



LUND UNIVERSITY

Samarbete - nyckeln till framgång

En undersökning av teamarbetets betydelse i rehabiliteringen av långtidssjukskrivna

Dahlquist, Anna-Lena

1995

Document Version:

Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Dahlquist, A.-L. (1995). *Samarbete - nyckeln till framgång: En undersökning av teamarbetets betydelse i rehabiliteringen av långtidssjukskrivna*. (Meddelanden från Socialhögskolan; Vol. 1995, Nr 1), (Research Reports in Social Work; Vol. 1995, Nr 1). Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

MEDDELANDEN FRÅN SOCIALHÖG- SKOLAN

SAMARBETE - NYCKELN TILL FRAMGÅNG

*En undersökning av teamarbetets
betydelse i rehabiliteringen av
långtidssjukskrivna*

ANNA - LENA DAHLQUIST

1995:1

SOCIALHÖGSKOLAN I LUND
Forskningsavdelningen

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'A' followed by a smaller, more fluid mark.

Samarbete - nyckeln till framgång.

En undersökning av teamarbetets betydelse i
rehabiliteringen av långtidssjukskrivna.

Anna-Lena Dahlquist

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
Förord	5
Om relationen i handledningen och dess betydelse för resultatet	6
Förord av handledaren	9
Projektens tidevarv	11
Året på vårdcentralen i Småort	16
Samarbetet	20
Patienterna	23
Avslutning på Småortsperioden	25
Grupprocessen i Småort	26
Teamsamverkan i Rehabilitering	31
Teamarbete - vad är det?	31
Rehabilitering	35
Vilka är de långtidssjukskrivna	37
De professionella är också människor	44

Forskningsprocess	47
Metodik	47
Urvalsprocessen	48
Kritisk granskning av undersökningsmetoden	49
På spaning efter samspelet	51
Konturerna blir starkare	56
Samspelet under 4 teamkonferenser	58
Patienterna	64
Hur tänker experterna i Åberga? - Personliga förklaringsmodeller	71
Kuratorn - samordnaren	73
Sjukgymnasten	78
Arbetsterapeuten	82
Läkaren	87
Handläggaren från försäkringskassan	91

Rehabiliteringsteamet - Hoppfull utveckling om samarbetet ges en chans	97
Samspelet i Åberga	97
Personliga förklaringsmodeller	100
Patientfallet	102
En rehabiliteringskultur?	105
Litteraturförteckning	109

Förord.

Denna skrift har sitt ursprung i en 10-poängsuppsats vilken ingår som examensarbete i magisterkursen i socialt behandlingsarbete, Socialhögskolan i Lund. Uppsatsen blev en del i en utvecklingsprocess, där mina egna upplevelser i ett rehabiliterings-team är anledningen till min vidareutbildning. De kunskaper som jag tillägnat mig under påbyggnadsutbildningen, har möjliggjort en tillbakablick och förståelse för de mellanmännsliga processernas betydelse. Med uppsatsen är cirkeln sluten.

Jag vill tacka rehabiliterings-teamet i Åberga, som med intresse och generositet deltagit i min undersökning. Medlemmarnas synpunkter och erfarenheter i rehabiliteringsarbetet har varit till ovärderlig nytta.

Jag vill också tacka min handledare, högskolelektor Eric Olsson, Socialhögskolan i Lund för ett starkt stöd, värme, engagemang och tålamod. Inte bara i uppsatsarbetet utan även under påbyggnadsutbildningens olika faser. Tack även till högskolelektor Jenny Ljunghill, som givit mig insikter som påverkat min personliga och yrkesmässiga utveckling.

Min grupp, "den bästa gruppen", som följts åt under utbildningen och där vi tränat på samspelet, har en stor del i uppsatsen. Tack till Anna-Greta, Christina, Jörgen, Katrin och Wiveca.

Arbetskamraterna på Rehabiliteringsenheten och Dagrehabiliteringen, sjukhuset i Ängelholm förtjänar ett stort tack, som haft överseende med mitt deltidsengagemang under utbildningsåren. Ett särskilt tack vill jag rikta till överläkare Sten Larsson, som under alla år av samspel givit mig stöd och uppmuntran.

Till sist: Ett stort tack till min familj, Peter, Johan och Karin för att ni finns!

Om relationen i handledningen och dess betydelse för resultatet

Forskning kan på sätt och vis jämföras med behandlingsarbete. När jag som yrkesverksam startar en behandlingskontakt, vet jag inte exakt hur länge processen skall vara och på vilket sätt jag tillsammans med klienten skall nå målet. Min roll är ibland att gå före och röja väg, dvs inge mod eller dra mig tillbaka och tålmodigt vänta, medan klienten prövar ett nytt förhållningssätt. Jag får emellertid inte låta processen avstanna, utan måste då kräva att klienten tar ett nytt steg framåt. I behandlingskontakten finns hela tiden starka inslag av lärande. Kanske psykosocialt behandlingsarbete i första hand utgör en lärosituation, där klienten blir elev och behandlaren lärare/vägvisare.

Det krävs en lyhördhet hos behandlaren och en tro på klientens förmåga att lära och utvecklas. I handledningssituationen har jag uppfattat en liknande process. I inledningen till uppsatsarbetet fick handledaren rollen som vägvisare, för att sedan dra sig tillbaka medan jag prövade olika riktningar. I nästa steg fanns starka krav på konkreta bevis, dvs att jag förankrade min forskningsplan ute på fältet och därmed bekämpade min ångest och mitt motstånd. Handledningen innebar en medveten höjning av ångestnivån. Den enda trösten var att handledaren fanns tillgänglig varannan vecka. Jag förknippade handledaren med en föräldrafigur, redo att ge mig uppmuntran så att jag vågade gå vidare.

Den tredje fasen förvandlade handledaren till en samtalspartner och kritiker kring det redovisade skriftliga materialet. När uppsatsens inledning var klar och godkänd, förstod jag att det var möjligt att slutföra forskningsarbetet. Handledaren drog sig åter tillbaka, men försäkrade att han fanns tillgänglig när jag så önskade. Jag slutförde uppsatsarbetet med tillit till min egen förmåga och kände mig lycklig och stolt över att det som syntes omöjligt, var möjligt!

Uppsatsens grundtanke är relationens och de mellanmänniska processernas betydelse för resultatet av behandlingsarbete. Min övertygelse om relationens inflytande i behandlingsprocessen kan också utvidgas till relationens betydelse i handledningsarbete. Utan den täta och

sammanhållande handledningen i forsknings-avsnittet under magisterkursen, skulle med all säkerhet motstånd och ångest dominera och därmed få uppsatser slutföras.

Vejbystrand den 10 juni 1995
Anna-Lena Dahlquist

Förord av handledaren

Som handledare och lärare i magisterkursen i socialt behandlingsarbete vid Socialhögskolan i Lund har jag haft nöjet att följa tillblivelsen av denna uppsats. Den behandlar en mycket betydelsefull aspekt på socialt arbete inom sjukvården, i detta fall inom det relativt nya området psykosocial rehabilitering. Som i många sammanhang inom sjukvård och socialvård satsar man på team - sammansatta av företrädare för flera olika yrken - som snabbt förväntas uppnå goda resultat. Själva teamarbetet ägnas dock inte särskilt stor uppmärksamhet utan förväntas fungera av sig själv, vilket är förvånande med tanke på att vi länge inom socialpsykologin har vetat att det ofta uppstår stora svårigheter i samarbetet i interdisciplinära team. Dessa svårigheter utgör ibland det största hindret för framgångar inom i och för sig ambitiösa och vällovliga projekt. Anna -Lena Dahlquist har i sin forskning gripit sig an denna kärna i rehabiliteringsarbetet och försökt utröna förutsättningarna för samarbete, själva samarbetets dynamik samt konsekvenserna i mötet med patienten. Det är ett komplicerat tema som varit svårt att angripa forskningsmässigt. Genom att kombinera egna erfarenheter med observationer och intervjuer i ett annat team har hon kunnat belysa problematiken både inifrån teammedlemmens upplevelse och i en helhetsbeskrivning av samsamsdynamiken. Uppsatsen ger en fördjupad förståelse av vad som krävs för att ett team skall ha möjligheter att utveckla ett konstruktivt samarbete. Det är enligt författaren en långvarig och ibland för teammedlemmarna en smärtsam process som dock kan ge dessa tillfredsställelse och resultera i positiva insatser för patienterna. Hon pekar på att det krävs medvetenhet och resurser för att denna utveckling skall ha en chans. Uppsatsen utgör ett tillskott både i utbildning i socialt arbete för socionomer och för ansvariga och involverade i teamutveckling.

Författaren har nämnt handledningens roll i sitt förord. Hon visar på de olika faser som vårt samspel som handledare och handledd har genomgått. Det är en både spännande men ibland orolig process för handledaren. Den inleds med entusiasm när uppsatsförfattaren har valt sitt ämne om med iver gripit sig an detta. Precis som författaren säger ser jag min roll i denna fas

som uppmuntrare, en som tror på idén men som också visar på de nödvändiga stegen för att komma framåt. Därefter blir det oftast en djupdykning i svårigheter som det inte omedelbart finns lättillgängliga lösningar på. Författaren skall igenom en skärseld av vända och hårt arbete. Rollen som handledare är att vara lyhörd för svårigheterna men också för lösningar som författaren kan ha nära till hands utan att upptäcka dem. Det är viktigt för mig att finnas till hands men inte "ta över" arbetet eller avlasta uppsatsförfattaren den oro och ångest som är förenad med forskningsprocessen. Precis som i teamarbete måste relationen mellan oss utvecklas för att hålla för påfrestningarna. T ex kan eleven förlita sig på att handledaren kan "rädda" eleven, vilket blir ett hinder för denne att använda sina egna resurser. Genom en bearbetning och utveckling av relationen kan den tilliten till den egna förmågan växa. Bakom steget att bli en samtalspartner och accepterad kritiker, vilket författaren anser att jag blivit, ligger således en inte alls självklar utveckling av vårt samspel. Som i detta fallet är det sedan oftast en stark och plötsligt belönande upplevelse att upptäcka: nu är uppsatsskrivaren över kulmen i svårigheterna, nu kommer hon att ro detta iland. Slutsträckan fram till färdig uppsats utgör sedan ett mycket tillfredsställande och avslappat samspel.

