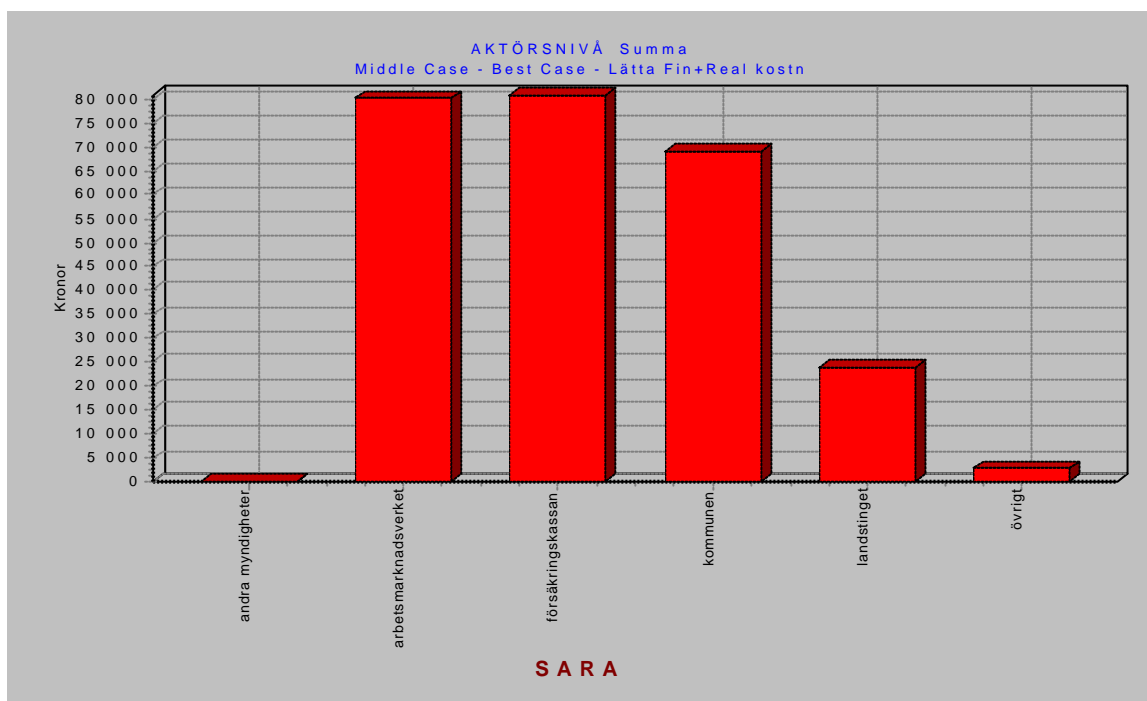
Låt oss börja med att studera vilka skillnaderna är mellan studiens worst case och dess best case, dvs den totala samhällsekonomiska vinst vi anser det vara möjligt att uppnå om man utvecklar NRNP i den riktning vi här pekat på. I diagrammet nedan illustreras dessa vinster. **Totalt sett uppgår de till cirka 470.000 kronor under de fem år vi studerat eller cirka 95.000 kronor på årsbasis sedan alla kostnader för rehabprocessen medräknats.** Den årliga avkastningen på insatt kapital i förhållande till worst case för ett utbyggt rehabprojekt "Atlas" överstiger alltså 200%. Alla myndigheter tjänar på en sådan insats, mest försäkringskassan (ca 240.000 kronor) och övriga tre myndigheter mellan 75.000 och 125.000 kronor vardera. Den förlust som uppstår är en följd av studiemedelskostnaderna för Saras vuxenstudier.



14.2 I förhållande till middle case

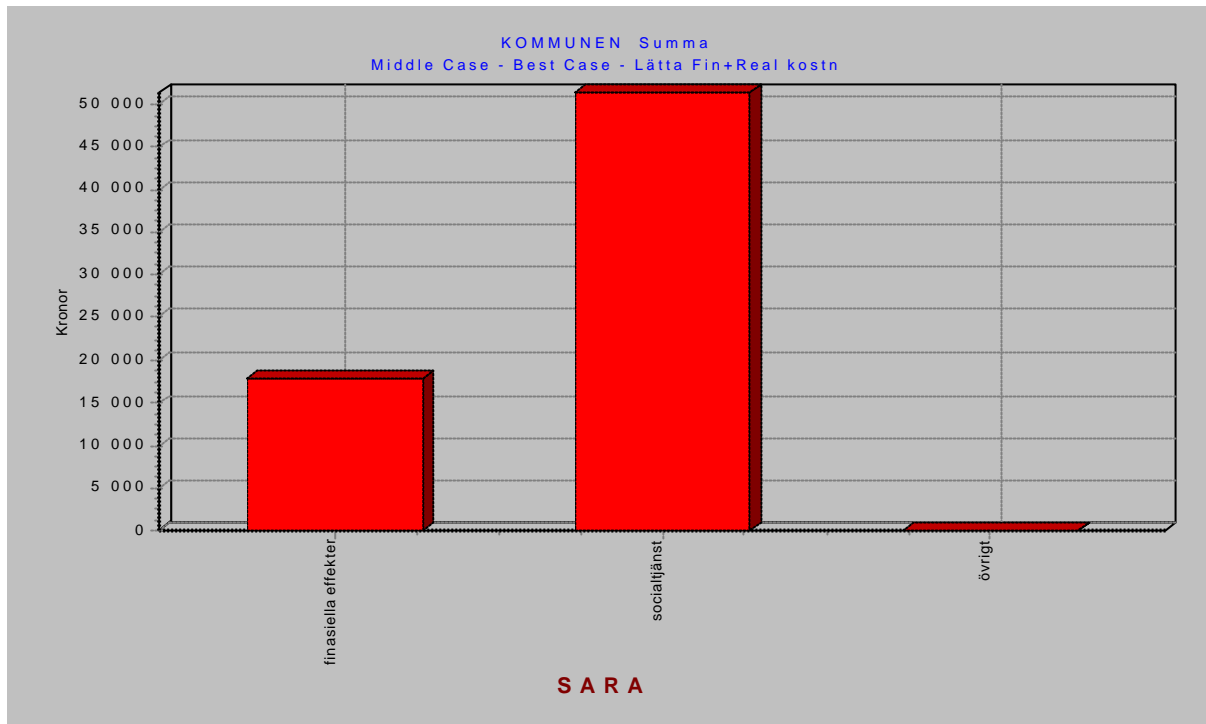
14.2.1 Totalt

Vad som kanske är ännu mera intressant är dock att se vilka **de ekonomiska effekterna skulle vara av en utbyggnad av NRNP till ett projekt av det slag som "Atlas" utgör.** Nedan redovisas detta. Vi ser då att **de totala vinsterna under den relevanta femårsperioden uppgår till cirka 210.000 kronor eller drygt 40.000 kronor på årsbasis.** Bilden av vilka som tjänar mest är nu något annorlunda än tidigare. Landstingets vinster är ganska måttliga (totalt 25.000 kronor för femårsperioden eller netto 5.000 kronor per år) vilket kan förklaras dels av att vi rent "kalkylmässigt" lagt hela investeringskostnaden för "Atlas" hos primärvården, men kanske framförallt genom att de samverkansvinster som går att göra inom sjukvården i stort sett är hemtagna genom NRNP. De övriga tre aktörerna har en vinst vardera i intervallet 70.000 – 80.000 kronor på en femårsperiod.