De upplevelser i handledningsprocessen som både författare och handledare här kortfattat har beskrivit illustrerar den problematik uppsatsen har som fokus nämligen vad mellanmänskligt samspel kring en uppgift innebär. Det finns starka skäl för författarens slutsatser att vi har anledning att ägna stor uppmärksamhet och möda åt utvecklingen av samspelet när vi bygger upp arbetsgrupper i vård- och behandlingsarbete.

Lund den 19 juni 1995
Eric Olsson

Projektens tidevarv

Vi lever i projektens tidevarv och inom projektens ramar möts ofta aktörer från samhällets organisationer för att pröva nya samarbetsformer. Sjukvården och den Allmänna Försäkringskassan är ett exempel på två organisationer där man med projektmedel vill förändra attityden till sjukdom. Medborgarna skall inte längre, slentrianmässigt, vara sjukskrivna under långa perioder. En lång sjukskrivning leder till passivitet, minskad kontakt med arbetslivet och kan i sin förlängning sluta med sjukbidrag eller förtidspension. Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag har ökat konstant under den senaste 20-årsperioden. I Riksförsäkringsverket statistik från 1979 uppgår det totala antalet förtidspensioner och sjukbidrag till 280 691 för att tio år senare öka till 355 316. (Rfv redovisar 1990:22). Anledningen till de ökande siffrorna är inte entydig, utan olika komponenter kan tänkas bidra till att allt fler individer slås ut. Några förklaringsgrunder kan vara förändringar i arbetsmarknadsstruktur, socialförsäkringens regelsystem och i levnadsvanor. Förutom fysiska hinder, kan man ofta spåra en omfattande psykosocial problematik som orsak till frekventa och långa sjukfall. För att förhindra utslagning från arbetsmarknaden och minska bidragsberoendet satsar man på rehabilitering. Den övergripande tanken är att en samverkan mellan experter från sjukvården, försäkringskassan och arbetsmarknadsorganen skall kunna hjälpa de sjukskrivna tillbaka till arbetslivet och ett självförsörjande liv. Vinsterna för samhällsekonomin, med rehabilitering för den enskilde i direkt följd efter insjuknandet, poängteras. (SOU 1988:41)

I rapporter och utvärderingar redovisas de positiva effekterna av projektens insatser. Ord som samarbete, effektivitet, flexibilitet, kvalitet och samhällsvinst brukar användas för att peka på nödvändigheten av fortsatt verksamhet. Man fokuserar ofta på antalet avbrutna sjukskrivningar, hur många som återvänt till ett arbete eller påbörjat en utbildning. Ett exempel är en rapport från ett samverkansprojekt mellan försäkringskassan och sjukvården i Kristianstads län. (Rfv redovisar

1990:13). Målsättningen var att minska sjukskrivningstid och förebygga långtidsfrånvaro. Samverkansmodellen bestod av en vårdcentral understödd av specialistläkare och kontakt med handläggare från försäkringskassan. Försöksperioden innefattade ett år och man redovisade 1.895 färre sjukdagar i fallgruppen jämfört med kontrollgruppen. Samhälls-vinsten beräknades på företagens merkostnad för en timmes sjukfrånvaro och som ett medeltal för flera branscher anges 170:-/timme, dvs 1.360 kr för en åtta timmars arbetsdag. Besparingen för de 1.895 färre sjuk-dagarna blir då 2,5 milj kronor. Förutom minskad sjukskrivningstid och samhällsvinsten, pekade man också på de positiva effekterna av arbetssättet vid vårdcentralen, som främst inneburit en aktiv och tidigare handläggning, rehabiliteringstänkande samt "vaksamhet mot slentrian-förfarande". Det nya arbetssättet kunde också bibehållas efter projekt-tidens slut.

Ett annat exempel är hämtat från Stockholms läns allmänna försäkringskassa, där man under två år genomförde ett projekt på försäkringskassans lokalkontor i förorten Tensta. Projektet syftade till att effektivisera rehabiliteringsarbetet genom att på ett tidigt stadium söka upp och etablera en positiv kontakt med den sjukskrivne, samt att aktivt söka samarbete med de myndigheter som kunde hjälpa till med rehabiliteringen. (Rfv redovisar 1990:2). Resultatet visade, att antalet sjukdagar minskade med drygt en dag per sjukpenningförsäkrad, under den tid som försöksverksamheten pågick. I jämförelser med två utvalda kontrollkontor, konstaterades att Tensta minskat sina kostnader med närmare 2 milj kr medan de två kontrollkontoren hade ökat sina kostnader med vardera 4 milj kr. Även i Tensta-projektet understryker man de sekundära vinsterna, som en öppnare och mer positiv kontakt till de sjukpenningförsäkrade och att initiativen till kontakt med kassan från andra myndigheter ökade.

I Riksförsäkringsverkets rapport 1990:2 "Rehabilitering i utveckling" fastslår man vidare att erfarenheterna från alla redovisade projekt i landet visar, att avgörande för ett lyckat resultat i samarbetet mellan de olika myndigheterna är att:

- ha en gemensam målsättning
- att ta gemensamt ansvar för åtgärder och för fattade beslut
- att få ett gemensamt förhållningssätt och en helhetssyn
- att ha en hög beslutskompetens - med minsta möjliga byråkrati
- att finna enkla rutiner för samarbete

- att ha kunskap om varandras verksamheter, regelsystem mm
- att bli samspelta
- att tidigt sätta in adekvata åtgärder
- att ha en positiv människosyn

I 19 år har jag arbetet som socionom inom sjukvården och de tre senaste åren som projektanställd psyko-social expert i två rehabiliteringsteam. Ett år på en primärvårdscentral och resterande tid i dagvårdsform på en rehabiliteringsklinik. Förutom socionom, har teamen bestått av läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och handläggare från försäkringskassan. På rehabiliteringskliniken har även ingått psykolog. Min erfarenhet av teamarbete har lärt mig, att de processer som pågår i samspelet mellan medlemmarna i gruppen inverkar på resultatet av behandlingsarbetet dvs teamets gemensamma, formella uppgift. I min upplevelsevärld kallar jag processerna för starka underströmmar som ofta outtalat styr gruppens liv. Som exempel från min egen erfarenhet kan jag hänvisa till alla de teamkonferenser jag deltagit i under mitt yrkesverksamma liv. I diskussionerna kring den fortsatta behandlingen och inriktningen av vården av de inskrivna patienterna, möts de professionella för att var och en bidra med sina kunskaper, med målet att ge patienten en bra och effektiv vård och rehabilitering. Parallellt pågår andra processer, som är svåra att konkretisera men påtagligt styr teamets beslut. Ibland finns en samling normer utifrån vilka förslag till lösningar relateras. Vissa medlemmars åsikter beaktas och anammas som "sanningar", medan andras ignoreras, dvs hierarkin och ledarens roll väger tungt. Angeläget är att alla är eniga kring de beslut som fattas. I det tysta har jag ibland tvivlat på besluten, men valt att låtsas vara enig med gruppen av rädsla för utstötning. Ibland har jag upplevt teamkonferensen som en examen med samma nervositet och oro för att bli underkänd. Vid andra tillfällen har jag känt att "det gäller att spela sina kort väl" för att påverka gruppen så att jag kan fullfölja MIN behandlingsplan. Eller se till att någon annan tar ansvaret för patienten. En rättvis fördelning av ansvar och initiativ skall vara ledstjärnan, men ibland överväger ilska över att ha blivit förbigången och det uppstår en kamp om arbetsuppgifterna.

Tryggheten att vara medlem i ett team är en annan aspekt. Relationerna som utvecklas liknar vänskapsband och blir därför angelägna att bevara. Gentemot omgivningen kan gruppen stå enad och skydda sina

medlemmar. Tryggheten och enigheten kan också bli ett hinder för utveckling och medföra stagnation. Under flera år var jag medlem i ett tryggt team, där vi var nöjda med vårt gemensamma arbete och angelägna att ingenting fick rubba vår uppfattning. Tydliga signaler, med krav på förändring från ledning och omgivande organisationer, silade vi med vårt trygghetsfilter och slöts oss solidariskt samman. "Vi mot dem" - fienden. Chocken och smärtan i den förändringsprocess, som vi tvingades genomgå i omorganisationens spår, hade kanske inte varit fullt så svår, om vi inte hade varit så övertygade i vår förträfflighet.

Moxnes (1981) redovisar från olika forskningsprojekt hur tre förhållanden är betydelsefulla för en gynnsam utveckling och läroprocess i en arbetsorganisation.

- Organisationens struktur, som sättet att informera de anställda, arbetets utformning, utbildningsprogram och belöningssystem.
- Det rent personliga förhållande som varje anställd har till sitt arbete. Känslor och attityder.
- De mellanmänniska relationerna, dvs relationerna till andra och främst till den egna gruppen väger tyngst.

Ett hinder för utveckling kan vara att små grupper tenderar att ha normer och informella strukturer som motverkar förändringar. Dominerande är medlemmarnas rädsla för förändring av de sociala relationerna inom gruppen. I de små grupperna saknas ofta en möjlighet att värdera sina egna prestationer, vilket också är ett hinder för utveckling och förändring.

Men teamet är inte en isolerad ö där det inre samspelet pågår ostört. Att ständigt möta människor med svåra sjukdomar, livslånga handikapp eller människor som är döende väcker känslor av hjälplöshet och ångest. Min egen upplevelse är att patienternas kamp och ångest transplanteras in i teamets samspel och blir en viktig ingrediens i beslutsprocessen. En del identifierar sig starkt med patienten och blir budbärare in i teamet. Andra använder en motsatt strategi, dvs tar avstånd och hänvisar till lagar och förordningar. Själv har jag använt båda strategierna beroende på vilken anklag patienten väckt hos mig.

Menzies (1960) visar i en undersökning att sociala institutioner tenderar att utveckla ett försvarssystem, vilket har som främsta syfte att motverka ångest. Hon ger exempel på olika försvarstekniker som att rutiner mellan

personal och patienter splittras upp, både personal och patienter objektifieras och individuella kännetecken förnekas, rituella besluts-mönster används som ett sätt att undvika att ta beslut. Karaktäristiskt för ett socialt försvarssystem är att det strävar efter att hjälpa individen att undvika upplevelser av ångest, skuld, tvivel och osäkerhet. Menzies understryker vikten av att de professionella får hjälp att konfronteras med sin egen ångest och därigenom utvecklar kapacitet att tolerera och handskas bättre med patienternas upplevelser. Min egen slutsats av samspelet i teamarbete är, att en viktig uppgift för teamet är att fördela ångesten.

Ytterligare en aspekt som kan inverka på teamkonferensens arena är omgivande organisationer. Under de senaste tio åren har den offentliga sektorn granskats. De två huvudmännen, kommun och landsting har prövat att samarbeta enl nya modeller, t ex den sk Ädelreformen där ansvaret för vården av de äldre i större utsträckning skall åvila kommunerna. Andra exempel är de lokala policyprogram som kommuner och sjukhusledningar utarbetar. Ålägganden om besparingar får som följd att man tvingas förändra verksamheten och slå samman en del enheter och lägga ner andra. Ledningen anger riktlinjer för hur arbetet skall bedrivas och fattar beslut som skall förverkligas i de olika leden. Omorganisationer kan också pågå parallellt i de organ som formellt skall samarbeta kring vård och rehabilitering av den enskilde.

Undersökningar visar att inom människovårdande organisationer finns alltid olika uppfattningar om hur verksamheten ser ut. Av betydelse för den enskildes upplevelse är på vilken nivå i organisationen man befinner sig. Kronvall, Olsson & Sköldborg (1991) talar om fyra domäner i offentlig organisation: Politisk domän, administrativ domän, den professionella domänen och brukarnas domän. I varje domän har personerna sin uppfattning och upplevelse av de problem som finns och hur dessa skall lösas. Det är ovanligt att de "övre domänerna" dvs politisk och administrativ nivå möts i samma uppfattning som "de lägre" dvs de professionellas och brukarnas nivå. I alla nivåer pågår också ett samspel inom och mellan domänerna och skillnaderna i uppfattning kring vad som är problem och problemlösningsmetod kan bli diametralt motsatta. Förutom nivåskillnaderna kan också organisationens formella uppgift präglå inställningen till det arbete som skall utföras åt "brukarna". Hälso-

och sjukvården skall förebygga, vårda och rehabilitera. Med andra ord "läka och hela" människan. I sjukvården kallas brukarna för "patienter". Försäkringskassan har kontakt med de människor som innefattas av Lagen om Allmän Försäkring, dvs de som har rätt att t ex uppbära sjukpenning eller andra bidrag som lagen föreskriver. Kriterier som underlag för utgivande av bidragen finns angivna i lagtexten. Försäkringskassan kallar brukarna för "de försäkrade". Kommunerna har enligt Socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att invånarna får den hjälp de behöver. Den enskildes rätt att få t ex ekonomiskt bidrag skall noga prövas mot de normer och lagar som gäller. Socialtjänsten kallar brukarna för "klienter".

I den pågående projektverksamheten, med målsättning att samordna rehabilitering för de långtidssjukskrivna, är min uppfattning att de mellanmännsliga processerna mellan medlemmarna i ett rehabiliteringsteam, mellan teamet och de långtidssjukskrivna samt mellan teamet och omgivande organisationer är av betydelse för utfallet av resultatet. I de rapporter och utvärderingar som jag granskat, poängterar man vikten av samarbete och samspel mellan aktörerna. (SOU 1988:41, Rfv redovisar 1989:10, 1990:2, 1990:13, 1990:22 samt SoS rapport 1993:10) Däremot har jag haft svårt, att i utvärderingarna finna hur och på vilket sätt det svårfångade begreppet "samspel" inverkar i rehabiliteringsarbetet.

Uppsatsen är ett försök att belysa samspelet i ett rehabiliteringsteam på en primärvårdscentral, där bl a faktorer som medlemmarnas yrkesroller men även personliga erfarenheter och upplevelser inverkar på teamets interna samspel i dess arbetsuppgifter, men också i kontakten med de långtidssjukskrivna och omgivande organisationer.

Året på vårdcentralen i Småort - ur minnets historia

Årsskiftet 1991-92 började jag tröttna på mina dåvarande arbetsuppgifter på den klinik på länsdelssjukhuset, där jag har min fasta tjänstgöring. Ryktesvägen fick jag veta, att primärvårdscentralen i Småort sökte en socionom. Jag ringde upp chefsöverläkaren som lät intresserad och bad mig komma på intervju. Tjänsten ingick i ett projekt för långtidssjukskrivna i Småorts kommun.

Jag hade en otydlig bild av arbetsuppgifter och projektmål när jag träffade personalen i Småort. Under intervjun berättade man, att vårt landsting träffat avtal med försäkringskassan, att i projektform erbjuda rehabilitering av långtidssjukskrivna med sjukdomar från ffa rörelseorganen, dvs ont i ryggen, värk från nacke och axlar etc. Målsättningen var att med en allsidig bedömning och behandling, i tid kunna bryta en sjukskrivning som hotade att bli långdragen och snabbt återbörda patienten till arbetsmarknaden. Att förhindra sjukskrivningar att glida över till sjukbidrag eller förtidspension. Överallt i länet pågick liknande projekt och i vårt sjukvårdsdistrikt bl a i Skogsort och Bergsort. Den huvudsakliga uppgiften för projekten var att visa på samhällsvinsten med en tidig rehabilitering. Det stod klart uttalat att de medel som tilldelats Småort under ett år, skulle vara självbärande och helst visa på plus.

Rehabteamet i Småort

I Småort var planeringen av rehabiliteringsprojektets organisatoriska form klar, när jag anställdes. Chefsöverläkaren var formellt ansvarig för projektet, men deltog inte i teamkonferenser. En av de fyra distriktsläkarna på vårdcentralen, representerade läkarkompetensen vid teamkonferensen en gång i veckan. Sjukgymnast 1 var fast anställd på vårdcentralen sedan flera år tillbaka och var projektledare. Sjukgymnast 2 hade fast anställning på en företagshälsovård och var halvt tjänstledig för att ingå i rehab-teamet. Arbetsterapeuten fanns också stationerad på vårdcentralen och ingick nu på halvtid i projektet. Socionomtjänsten tillföll mig och jag var den sista som anställdes.

Förutom sjukgymnast 1, sjukgymnast 2, arbetsterapeut och socionom samt distriktsläkaren, deltog en handläggare från försäkringskassan i teamkonferensen varje vecka. Dessutom hade man engagerat två specialistläkare, en reumatolog och en ortoped vilka kompletterade teamkonferenserna var fjortonde dag. Dessa undersökte också patienter remitterade av teamet och gav förslag på behandling.

Inledningsfas

Någon månad före starten hade vårdcentralen gjort reklam för projektverksamheten i lokalpressen, samt skriftligen informerat

distriktsläkarna på huvudorten och på de två mindre filialerna. Samtliga privatpraktiserande läkare i kommunen hade också fått information. Även majoriteten av arbetsgivarna i Småort, hade man försökt nå med en skriftlig folder om den nya verksamheten. Ramarna för behandlingen, var aktiviteter i grupp som schemalades under fyraveckorsperioder. Tonvikten låg på fysisk aktivering, pedagogik typ undervisning i anatomi, ergonomi och krishantering. De individuella kontakterna med psyko-social rådgivning och behandling åvilade mig.

I inledningsskedet fick vi få remisser, trots informationskampanjen. I kriterierna för projektet stod bla att patienterna skulle ha varit sjukskrivna under upprepade korttidsperioder eller längre perioder, dock helst inte längre än fyra veckor sammanlagt. De patienter som skrevs in i projektet hade ofta varit sjukskrivna under ett eller flera år. En återkommande refräng var "om vi bara kunde få dem i tid". Ytterligare ett bekymmer var lågkonjunktorens verkningar, som drabbade Småort med full effekt. Tre stora företag lade ner verksamheten och de återstående minskade drastiskt på personalstyrkan. Det blev svårt att uppfylla målet med återgång till arbete.

Förändringar

Det första halvåret blev en inledningsperiod när vi prövade den uppställda arbetsmetodiken och till viss del etablerades i organisationen. I inledning av andra halvåret hade vi också knutit en kontaktman från arbetsförmedlingen till teamet. Denna deltog regelbundet i teamkonferenser, dvs en gång i månaden och träffade patienterna för enskild rådgivning. Det beslutades också att försäkringskassans representant skulle handlägga samtliga ärenden i rehab-teamet inför fortsättningen 1993. I nuläget var samtliga rehab-handläggare på försäkringskassan involverade i enskilda ärenden. I det interna, dagliga arbetet behövde teamkonferenserna kompletteras med gemensam planering. Därför träffades sjukgymnast 1, sjukgymnast 2, arbetsterapeut och jag ett par timmar varje fredag, för att tillsammans introducera nya patienter och delge varandra vår uppfattning kring de redan inskrivna.

I slutet av projektåret fick vi besked att medel beviljats för fortsatt verksamhet 1993. Sjukgymnast 2 valde att återgå till sin ordinarie

arbetsplats och arbetsterapeuten sökte och erhöll en annan tjänst i kommunen. Själv var jag beredd att fortsätta ytterligare ett år, men beviljades inte tjänstledigt. Återstod sjukgymnas-ten/projektledaren, som tillsammans med vårdcentralens ledning på nytt fick söka experter till de lediga platserna i teamet.

Upplevelseplan

Min egen upplevelse av året i Småort har en annan dimension än den faktiska händelsebeskrivningen. Min bild av rehab-teamet handlar om en inre och en yttre ring. Den inre ringen bestod av sjukgymnast 1, sjukgymnast 2, arbetsterapeut och jag. Det var vi som arbetade nära patienterna och hade det största ansvaret för att driva verksamheten. I den yttre ringen fanns chefsöverläkaren, distriktsläkaren, handläggaren från försäkringskassan och de två specialistläkarna. Den inre och yttre ringen möttes i teamkonferensen, där vi i inre ringen rapporterade framgångar och bakslag i relation till de uppsatta målen. Jag var noga med att inte blotta min egen osäkerhet eller mina tvivel under dessa möten. Jag ville också hävda den psyko-sociala kompetensen och visa vad en socionom kunde åstadkomma. Vårdcentralen tyckte sig ha dåliga erfarenheter av en kollega, som uppbar en halvtidstjänst för primärvården i hela sjukvårdsdistriktet. Kuratorerna som yrkeskår kämpade, sedan flera år tillbaka, för att få inrättat fler tjänster inom verksamheten. Jag fick en känsla av att arbetsterapeuten hade en liknande, dold målsättning, dvs att hävda yrkesrollen och stärka arbetsterapeuternas position på vårdcentralen. I förtroende fick jag veta, att man från början inte planerat för en arbetsterapeut i projektet medan sjukgymnasten varit självklar. Arbetsterapeuterna hade därför protesterat och lyckats övertala ledningen att avsätta medel till en halvtidstjänst. Sjukgymnastens målsättning var kanske att stärka sin position jämfört med arbetsterapeut och socionom. För mig var det också en signal från organisationen att målgruppen, dvs långtidssjukskrivna med sjukdomar från rörelseorganen, i först hand skulle erhålla sjukgymnastisk behandling.