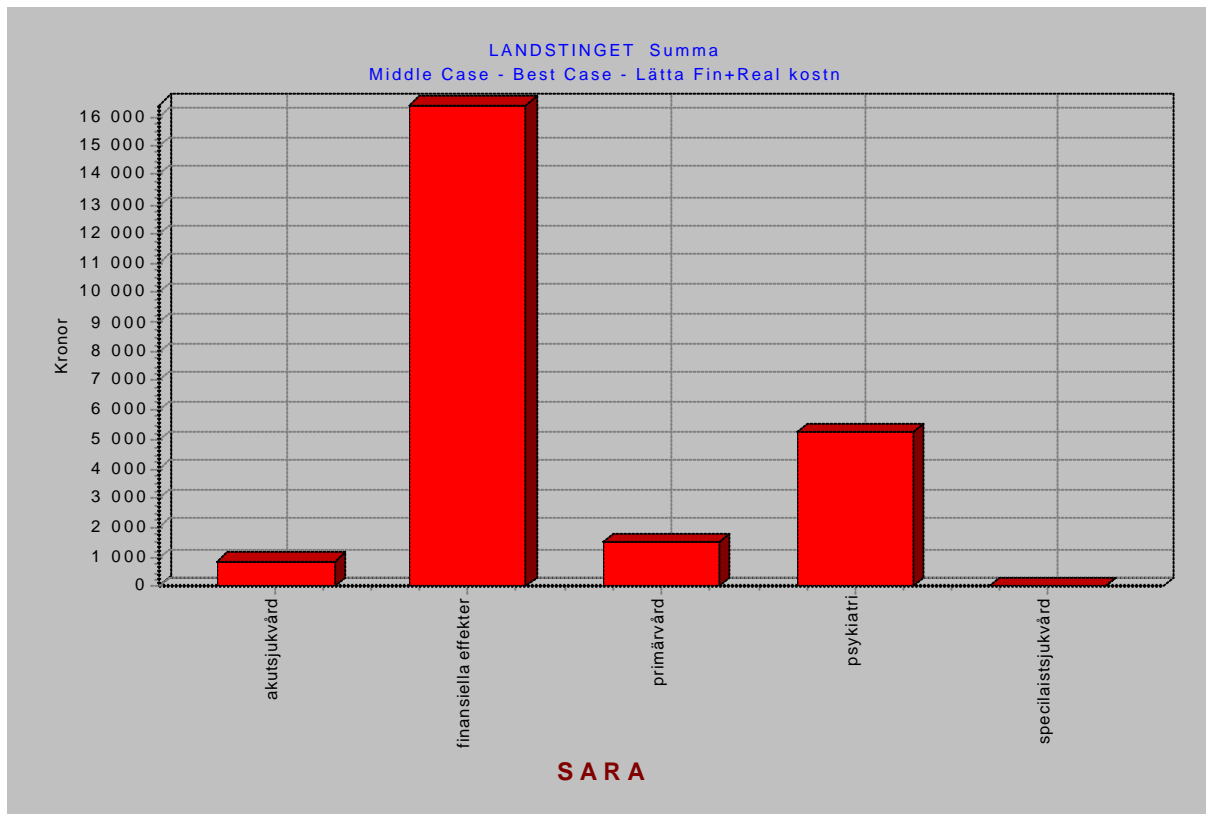
14.2.2 För kommun

Den kommunala vinsten av att gå från NRNP till Atlas uppgår till cirka 70.000 kronor för de fem åren eller knapp 15.000 kronor per år. Av dessa utgörs den dominerande delen av minskade sociala kostnader (ca 50.000 kronor) men en viktig del är att Saras bidrag till de kommunala skatteintäkterna uppgår till knappt 20.000 kronor eller cirka 3.500 kronor på årsbasis. För de resterande 33 åren till Saras ålderspension innebär detta en ökad skatteintäktsvolym på sammanlagt 115.000 kronor