Läkarna fanns i periferin. De var strängt upptagna med en aldrig sinande patientström och kunde bara ägna ett förstrött intresse åt rehab-teamet. De underströk dock att teamet var en tillgång. Kanske var teamet lösningen för att lätta ett dåligt samvete eller ett tillkortakommande.

Specialistläkarna kom resande från sina sjukhus belägna fem resp tio mil öster om Småort. De kom och de for. Kvar stod vi med alla goda råd. Handläggaren från försäkringskassan hade arbetat på lokalkontoret sedan 1953 och kunde allt om socialförsäkringar. Hon låtsades att hon inte var någon expert och var imponerad av specialistläkarnas åsikter. Handläggaren hade egentligen de mest vittgående kunskaperna om infrastrukturen i Småort och hon var hängiven rehab-projektets mål. Hon räknade på kronor och ören och blev orolig, när behandlingarna drog ut på tiden utan resultat, dvs en brytning av sjukpenningberoende och återgång till arbete.

Samarbetet

Samarbetet i teamet funderade jag mycket över. Jag hade en svag anknytning till sjukgymnast 1, som jag träffat när jag vikarierat som kurator på en av sjukhusets kliniker för 10 år sedan. Chefsöverläkaren och distriktsläkaren hade båda arbetat på min klinik, då de fullgjorde sin utbildning, även detta för c:a 10 år sedan. Sjukgymnast 2 och arbetsterapeuten mötte jag för första gången på vårdcentralen i Småort. Handläggaren från försäkringskassan hade jag talat med i telefon för c:a tre månader sedan. Vi hade haft ett gemensamt ärende som rörde en patient på min klinik.

Alla i den inre ringen var halvtidsanställda i projektet och våra arbetstider jämkades samman med ordinarie tjänstgöringsscheman. Detta innebar att vi sällan träffades alla tillsammans. Konflikten om gränsdragningen mellan sjukgymnasters och arbetsterapeuters yrkesområden fanns med från den ursprungliga organisationen, men doldes i rehab-teamet. En viss irritation mellan sjukgymnast 1 och arbetsterapeuten kunde förnimmas, men någon öppen konfrontation uppstod inte. Jag fick också en känsla av att kuratorsfunktionen var ett nödvändigt ont, dels med tanke på vårdcentralens tidigare erfarenheter, men också som ytterligare en konkurrent till de redan etablerade yrkesgrupperna. Sjukgymnasten/projektledaren ville t ex besluta vilka patienter som kuratorn skulle träffa. Jag hävdade att jag ville träffa alla patienter, för att själv bedöma min arbetsinsats. När vi redovisade statistik efter det första halvåret, fick jag påpeka för sjukgymnasten/projektledaren att hon glömt

min kolumn, där det framgick att en majoritet av patienterna hade kontakt med kurator.

Förutom att våra arbetstider sällan sammanföll, var vi rent fysiskt placerade i olika delar av vårdcentralen. Jag satt nära arbetsterapeuten och långt från sjukgymnasten/projektledaren. Sjukgymnast 2 alternerade mellan korridorerna, vilket var symboliskt för hennes funktion. Hon hade erfarenhet från företagshälsovård och var, i mitt tycke, mer medveten om psyko-sociala faktors inverkan på utdragna smärttillstånd. Arbetsterapeuten, som jag lierade mig med till en början, blev med tiden svårare att stå ut med. Hennes gruppaktiviteter liknade mer "försköleverksamhet" än rehabilitering. Det var både pinsamt och komiskt att se sjukskrivna fabriksarbetare och långtradarchaufförer knåda blålera till små skålar eller snörpa ihop två läderbitar till en börs! Jag drog mig långsamt ur det samarbetet. Arbetsterapeuten lämnades åt sitt öde. Hon hade tidigare, huvudsakligen arbetat med sjukhemspatienter och överförde den formen av arbetsterapi i rehabiliteringsprojektet.

Den yttre ringen och omgivande organisationer

Kommunikationen med läkarna var ofta indirekt. I kommunen fanns tre vårdcentraler. Rehab- teamet var stationerat på huvudcentralen och de andra två fungerade som filialer. Vi träffade sällan den remitterande läkaren. Fanns patientens läkare i huset fick någon i teamet, ofta projektansvarig sjukgymnast, i uppdrag att informera doktorn och inhämta dennes synpunkter. Likaså hade handläggaren från försäkringskassan, kollegor som remitterade patienter till projektet, men sedan inte följde den behandling vi rekommenderat utan ofta, stick i stäv mot våra intentioner, kunde vidta andra åtgärder.

Bland de omgivande organisationerna var det främst försäkringskassan och arbetsförmedlingen som dominerade som samarbetspartners. Relationen mellan de två organisationerna var ansträngd. Enligt vår handläggare på försäkringskassan, var det svårt att räkna med någon hjälp från arbetsförmedlingen. Där höll man sig strikt till sina regler och ansåg att försäkringskassan skulle ansvara för rehabiliteringen så länge patienterna var sjukskrivna. Tillkom kravet på arbetslöshet. På försäkringskassan ansåg man att arbetsförmedlingen förfogade över instrument som

arbetsprövningsplatser, arbetsvägledning och utredning på arbetsmarknadsinstitut (AMI), arbetsmarknadsutbildning (AMU) och anvisning till sk skyddat arbete inom Samhall. Dessa möjligheter borde kunna användas litet smidigare och sättas in tidigare i rehabiliteringen. Arbetsförmedlingen sade sig förstå försäkringskassans synpunkter, men hänvisade till sina regler och sin tunga arbetsbörda med att söka bistå den stora anstormningen av icke sjukskrivna, arbetslösa i Småort.

Via vår handläggare på försäkringskassan, fick jag kontakt med personalchefen på Samhall/LAVI. Hon var positiv till vår verksamhet och kom med löften om anställningar till patienter inskrivna i projektet, men drog ofta tillbaka det utlovade kontraktet. Det var som någon form av "katt -och rättalek" från hennes sida. Vi blev ofta eld och lågor om en anställning kunde uppbringas för våra patienter och hade svårt att lära oss hennes spel. Det var alltid jag som skötte förhandlingarna i dess turer. Så småningom fick vi veta att det fanns konflikter i ledningen på Samhall/LAVI. Dessutom hävdade arbetsförmedlingen att det var de som skulle diktera villkoren för anställningarna efter sin turordningslista.

Jag insåg att vi måste ha en kontaktperson från arbetsförmedlingen, eftersom majoriteten av patienterna var arbetslösa eller oförmögna att återgå till sina ordinarie arbeten. Under det andra halvåret fick vi en arbetsvägledare till teamet, vilken deltog i teamkonferenser och i övrigt gav enskild vägledning till patienterna. Jag var också missnöjd med försäkringskassans agerande och påpekade det angelägna i, att även försäkringskassan tilldelade teamet EN handläggare, som på ett mer aktivt sätt skulle möta de inskrivna patienterna. Vid årets slut fick vi klartecken från vår handläggare, att hon skulle ansvara för samtliga patienter i projektet fr o m 1993.

Ytterligare ett exempel på en omgivande organisation var den stora företagshälsovården i Småort, som minimerades och hotades av nedläggning under rehab-teamets första projektår. Man var inte särskilt intresserad av samarbete och i det närmaste misstänksam mot oss, som kanske uppfattades som illojala konkurrenter. I min okunnighet gjorde jag ett arbetsplatsbesök på ett större företag i kommunen, utan att koppla in företagshälsovården. Det sågs inte med blida ögon och vi kallade företagsläkaren till ett försoningsmöte.

Patienterna

Under första halvåret kämpade jag med att få någon rätsida på mitt arbete. I mötet med människorna som blev våra patienter, kände jag hur litet mina kunskaper från slutenvården räckte till. Insikten om råslitet med behandlingsarbete och de sällan påtagliga, mätbara resultaten kom under Småortsperioden. De människor jag mötte hade inga enkla problem som kunde åtgärdas med en snabb återgång till arbetet. De flesta hade slutat grundskolan och sedan börjat arbeta t ex inom industrin, vårdsektorn eller transportsidan. En del hade en arbetsmiljö som var vidrig eller var indragna i konflikter på arbetsplatsen som gav upplevelser av hjälplöshet och hat. Andra var offer för omorganisationer och rationaliseringar. Arbetslösheten var hög i Småort och hotet om fler nedläggningar av företagen vilade tungt över kommunen. Jag fick en känsla av att majoriteten av patienterna tillhörde dem som ingen ville ha, som blev över och kanske aldrig kunde få en ny anställning. Vår arbetsvägledare sade att i "framtiden finns det inga enkla jobb". Minnen av tillkortakommanden i skolvärlden gjorde att många skyggade för tanken på utbildning. Förutom svårigheterna på arbetsmarknaden hade många svaga och otrygga relationsband i privatlivet. Uppbrott, skilsmässor, våld och misshandel var inte ovanligt att finna i patienternas levnadshistorier. Vi, som hade en nära kontakt med de långtidssjukskrivna, kände till slut att vi måste värja oss. Dessa människor förmedlade en ångestfylld motbild till den vi representerade, som högutbildade och framgångsrika med tryggade anställningar och ett lugnt familjeliv.

Litet ljusare

Under det andra halvåret fungerade samarbetet i den inre ringen bättre. Vi hade lärt av misstagen och förutom kontakterna med omgivande organisationer också stramat upp arbetet med patienterna. Vi insåg att vi måste träffas för gemensam planering några timmar i veckan och avsatte en förmiddag för att följa upp teamets arbete och introducera nya patienter.

Uppgiften

Rehabiliteringsteamets officiella uppgift, att med en allsidig bedömning och behandling se till att långtidssjukskrivna i Småort bröt sin sjukskrivning och återgick till ett självförsörjande liv, kändes alltmer verklighetsfrämmande, ju fler sjukskrivna jag mötte. Det fanns inga arbeten att uppbringa. De patienter som hade en anställning kunde ofta inte återgå, då arbetsuppgifterna var olämpliga med hänsyn till den enskildes besvär. Det underförstådda budskapet, att återgång till arbete var lösningen på alla problem, stämde dåligt för många. Vår uppgift och den verklighet som jag upplevde, gjorde mig förvirrad och frustrerad. Vi skulle ju hela tiden visa på ett bra resultat, dvs konkret redogöra för hur mycket pengar som samhället tjänat in på vårt arbete. Ibland undrade jag VAD det var vi skulle åstadkomma. Rehab-teamet kanske skulle förbinda sårn och låtsas som om det fanns arbete att få. Eller var kanske vår uppgift "förvaring under anständiga former"?

Den officiella statistiken

Rehab-teamets slutredovisning från februari till december visade på ett bra resultat. Totalt hade 72 remisser behandlats och 49 patienter skrivits in i projektet. Vid årets slut var 36 patienter avslutade. Av dessa hade 33% helt avbrutit sin sjukskrivning, 14% var halvt sjukskrivna och 14 % arbetstränade. Projektet hade tilldelats en summa á 700.000:- för 12 månader och skattade en intjänad samhällsvinst på c:a 809.000:- (Redovisning av rehabiliteringsprojekt för sjukskrivna i Småort 1992-02-01--12-31). Kriterierna för beräkningen utgick från antal förhindrade hel- och halvtids förtidspensioner/sjukbidrag, antalet förhindrade sjukskrivningsperioder samt den kostnadsminskning som kontakten med konsultläkarna innebar. Väntetiden till ortoped och reumatolog beräknades annars till 3 resp 6 veckor. I slutkommentaren påpekades att en icke mätbar effekt, som ökad livskvalitet och bättre självkänsla för många patienter, också måste beaktas som en del av teamets arbete.

Avslutning på Småortsperioden

Under projektårets sista veckor, fick vi besked att medel beviljats för fortsatt verksamhet 1993. Jag, som i inledningen bara önskade att året skulle ta slut, upptäckte att jag faktiskt ville fortsätta. Den mödosamma uppbyggnadsfasen var över och det var egentligen först nu, som vi hade förutsättningar att börja arbeta och ta i tu med vår uppgift. Jag stred för fortsatt tjänstledighet, men fick avslag. Mina känslor var blandade. Ilska över att inte få chansen att skörda frukten av mitt arbete och även en lättnad att någon annan fattade beslutet att avbryta.

Sjukgymnast 2 valde också att återgå till sin ordinarie arbetsgivare, företagshälsovården. Där hade man omorganiserat och dragit in tjänster, bl a en av två sjukgymnasttjänster. Sjukgymnast 2 erbjöds att kvarstanna på den enda tjänsten och valet föreföll självklart. Jag uppfattade som om även hon var lättad över att kunna hänvisa till omständigheterna.

Återstod arbetsterapeuten, som också riskerade att få sin grundtjänst bortrationaliserad pga av den sk Ädelreformen. Eftersom ansvaret för äldreomsorgen numera åvilade kommunen, efterfrågades inte längre alla arbetsterapeuttjänsterna inom landstingets primärvård. Arbetsterapeuten sökte och erhöll en nyinrättad tjänst inom kommunen. Hon föreföll påtagligt nöjd med att återgå till en verksamhet, som hon kände till och trivdes med.

Sjukgymnasten/projektledaren beklagade den inre ringens upplösning och började omedelbart försöka få tag i nya experter. Vid årets slut var den lediga sjukgymnasttjänsten tillsatt av en sjukgymnast, som vikarierat under en tid på vårdcentralen. Även arbetsterapeuten ersattes av en annan av kårens anställda i Småort. Att finna en socionom var däremot betydligt svårare och min tjänst var vakant när jag lämnade Småort.

Grupprocessen i Småort

Det första året i Småort var egentligen en födelse av gruppen "rehabiliteringsteamet". Studier och teorier kring "gruppen" som fenomen har pågått under många decennier. Tolkningar och analyser av människors beteende i grupp varierar något, ofta beroende på vilken teoribildning som forskaren utgår från. E.Olsson (1989) redovisar en gruppkonstruktionsteori, som baseras på definitionen av en grupp som ett dynamiskt system, där relationerna mellan medlemmarna är grunden och förutsättningen för att gruppen skall utvecklas i en fortgående process. Olsson anser att de emotionella relationsprocesserna är grundläggande för gruppens förmåga att samordna handlingar. I konstruktionsmodellen redovisas sju olika stadier som kan skönjas i gruppens födelse:

- **Generell osäkerhet.** Medlemmarna maskerar sina upplevelser av osäkerhet på olika sätt samtidigt som man försöker konstruera gruppen. En del tar på sig en expertroll och ger intryck av stor självsäkerhet, andra är avvaktande, någon söker skydd och andra försöker mobilisera säkerhet.
- **Sökandet efter bekräftelse.** De inledande handlingarna och interaktionerna är ett sökande efter bekräftelse på de föreställningar och önskningar som var och en för med sig in i gruppen. Man "testar" gruppen genom att provocera eller be om hjälp.
- **Väntan på något stort.** Några intar en väntande position som riktas mot den som antas har ansvaret för att skapa något gemensamt. Andra som är mer aktiva och involverade i detta skede, verkar betrakta de passiva "väntarna" som en självklar ingrediens. Det verkar som om det är viktigt för gruppens utveckling att de tysta finns. Tystnaden och passiviteten kan ses som om väntarna är beredda att ta emot den konstruktion som de aktiva föder.
- **"Gruppens" tillkomst.** Gruppen konstruerar symbolen "gruppen" genom bekräftande och avkräftande interaktion inom en mindre grupp i gruppen. Man söker upplevelser av likhet och samhörighet i den gemensamma tillvaron. Det är inte ett målmedvetet sökande efter likhet utan snarare ett känslomässigt skeende sammankopplat med arbetsuppgiften.

- **Gruppstiftare.** De aktiva i försöken att forma en gruppssymbol kallas för stiftare. I en arbetsgrupp blir troligen de först anställda eller de som ansvarat för anställningen stiftare. Stiftarnas handlingar och interaktion i gruppens första möten kan spela stor roll i det fortsatta grupplivet.

- **Stiftarnas missionärsskap - risk för inbördeskrig.** Stiftarnas arbete blir att förmå alla att acceptera den gemensamma konstruktionen och de blir missionärer under en period. Efter ett tag kan det uppstå subgrupper av stiftare och en komplicerad konflikt kan uppstå. Gruppen har inte en relationsstruktur som kan hantera en konflikt och risken finns, att de som förlorar bara har ett alternativ, att lämna den ännu inte konstruerade gruppen. I detta skede finns inte en övergripande gemensam konstruktion som håller samman gruppen under en konflikt. Möjligtvis kan ett yttre hot eller någon annan gemensam betydelsefull upplevelse förhindra att gruppen upplöses.

- **Gruppkänslan.** När väl omvändelsen är klar uppstår en stark positiv känsla och gruppkonstruktionen bekräftas av alla. Medlemmarna har en känslomässig övertygelse om gruppens värde och är lättade över att den första påfrestande perioden är över. Man blir generös mot utomstående som bjuds in i gruppen, på villkor att gruppssymbolens värde bekräftas. Vanligt är också att ha stort tålamod med medlemmar som till synes inte alls bidrar till det gemensamma arbetet. Generositeten kan förklaras med att gruppen är angelägen att bevara gruppens symbol och upplevelse av likhet.

Rehab-teamets födelse i Småort.

Om jag försöker applicera min upplevelse av året i Småort på ovanstående modell kan jag spåra liknande faser i vår födslovånda. Den generella osäkerheten i inledningen. Rädslan för att blotta min känsla av förvirring och okunskap maskerade jag under expertrollen. Jag uppfattade också att de andra använde expertrollen som skydd. Sökandet efter bekräftelse fanns kanske i diskussionerna vi hade kring aktiviteter och behandling, som skulle erbjudas patienterna och vilka av medlemmarna som skulle ansvara för de olika delarna i schemat. Här möttes våra personliga föreställningar kring rehabilitering och gruppens uppgift samtidigt som vi

undersökte våra relationer. "Var det möjligt att samarbeta?" Jag uppfattade gruppklimatet som avvaktande.

De passiva, väntarna, fanns både i den inre och yttre ringen. Jag intog själv en passiv attityd i inledningen, på så vis att jag var angelägen att inte ifrågasätta ramarna för verksamheten. Jag var den som anställdes sist av alla och valde därför aktivt att vara passiv, i förhoppning att snabbt komma in i gruppen. I den yttre ringen fanns väntarna, dvs försäkringskassans representant, chefsöverläkaren och distriktsläkaren som aldrig deltog aktivt i den inre ringens försök att skapa en arbetsgrupp. Den yttre ringen blev en referensgrupp som speglade resultatet av den inre ringens behandlingsarbete.

Gruppen som symbol uppstod under det andra halvåret. Jag började knyta an till tanken att "vi var rehab-teamet i Småort". Arbetsmodellen hade en fastare form som alla accepterade och vi hade skapat en möjlighet att gemensamt diskutera den rullande planeringen. Klimatet var mer avslappnat och välkomnande.

Det fanns tydliga gruppstiftare och hit räknar jag sjukgymnasten/projektledaren, chefsöverläkaren och distriktsläkaren. De var anställda på vårdcentralen sedan länge och planerade projektets uppläggning tillsammans med försäkringskassan. De beslutade vilka yrkeskategorier som skulle ingå i teamet, ansvarade för anställningen av oss andra i den inre ringen samt engagerade specialistläkarna. Stiftarnas bild av ett rehab-team blev på så sätt avgörande för gruppens fortsatt liv.

Enligt min uppfattning avslutades året i Småort någonstans i fasen kring stiftarnas missionärsskap och risk för inbördeskrig. Det fanns missnöje med sjukgymnasten/projektledarens ställning i teamet och hennes iver att var ledare. Arbetsterapeuten hade den tidigare konflikten mellan sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna i färskt minne och min position stärktes alltmer på sjukgymnastens bekostnad. Det fanns uppenbara risker för en maktkamp mellan oss som, om den kom upp till ytan, eventuellt hade resulterat i en omformation av gruppens ganska bräckliga konstruktion. Jag tror inte att vi hade mäktat med en sådan förändring och upplösningen av den inre ringen kanske kan förklaras, som ett sätt att

undvika inbördeskrig. Någon genuin grupp känsla med bekännelse av gruppens likhet och beroende av gruppens symbol uppstod aldrig.