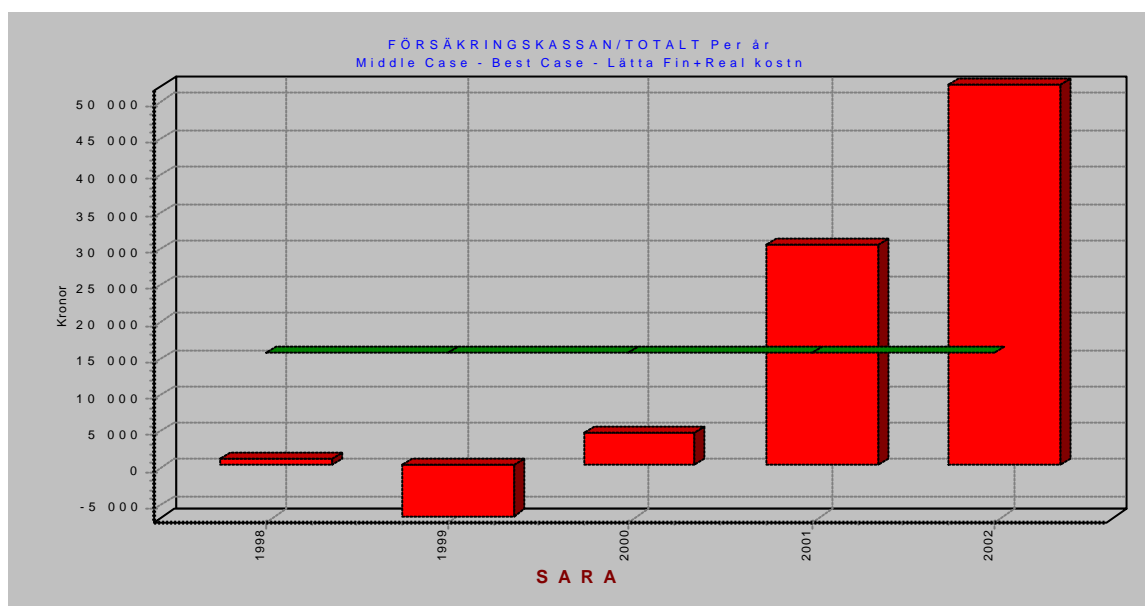
14.2.3 För landsting

För landstingets del består en stor del av vinsten av de skatteintäkter som Saras ökade inkomster ger upphov till. I övrigt uppstår en del förändringar till följd av ytterligare minskning av sjukvårdskostnaderna för hennes del.



14.2.4 För försäkringskassa

Försäkringskassans vinst av att utveckla NRNP till Atlas uppgår totalt till cirka 80.000 kronor eller på årsbais i genomsnitt cirka 15.000 kronor. Vi kan också i diagrammet nedan se hur detta utvecklas under femårsperioden. Inledningsvis blir vinsterna små eller vänds rentav till förluster på grund av att man mera långsiktigt och uthålligt investerar i Saras rehabprocess och vinsterna ökar efter hand som Saras ökade välbefinnande leder till att hennes självförsörjningsförmåga stiger. Om vi utgår från den genomsnittliga bilden under femårsperioden **kommer försäkringskassan att under de följande 33 åren att tjäna cirka 500.000 kronor om Sara följer det livsförlopp vi här redogjort för.** Om hon däremot behåller den självförsörjningsgrad som hon i genomsnitt har de två sista åren av femårsperioden kommer försäkringskassans vinst att uppgå till cirka 1.350.000 kronor.

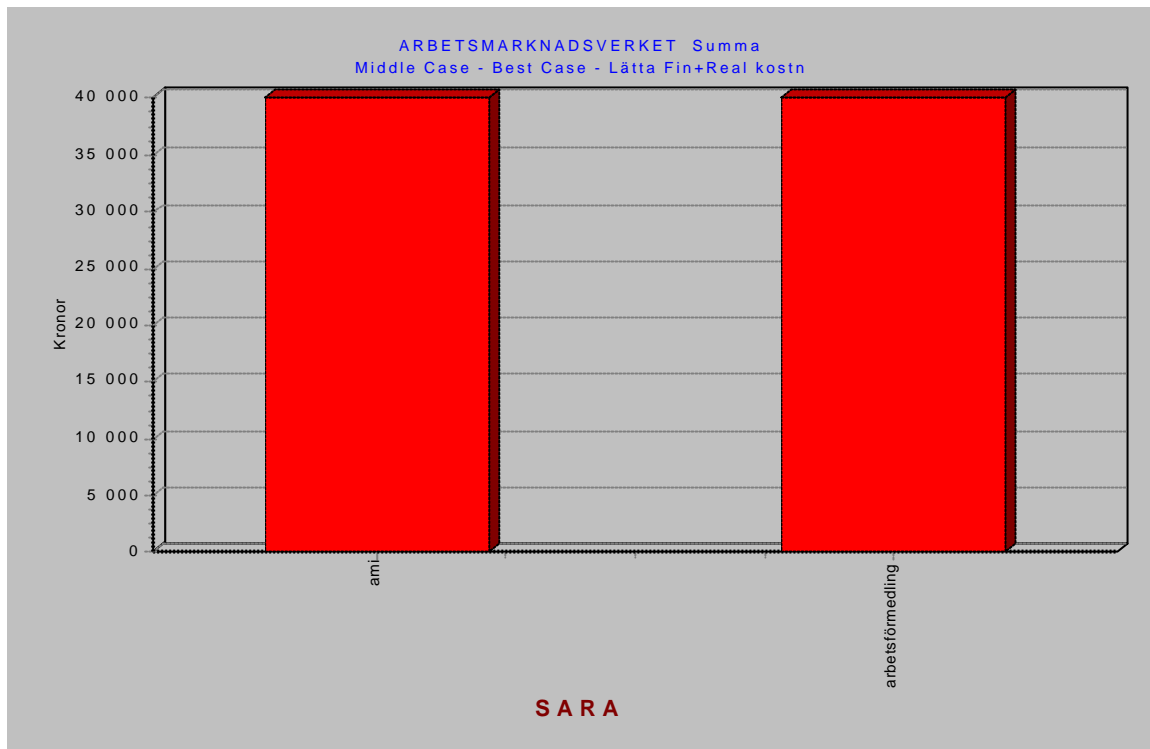


14.2.5 Arbetsmarknadsmyndigheterna

Det som är verkligen intressant är att då man utvecklar NRNP till det vi här kallat Atlas, som en följd av de bristande kopplingarna med de arbetsmarknadspolitiska insatserna och anställer en särskild arbetsmarknadscoach är det **arbetsmarknadsmyndigheterna som gör det verkliga klippet. Den total vinsten under femårsperioden uppgår till 80.000, vilket på årsbasis innebär cirka 15.000 kronor. Detta utan att överhuvudtaget behöva vidta en enda åtgärd.**

Vinsterna uppstår genom att Sara i detta scenario inte längre utsätts för lösryckta och fragmentariska arbetsmarknadspolitiska rehabinsatser utan att de insatser som sker (vilket inträffar främst under år 2 och år 3) är integrerade med den sociomedicinska rehabiliteringen och därmed har betydligt större möjligheter att vara framgångsrika. På så sätt får vi inte bara en bättre avkastning på den rehabinvestering som görs i Sara. Vi löser också en del av effektivitetsproblemet inom arbetsmarknadsrehabiliteringen.

Konkret uppstår dessa vinster genom att färre arbetsmarknadspolitiska åtgärder behöver vidtas med Sara innan hon är självförsörjande.



15. VAD SOM KRÄVS FÖR ATT FÅ DENNA LÖSNING TILL STÅND

15.1 Slutsatser i stort

Vi har i denna rapport beskrivit rehabinsatserna för en tänkt ”typperson” vid Nacka rygg nackprojekt. Vi har kunnat se att vinsterna av projektet redan med dagens utformning är betydande. Man kan utan särskilt stor risk hävda att projektet är **utomordentligt lönsamt** för alla ingående parter; Sara, personalen, de berörda myndigheterna och samhället i stort. Något annat alternativ än att permanenta eller utveckla projektet vore ur varje tänkbart rationellt perspektiv en obegriplighet.

Vi kan också se att projektet redan idag har en **unik och utomordentligt medveten rehabiliteringssyn** som av allt att döma **är mycket framgångsrik**.

Men vi ser också att projektet trots detta lider av betydande svårigheter att lyckas ”hela vägen” bl.a. därför att den sista pusselbiten – arbetsmarknadsbiten inte är på plats. Detta leder till **onödigt många misslyckanden, hög frustration för de som arbetar i projektet och onödiga kostnader för samhället**.