Förhållandet mellan de olika grupperna och uppgiften

Samspelet i den inre ringen och förhållandet till den yttre ringen och patientgruppen färgades mycket av vårt uppdrag. Den inre ringen som stod närmast brukarna (för att återknyta till teorin om de fyra domänerna) vändades mest inför kravet på snabba resultat och bevis på lönsamhet. I den yttre ringen fanns representanter från den administrativa nivån och våra teamkonferenser hade ofta temat hur vi skulle anpassa arbetet efter uppgiften. I den inre ringen utvecklades behandlingen av patienterna med tonvikt på kuratorskontakt och sjukgymnastik. Arbetsterapeuten hade en underordnad roll. Den psykosociala problematiken som anledning till insufficiens och långvarig sjukskrivning betonades alltmer, ju starkare jag befäste min position i teamet. Så småningom fick vi en ökad förståelse från den yttre ringen, när vi hävdade att man inte kunde förvänta sig snabba resultat, med hänvisning till den omfattande problembilden som de flesta patienter visade upp. Den inre och yttre ringen närmade sig ett gemensamt synsätt.

Den inre ringen använde sig av den yttre ringen för att avbörda sig och tala om hur tungt det verkligen var att försöka återföra långtids- sjukskrivna till arbetsmarknaden. Den yttre ringen använde den inre ringen som "lösningen" för patienter/försäkrade där man själv inte funnit någon utväg. Som ett bevis för att man verkligen vidtog erforderliga åtgärder.

Patienterna förutsattes vara positiva till rehabilitering. I själva verket löpte många risk att få sin sjukpenning indragen, om man inte antog den erbjudna platsen i projektet. En del var avvaktande och misstänksamma, andra var lydiga och infann sig punktligt till alla aktiviteter, men lyckades sällan komma vidare. Patienterna använde den inre ringen som garanti för fortsatt försörjning av försäkringskassan och som vittnen på att de verkligen gjorde allt för att bli friska. Den inre ringen var ofta patienternas budbärare i diskussionerna med den yttre ringen. Det hände att vi blev upprörda, om någon i den yttre ringen inte ansåg, att patienten var ett olyckligt offer för omständigheterna. Kort sagt: Den inre ringen lerade sig

ofta med patienterna och använde dem för att pröva sin förmåga. Jag ville t ex arbeta med santalsbehandling, utan inblandning och direktiv från läkarhåll. Arbetsterapeuten var utsedd av sina kollegor att hålla sjukgymnasterna stången och sjukgymnasterna kunde också använda patienterna, som en möjlighet att utöka sina revir.

Den officiella uppgiften blev också användbar i den inre ringens samspel och i förhållandet till den yttre ringen och patientgruppen. Eftersom vi så sällan fick remisser på patienter med en kort sjukskrivningsperiod, kunde vi hänvisa många tillkortakommanden till, att så få patienter uppfyllde kriterierna för projektet. Verkligheten ville inte anpassa sig till projektet!

Teamsamverkan i Rehabilitering

Teamarbete - vad är det?

Ett team är en grupp, men enl Samuelson (1992) finns det skillnader i definitionen. Samuelson menar att ett team är en grupp människor som har samma mål. Målen är klargjorda av uppdragsgivaren. Man arbetar tillsammans och var och en bidrar med sin kunskaper där de ger bäst utdelning. Det är en grupp, där medlemmarna ger och tar emot stöd och upplever tillhörighet och samvaro. Karakteristiska tecken på team-arbete är bl a att det :

- skall uppnå bestämda mål och fylla bestämda funktioner.
- är formellt etablerat och upprättat med en bestämd avsikt.
- mångfalden uppfordras. Man utnyttjar olikhet i kompetens, profession och social funktion.
- är en samarbetande och interaktiv grupp.
- uppträder eniga utåt. Detta förutsätter att alla medverkar i beslutsprocessen så att lojalitet får kvalitativt annat innehåll än konformitet.

Samuelson ger också kriterier på "det effektiva teamet" resp. det "ineffektiva teamet". I det effektiva teamet är stämningen tillåtande och medlemmarna är engagerade och intresserade. Alla deltar i diskussionerna, som är många och man lyssnar till varandra. Det finns oenighet, men gruppen visar inga tecken på att undvika konflikter. Ibland uppstår grundläggande oenighet, men man finner en väg att leva med det och tillåter inte oenigheten att blockera samarbetet. De flesta beslut fattas i konsensus. Kritik som ges är uppriktig och konstruktiv och medlemmarna känner sig fria att uttrycka känslor och idéer som rör både uppdraget, såväl som gruppens sätt att fungera. När besluten är fattade upprättas en klar handlingsplan som accepteras av alla. Ledaren undviker att dominera gruppen och det är få tecken på maktkamp. Det viktiga är inte vem som bestämmer utan hur gruppen skall nå sitt mål. Gruppen söker att vara

medveten om sitt sätt att fungera och stoppar upp ibland för att definiera hinder för ett effektivt samspel.

I det ineffektiva teamet är stämningen likgiltig eller spänd. Några få medlemmar dominerar diskussionen och det är svårt att förstå gruppens uppdrag eller mål utifrån det som blir sagt. Medlemmarna har ofta personliga mål som de försöker uppfylla i gruppen, ofta tvärsen mot de andra och gruppens gemensamma mål. Man lyssnar inte på varandra och oenighet blir för det mesta hanterat på ett ineffektivt sätt av gruppen. Ofta agerar gruppen innan de verkliga problemen tas upp och det finns oklarhet kring handlingsplanen - ingen vet vem som gör vad. Ansvaret och ledarskapet vilar på gruppens ledare oberoende om denne är stark eller svag. Kritik förekommer men har en tendens att vara antingen spänningsskapande eller ödmjuk. Ingen törs sticka fram huvudet. Personliga känslor blir dolda och delas inte med andra och gruppen undviker varje diskussion om sitt sätt att fungera.

Samuelson ringar in några viktiga områden i en teamutvecklingsprocess, bl a roller och komplementaritet. Han hänvisar till olika studier, bl a av den engelska psykologen Belbin (1981), som visar att förutom yrkesroller är det intressant att skilja ut olika sociala roller eller funktioner, som skapar en effektiv problemlösning. Belbin har utvecklat en modell, där han beskriver åtta teamroller som alla ger ett positivt bidrag i ett teams problemlösning och målrealisering. Han kallar rollerna för: Verkställare, Uppfinnare, Resurssamlare, Samordnare, Igångsättare, Analytiker, Samarbetare, Färdigställare. Till alla roller finns positiva och negativa egenskaper. Enskilda medlemmar kan och bör uppfylla flera roller och har vanligtvis en primär och en sekundär roll.

Ledarskapet i ett team är ett annat område. Ideala egenskaper för en teamledare är en person som har förståelse och respekt för människors känslor och för grupprocesser. Vinsten med teamledning är att ledaren får flera idéer och kreativa vinklingar, förstår och kan se kollegorna i ett helhetsperspektiv, kan ge omsorg och stöd och på så vis skapa en "lärande organisation".

Beslutsformer kan variera, men i teamsammanhang är konsensus att föredra, dvs medlemmarna enas om ett beslut efter att ha dryftat olika

lösningar och förutsättningar. Jag uppfattar Samuelson som entusiastisk inför teamarbete som samarbetsform och han menar att teamideologin, står för en obegränsad tro på den enskilde individen och på teamets möjlighet att påverka och ta ansvar.

Lenéer-Axelsson & Thylefors (1991) diskuterar också kriterier för en fungerande arbetsgrupp. De benämner den ideala gruppen "den goda gruppen". Karakteristika är att gruppen har ett gott självförtroende. Medlemmarna är nöjda med sina prestationer och tillfreds med sin roll och den grupp och organisation man tillhör. Ett gott självförtroende är förutsättningen för en fri och tydlig kommunikation, där var och en vågar framföra sina åsikter och behov. Humor och lättsinne finns med. Oliktidighet accepteras och respekteras och med trygghet och tolerans föds kreativitet och konflikter. Konflikter betraktas inte som något hotfullt, utan snarare som en möjlig-het till en kreativ problemlösning.

Léener-Axelsson & Thylefors skissar på andra grupptyper, där förutsättningarna är mindre för att utveckla ett bra samspel. Ett exempel är "den splittrade gruppen". Medlemmarna har stor frihet att avvika inom eller utanför gruppen, men de saknar samhörighet. Det finns risk att var och en utvecklar egna normer och mål för arbetet. Splittringen byggs in i gruppen om sammansättningen inte är konstant vid fördelning av arbetstider och uppgifter. Mönstret kan uppstå på arbetsplatser där många arbetar deltid, går på schemalagd arbetstid eller ofta är lediga av olika skäl. Det finns inte tid att upparbeta de relationer som krävs för en vi-känsla. Det förekommer sällan att medlemmarna stöder varandra och ger varandra synpunkter på arbetet. Ofta utmärks splittrade grupper av en stor personalomsättning.

I Olssons (1989) konstruktionsprocess, som baseras på antagandet att gruppens medlemmar strävar efter att bygga upp relationer till varandra och gruppen, fortsätter gruppen sin utveckling efter den inledande födelsestadiet. Nästa fas har beroendet till den gemensamma föreställningen om "gruppen" som tema. Medlemmarna är angelägna att bekänna sig till gruppen och söker likhet. Det finns rädsla att gruppen skall försvinna om den inte dyrkas. Om någon vill lämna gruppen används mycket energi till att övertyga och dra in avvikaren i gruppen. Man strävar efter bevis på gruppens stora värde och är ofta generös mot andra som vill

ingå i gruppen. Villkoret är att nya medlemmar antar samma hållning och bekräftar gruppens förträfflighet.

Ofta har beroendegruppen en kontrastgrupp med vilken man kan jämföra sig. Kontrastgruppen kan vara en grupp med liknande uppdrag och som finns nära beroendegruppen. I jämförelsen blir alltid beroendegruppen vinnare, "den bästa gruppen". Kontrastgruppen utför uppgiften felaktigt och får sämre resultat i förhållande till beroendegruppens framgångar. Att nedvärdera kontrastgruppen och tillskriva den negativa egenskaper, syftar till att hålla samman den egna gruppen.