Det har för oss blivit mycket tydligt att bristerna i projektet främst handlar om att **sätta denna sista pusselbit på plats**. I den bästa av alla världar hade denna pusselbit på ett naturligt vis erbjudits från de arbetsmarknadspolitiska myndigheterna – AMI i första hand. Men så ser inte verkligheten ut. Därför är det angeläget att överväga om man kan hitta en annan lokal lösning på detta problem. Det mest naturliga vore om de aktörer som har mest att tjäna på en sådan lösning gemensamt finansierade en sådan funktion. Kort sagt; ställer medel till förfogande för att projektet ska kunna vidgas med en arbetsmarknadscoach.

Men det finns också ett behov av att ledningen av projektet från Välfärd i Nackas sida blev tydligare och mera stödande liksom att marknadsföringen av projektet både internt och externt borde bli mer omfattande.

15.2 Åtgärder

Vårt förslag är därför att man från VIN tar initiativ till följande

- ?? ställ medel till förfogande för att anställa en **arbetsmarknadscoach** i projektet
- ?? ge projektet i uppdrag att genomföra en sorts **”omstart”** och inleda arbetet med ett nytt och vidgat ryggmackprojekt (Atlas?)
- ?? ge projektet **stöd** att genomföra denna omstartsprocess
- ?? inled en förnyad och **fördjupad uppdragsdialog** med det vidgade projektet kring uppdrag, målgrupp, nätverksrelationer, marknadsföring m.m. samt inta en mer aktiv och stödande roll i det fortsatta ledningsarbetet

?? överväg hur **uppdraget till AMA i Nacka kommun** kan omformuleras så att ett tätare samarbete med NRNP kan utvecklas

15.3 En investeringskalkyl för beslutet

Vi är övertygade om att ett sådant beslut inte bara kan vara bra för personer som Sara utan också är väl motiverat ur både ett samhällsekonomiskt och förvaltningsekonomiskt perspektiv. Därför bör man göra en investeringskalkyl kring ett sådant beslut för att se vilka tänkbara ekonomiska konsekvenser ett sådant beslut kan leda till.

Låt oss anta följande. Att anställa en arbetsmarknadscoach i ett vidgat NRNP kommer att kosta i storleksordningen 450.000 kronor per år²². Om vi betraktar detta som en investeringskostnad för att öka de positiva effekterna av rehabprocessen, vilken avkastning ger då en sådan investering?

Lite förenklat kan man säga att den potentiellt leder till skillnaden mellan best case och middle case i våra tidigare kalkyler. Om vi studerar **effekterna över en femårsperiod** får vi följande avkastningskalkyl för ett sådant beslut.

I kalkylen har vi antagit att kostnaderna för detta delas lika mellan kommun, landsting, arbetsmarknadsmyndigheter och försäkringskassa (kolumn 1). Vi har fördelat vinsterna av skillnaderna mellan de tre fallen utifrån kalkylen i kapitel 13 (kolumn 2-5). Vi har därefter värderat vinsterna utifrån två olika antaganden. Det första (kolumn 2 & 3) utgår från att endast en Sara per år gynnas av denna process. Det andra (kolumn 4 & 5) baseras på det mer rimliga och realistiska antagandet att 8 Sara per år (20% av NRNP patientstock idag) gynnas av detta. Vi får då följande resultat.

	1	2	3	4	5
	Inv.kostn	Intäkt 1 Sara	1 Sara i %	Intäkt 8 st Sara	8 Sara i %
Kommun	110.000	70.000	63%	560.000	510%
Landsting	110.000	20.000	18%	160.000	145%
Försäkringskassan	110.000	80.000	73%	640.000	580%
Af/AMI	110.000	80.000	73%	640.000	580
Totalt	450.000	260.000	57%	2.080.000	460%

²² detta innebär att kostnaden för en rehabplats vid "Atlas" stiger från dagens nivå 35.000 kronor till cirka 45.000 kronor.