Så småningom ställs strävan efter likhet på prov och några i gruppen kan uppleva ofrihet. En del tvivlar i hemlighet på om de passar in i gruppen och andra kritiserar kanske gruppens arbetsmodell. Medlemmar som tillhör den dyrkande falangen försöker övertala tvivlarna att komma tillbaka. Ett annat reaktionsmönster är att enskilda anklagar sig själva, de "passar inte in" i just den här gruppen. En del vågar tala högt i gruppen om sin misstro och andra bildar undergrupper, sk subgrupper, där man kan skvallra om resten av medlemmarna. Konflikten blir ett faktum och avgörande för att gruppen inte skall stagnera eller upplösas, är vilken metod medlemmarna väljer för att hantera åsiktsskillnaderna. Olsson menar att gruppen måste erkänna konflikten och samtidigt hitta en utväg att bevara gruppens konstruktion. Idealet är en omkonstruktion av gruppen med utrymme för olikhet och variation. I realiteten fortsätter inte sällan beroendegruppen in i nästa fas, där man kompromissar och underordnar sig de regler och normer som utarbetats, man spelar rollspel och kan andas ut i sk frizoner utanför gruppen. Olsson kallar denna fas för "lag och ordning".

Lag- och ordninggruppen är instabil under den, till synes fasta, sammanhållande ytan. Rejåla och långvariga maktkamper kan uppstå kring vilka normer som skall gälla. Ledare tillsätts och avsätts och ofta kan ledaren bli beskyddad som den som förorsakat konflikten. Gruppen kommer till ett uppgörelsestadie, där upplösning kan bli resultatet. Om gruppen skall garanteras en överlevnad och fortsatt utveckling, krävs att medlemmarna förmår öppna relationerna till varandra och delge varandra sina upplevelser. Detta kan ge som resultat att man omkonstruerar gruppen och mer öppet förhandlar om gruppens möjligheter.

Olsson kallar den ideala gruppen för "den solidariska gruppen". I den solidariska gruppen vågar medlemmarna ständigt pröva sin relationer till varandra och gruppen. Konstruktionen av gruppen kan ifrågasättas och förändras kontinuerligt och konflikter som uppstår kan hanteras utan risk att medlemmarna faller tillbaka till beroendestadiet eller lag-och ordning.

Att klart och entydigt ringa in teamarbete låter sig inte göras. Samuelssens modell är, i mitt tycke, litet pragmatisk och förenklad. Han tecknar en ram kring begreppet teamarbete medan Léener-Axelsson & Thylefors uppehåller sig kring egenskaper hos olika grupp profiler och vilka förutsättningar i omgivningen som formar gruppens framtoning. Olsson visar på de komplexa och för mig, ibland outgrundliga processer som pågår i människors möten och att begreppen samarbete och samspel är mycket svåra att klart definiera. Gemensamt är allas försök att beskriva en idealgrupp, där Samuelssen, enl min uppfattning är statisk medan Olsson finns i den motsatta polen, dvs att idealgruppen är en föränderlig konstruktion.

Rehabilitering

Rehabilitering betyder ordagrant att "åter komma i form". Begreppet "rehabilitering" har definierats av olika instanser. FN:s världsaktionsprogram för handikappade 1982 förklarar att: "Rehabilitering är en målinriktad och tidsbegränsad process som syftar till att sätta en av skada eller sjukdom drabbad människa i stånd att nå bästa möjliga psykiska, fysiska och/eller sociala funktionsnivå och därigenom ge honom/henne möjligheter att förändra sitt eget liv. Processen kan innefatta åtgärder avsedda att kompensera för en förlust eller inskränkning av funktionsförmågan och andra åtgärder som är ägnade att underlätta social anpassning eller återanpassning.

Åberg (1993) definierar rehabilitering som "en process som syftar till att göra individen starkare och mer kapabel. Kriterierna på att rehabiliteringen är framgångsrik är att individen fungerar bättre socialt, är "lyckad" (objektivt kriterium) och mår bättre (subjektivt kriterium). Bägge dessa kriterier måste uppfyllas för att rehabiliteringen skall anses lyckad. Fokus i

rehabiliteringen ligger på vad som rimligen bör kunna uppnås, på möjligheterna. Rehabilitering kan, till skillnad från behandling, drivas helt utifrån en analys av individens starka sidor, möjligheter och kapacitet. Rehabilitering är alltid en process och en process har en utsträckning över tid. Rehabilitering bygger på personlig utveckling och processen kan försvåras om professionell personal tar över alltför mycket ansvar från klienten. Processen kan också bromsas upp om klienten förses med resurser som han/hon inte är motiverad att använda."

Ett sista exempel är Rehabiliteringsberedningens förslag på definition (SOU 1988:41): "Med rehabilitering avses en sammanhängande process som syftar till att återge den som drabbats av sjukdom eller av annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar att leva ett självständigt liv. En rehabiliteringsåtgärd kan avse förändringar av individens arbetsförhållanden eller vara av medicinsk, psykologisk eller social art. Rehabiliteringsåtgärderna skall planeras efter samråd med den enskilde och utgå från hans individuella förutsättningar och behov".

I angivna exempel på definition av begreppet "rehabilitering" finns gemensamma nämnare som att rehabilitering är en process och under processens gång krävs samarbete mellan specialister som företräder sin profession. Man kan säga att definitionen också ger klara konturer av ett rehabiliteringsteam, som samarbetar och samordnar processen. Åberg t o m hutar åt de professionella och ber dem behärska sina ambitioner!

I SoS-rapport 1993:10 förklarar man att basen för all rehabiliterande verksamhet inom hälso- och sjukvården bör vara en bred kompetens genom lämpligt sammansatta team. Återigen poängteras vikten av att medlemmarna samordnar sina insatser till en konstruktiv helhet för den enskilde. Man är inte entydig i vilka yrkesföreträdare som skall innefattas i ett rehabiliteringsteam. Detta kan variera beroende på funktionsnedsättningens art och den enskildes speciella behov. Rapporten talar vidare om en konstruktion med ett inre team som består av hälso- och sjukvårdspersonal och ett yttre team med representanter för andra organisationer t ex socialtjänst, försäkringskassa, arbetsför-medling och arbetsgivare. Till sist menar man att utveckling av rehabiliteringsteam och dess metodik är viktigt för att uppnå ett optimalt utnyttjande av resurserna.

Exempel på lämplig metodik är att alla inblandade samlas för gemensam diskussion kring och med patienten och tar upp mål och planering.

Loeser & Egan (1989) anser att ett team bestående av engagerade specialister som samarbetar är den viktigaste förutsättningen om rehabilitering av patienter med kronisk smärta från rörelseorganen skall ge resultat. Författarna tar fram kommunikationen i ett team, som en grundbult för samarbetet. Ett bra samarbete kännetecknas av en frekvent och omedelbar kommunikation. En konstant och tydlig kommunikation mellan de professionella är ett av de utmärkande dragen för ett tvärfackligt team och räknas till de avgörande inslagen för att rehabiliteringen skall lyckas. Loeser & Egan gör inga mer ingående analyser av samarbetet, utan beskriver sedan vilka experter som skall ingå i teamet och avgränsningarna i medlemmarnas arbetsuppgifter.

Enigheten kring teamarbete, som en förutsättning för att bedriva rehabilitering förefaller i det närmaste total. I Rehabiliteringsberedningens betänkande (SOU 1988:41) anser utredarna att samhällets resurser vad gäller sjukvård, socialförsäkringar och arbetsmarknadsåtgärder är tillfyllest. Nyckeln till en förändring med maximalt utnyttjande av organisationernas tillgångar ligger i förmågan till samarbete. Jag uppfattar att begreppen samarbete och samspel blir rubriker utan förklarande undertext. Som om samarbete och samspel är självklara och givna från början, eller att man vill pressa de inblandade typ: - "Nu är ni så goda och samarbetar!" Men i alla organisationer finns människor som möts med egna, inre upplevelser av sig själva i förhållande till omvärlden. Processer pågår i alla grupper och grupperna befinner sig kanske i olika utvecklingsstadier. Ett samspel finns ständigt, men resultatet kanske inte alltid uppfyller de nästan propagandistiska bilderna av på samarbete.

Vilka är de långtidssjukskrivna?

Antalet förtidspensioner och sjukbidrag har stadigt ökat de senaste 20 åren. Sannolikheten att en lång sjukskrivningsperiod skall sluta med förtidspension eller sjukbidrag påverkas av flera faktorer. I en rapport (Rfv redovisar 1990:22) ställer man olika variabler mot varandra såsom kön och ålder, civilstånd, utbildning, födelseland, arbetsmiljö och

yrkestillhörighet. Vad gäller kön och ålder har männen varit i majoritet bland de förtidspensionerade/sjukbidragsberättigade, men andelen kvinnor ökar successivt. I undersökningsmaterialet har 28% av de kvinnor som varit långtidssjukskrivna fått förtidspension och motsvarande 31% för männen. Både för män och kvinnor ökar risken att bli förtidspensionerad med åldern och män löper större risk än kvinnor. Endast kvinnor i åldersgruppen 35-49 år finns närmare riskzonen än män i motsvarande åldersgrupp. Många av kvinnorna i nämnda åldersgrupp arbetar inom hälso- och sjukvård och service. Den vanligaste diagnosen i deras första långa sjukfall var sjukdom i rörelseorganen.

Familjeförhållanden påverkar också människors hälsa. Risken att en långvarig sjukskrivning slutar i förtidspension är större bland ensamstående än hos de som lever med en partner. Detta gäller framförallt män, men också i viss mån för kvinnor. En av orsakerna kan vara att ohälsa leder till både ensamhet och förtidspension. Det finns också ett starkt samband mellan utbildning och yrke. Från tidigare undersökningar framgår att antalet förtidspensionärer är störst bland dem som är sysselsatta inom yrken utan eller med låga utbildningskrav.

Invandrare har också ett högre sjuktal än svenskar, men siffrorna är inte generella utan varierar mellan invandrare från olika länder samt att variablerna kön och utbildning också spelar in. Materialet ger statistisk relevans för att invandrarkvinnor med låg utbildning, löper störst risk att avsluta en längre periods sjukskrivning med förtidspension. De invandrade männen skiljer sig inte nämnvärt från de svenska männen.