Vi ser då att i ett femårsperspektiv är anställningen av en arbetsmarknadscoach en dålig affär om detta endast leder till att 1 st. Sara följer det förlopp vi här presenterat. Man uppnår bara intäkter som motsvarar 57% av investeringskostnaden för arbetsmarknadscoachen. Men redan vid 2 st. Sara, passerar man breakeven.

Men vad som kanske är än mer intressant är att studera det mer realistiska fallet om en arbetsmarknadscoach kan göra skillnad mellan best och middle case för 8 personer av Saras typ (dvs 15-20% av det antal klienter som rehabiliteras årligen) vid NRNP. Vi ser då att lönsamhetstalen för denna typ av investering uppgår till flera hundra procent för tre av aktörerna och "måttliga" 145% för landstinget (tänk den som fick en sådan genomsnittlig avkastning på sitt pensionskapital under en femårsperiod!!!).

Vi kan alltså konstatera att ur ett rationellt ekonomiskt beslutsfattarperspektiv borde det med denna investeringskalkyl som grund vara ett enkelt beslut att gå vidare med NRNP och utvidga det på det vis vi här föreslagit. Nu är ju inte verkligheten så okomplicerad. Det handlar om fördelning av kostnader och intäkter av ett utvidgat projekt, det handlar om olika aktörers möjlighet att frigöra medel för denna typ av insatser osv. Vi har dock pekat på vad vi tycker bör vara det naturliga nästa steget för detta projekt och försökt peka på de ekonomiska argumenten för att ta detta steg.

15.4 Stygruppen rygg - nacke

Vi har i denna rapport fokuserat på det konkreta arbetet med NRNP, men vid sidan av detta har vi kunnat konstatera att det för den **styrgrupp för frågor som berör rygg-nackproblematiken** finns flera grupper som torde vara angelägna att tackla ur ett rehabiliterings- och samverkansperspektiv, bl.a. följande;

- * personer med rygg/nackbesvär som varit **sjukskrivna under lång tid** (mer än två år) och som är svåra och resurskrävande (men möjliga) att rehabilitera på grund av att den hjälplöshets- och hospitaliseringsmekanism man utsätts för i rollen som sjuk fått verka under för lång tid
- * personer med rygg/nackbesvär men som dessutom har en **svår psykosocial problematik** och/eller **stora/svåra motiveringsproblem** och där det kanske är oklart om ryggbesvären är orsakerna bakom den psykosociala problematiken eller om det är tvärtom
- * personer med någon form av **personlighetsstörning** (i extremfallet s.k. boarderlinepatienter) som i grund och botten ej är behandlingsbara inom denna typ av projekt utan som kräver alldeles speciella vårdinsatser med tydligt psykiatriska inslag

Ingen av dessa grupper har en problembild som går att åtgärda inom ramen för NRNP. Men det är grupper som utgör **en betydande samhällsekonomisk och förvaltningsekonomisk belastning**. Dessa personers framtid utgör en angelägenhet för ledningsgruppen för Välfärd i Nacka i allmänhet och styrgruppen för frågor kring rygg/nack i synnerhet.

Vi tror därför att **en förnyad uppdragsdialog med styrgruppen för rygg-nackfrågor vore av värde**. Ett gemensamt angreppssätt och en gemensam strategi för att tackla dessa målgrupper skulle behövas.

16. SLUTORD

Nacka ryggknackprojekt är ett utomordentligt spännande och intressant exempel på samverkan kring rehabilitering för en komplex målgrupp. Man har i sitt arbete kommit långt, mycket långt med att utveckla en metodik. Vi har i denna rapport visat de mekanismer som finns bakom denna problematik och effekterna av en framgångsrik samverkan. Vi har också föreslagit några åtgärder för att gå vidare med projektet. **Om man tar dessa steg är vi övertygade om att projektet kommer att gå från att vara framgångsrikt till att bli en succé, från att vara lönsamt till att bli ett klipp och från att ha varit innovativt och intressant till att bli unikt och "marknadsledande".**

Vi kan inte se några skäl att inte ta dessa steg. Lycka till!!!