Arbetsmiljöns inverkan har kartlagts av bl a Arbetsmiljökommisionen 1988. Där räknade man fram ett sk risktal dvs antalet nybeviljade förtidspensioner 1988 per 1000 sysselsatta inom respektive yrkesområden 1985. Resultatet visar att män har de största risktalen inom gruv- och stenbrytningsarbeten medan kvinnors högsta risktal finns inom tillverkningsindustrin. I Rfvs rapport undersöker man enbart riskerna för långtidssjukskrivna att bli förtidspensionerade och menar att förutsättningarna att återgå till sitt arbete, efter en längre sjukskrivning kan variera mellan olika yrkesgrupper. Ibland kan det vara svårt att finna alternativa arbeten, varför förtidspension blir en lösning. Arbetare som varit sjukskrivna under en längre period pga exempelvis sjukdomar i

rörelseorganen, kan omplaceras till fysiskt lättare arbeten medan tjänstemän med motsvarande problem, kanske får svårare att hitta ett mer lämpligt arbete. Risken att en lång sjukskrivning avslutas med en förtidspension kan t o m vara större för personer med "manschetttyrken" än för arbetare. Tar man enbart hänsyn till sysselsatta i olika yrkesgrupper, är dock risken för förtidspension lägre för tjänstemän än för arbetare.

Yrkestillhörigheten visar skillnader mellan män och kvinnor. Risken för förtidspension hos långtidssjukskrivna män är nästan två gånger så stor för dem, som har administrativt arbete, lantbruks-, skogsbruks- och fiskeriarbete än för dem som har vetenskapligt och tekniskt arbete. För de långtidssjukskrivna kvinnorna är risken för förtidspension störst i tillverkningsarbete. Åldern spelar också in. Äldre personer, 50-59 år, i fysiskt krävande arbeten löper störst risk att bli förtidspensionerade efter en längre sjukskrivningsperiod.

I sammanfattningen av rapporten diskuteras rehabiliteringens betydelse för att minska antalet förtidspensioner. Att tidigt sätta in rehabilitering under sjukdomsförloppet, anses obestriddt för ett lyckat resultat samt att de rehabiliterande insatserna har en god kvalitet. Det största problemet är dock att rehabiliteringsåtgärder sätts in för sent för de långtidssjukskrivna.

Tidig och samordnad rehabilitering

Den 28 mars 1985 tillsatte regeringen en kommitté, med uppgift att göra en översyn av sjukförsäkringens regler och uppgifter, särskilt med avseende på förebyggande åtgärder och i samband med rehabilitering. Kommittén antog namnet Rehabiliteringsberedningen och den offentliga utredningen lades fram 1988 under titeln: "Tidig och samordnad rehabilitering - samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning mm. (SOU 1988:41) Rehabiliteringsutredningens uppdrag var bl a att göra en översyn av rehabiliteringsinsatserna och om det gick att samordna dessa på ett bättre sätt, klarlägga ansvarsfrågorna och överväga om försäkringskassan skulle ges ett huvudansvar och vara pådrivande.

Utredningen föreslog en gemensam definition av begreppet "samordnad rehabilitering" som skulle vara grunden för de olika aktörernas rehabiliteringsmål. Definitionen skulle lagstadgas i Lagen Om Allmän

Försäkring och formuleras enligt följande: " Med rehabilitering avses en sammanhängande process som syftar till att återge den som drabbats av sjukdom eller av annan nedsättning av den fysiska prestationsförmågan bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar att leva ett självständigt liv. En rehabiliteringsåtgärd kan avse förändringar av individens arbetsförhållanden eller vara av medicinsk, psykologisk eller social art. Rehabiliteringsåtgärderna skall planeras efter samråd med den enskilde och utgå från hans individuella förutsättningar och behov". Som brasklapp poängterar man att uttrycket "förutsättningar att leva ett självständigt liv" bl a avser att en individ i yrkesverksam ålder får hjälp att försörja sig själv.

Rehabiliteringsaktörerna

Rehabiliteringsberedningen kallar försäkringskassan, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, arbetsmarknadsorganen och arbetsgivarna för rehabiliteringsaktörerna. I betänkandet ger man förslag på de olika aktörernas ansvarsområde och hur rehabiliteringsarbetet skall länkas samman.

Försäkringskassorna skall ges ett utökat ansvar för att rehabiliteringsarbetet genomförs i varje enskilt fall. Ansvaret skall bl a innebära att tillse att behovet av rehabiliteringsåtgärder klarläggs. Att initiera rehabiliteringsåtgärder då initiativet inte tagits från behandlande läkare, arbetsgivare eller annan. Försäkringskassan skall samordna de olika rehabiliteringsåtgärderna och tillse att en rehabiliteringsplan upprättas så snart som möjligt av den som skall ha huvudansvaret och se till att den fullföljs. Försäkringskassan skall också följa upp planen, besluta om rehabiliteringsersättning och i övrig tillse att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Inom hälso- och sjukvården vill man att rehabilitering huvudsakligen skall ske inom primärvården. För att primärvården skall ha förutsättningar att utreda och ge lämplig vård till patienter med mer sammansatt problematik krävs utökade resurser. Personalens kunskaper om och förmåga att handskas med psykosomatiska, psykologiska och psykosociala problem måste öka. I en reservation anser ledamöterna från Socialstyrelsen och Saco att det inte är tillräckligt att öka personalens kunskaper kring

psykosomatiska tillstånd och psykosociala problem. Man måste tillföra personal med gedigen utbildning och erfarenhet kring dessa områden för att lyckas med rehabilitering. Som ett stöd till primärvården och en förstärkning av sjukvårdens rehabiliteringsansvar anser också utredningen det vara önskvärt att antalet rehabiliterings-medicinska kliniker utökas.

Arbetsmarknadsorganen avser i första hand Arbetsmarknadsinstitutet (AMI). Man understryker att Arbetsmarknadsverket även framledes har ansvaret för dem som saknar arbete. Försäkringskassan föreslås dock ha disponerade AMI-platser som skall utnyttjas för dem som har arbete, men där arbetsplatsen inte klarar rehabiliteringen eller inte klarar den utan hjälp utifrån. Eller för de som har ett arbete, men inte kan vara kvar och som behöver hjälp att klargöra sina förutsättningar och möjligheter att få arbete. AMI bör också kunna medverka med attitydpåverkan.

När det gäller arbetsgivaren föreslår man en skyldighet reglerad i lag, en sk arbetsplatsutredning. Arbetsgivaren skall där klargöra den anställdes behov av rehabilitering på arbetsplatsen. En sådan utredning skall genomföras när den anställdes arbete ofta har avbrutits av sjukledighetsperioder eller när den anställda har varit helt sjukledig längre tid än fyra veckor i följd eller när den anställda begär en arbetsplatsutredning. Arbetsplatsutredningen skall därefter komma försäkringskassan till del.

Rehabiliteringsmål

Kommittén är medveten om rehabiliteringsaktörernas olika ansvarsområden och att organisationerna därför inte har ett gemensamt mål för rehabiliteringen. Detta anses vara ett hinder för en effektiv resursanvändning. Man försöker ringa in rehabiliteringsmålen för att ange förutsättningarna till en samordning och anpassning av rehabiliteringsmålen till varandra.

Sjukförsäkringens rehabiliteringsmål är relaterat till den försäkrades arbetsinkomst före sjukdom eller skada. Den bygger på inkomstbortfallsprincipen. Målet med rehabiliteringen är att den enskilde så snabbt som möjligt, blir oberoende av bidrag och kan föra ett självförsörjande liv.

Hälso- och sjukvårdens mål är att så långt som möjligt återställa funktionsförmågan. Rehabiliteringen kan syfta till att förbättra en nedsatt funktion, bibehålla en uppnådd funktionsförmåga och att träna kompenserade funktioner. I första hand inriktar man åtgärden mot funktioner på organ- eller individnivå, även om slutmålet innefattar arbetsåtergång.

Socialtjänstens rehabiliteringsmål regleras i 3 pgf SoL. Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får den hjälp som de behöver. I princip kan kommunen inte avvisa någon som behöver hjälp utan skall

- antingen ge den hjälp individen behöver eller
- hänvisa till rätt instans.

Arbetsmarknadsverkets rehabiliteringsmål är att den enskilde skall finna, få och behålla ett lämpligt arbete.

Skillnaderna i rehabiliteringsmål kan leda till konflikter mellan de olika rehabiliteringsaktörerna och individen. Det delade ansvaret för rehabiliteringsåtgärder kan leda till problem under rehabiliteringsprocessen. För att förhindra att de skilda rehabiliteringsmålen trasar sönder helheten, föreslår kommittén att samverkans- och metodfrågor prioriteras. Man föreslår vidare att företrädare för de olika organisationerna får till uppgift att under en treårsperiod lokalt utveckla arbetsmetoder, arbetsrutiner och samarbetsformer utifrån erfarenheter från olika projekt, som föregått Rehabiliteringsberedningens betänkande. Man fastslår också att Socialförsäkringen med rehabilitering i förgrunden, är ett alltför viktigt forsknings- och utvecklingsområde för att lämnas åt slumpen. Kommittén anser att det finns ett klart behov av forskningsprojekt och att deras resultat redovisas systematiskt och kontinuerligt, så att de blir tillgängliga inte bara för forskare utan även för användare av olika slag.

Samverkan

Rehabiliteringsberedningen ägnar ett kort kapitel kring samverkansformer. Man konstaterar att samarbetet och arbetsformerna behöver utvecklas. Främst gäller det att i ett tidigt skede samråda med individen

och komma överens om en rehabiliteringsplan. Vidare föreslår man en lagstadgad skyldighet för rehabiliteringsaktörerna att samverka i rehabiliteringsfrågor. Skyldigheten skall bakas in i respektive organisations lagtextområde, men det är viktigt att inte alltför detaljerat reglera detta område, utan samrådet bör få utvecklas fritt utifrån de lokala och regionala förutsättningarna. Regleringen syftar främst till att understryka att varje rehabiliteringsaktör har en skyldighet att samarbeta med övriga rehabiliteringsaktörer i rehabiliteringsarbetet.

Beredningen ger två förslag som kan underlätta samarbetet. Dels att rehabiliteringsaktörerna deltar i en gemensam utbildning i samverkan och metodfrågor i rehabiliteringsarbetet. En ordentlig satsning på en sammanhållen utbildning och metodutveckling torde ge de största vinsterna ur samhällsekonomisk synvinkel. Dels bör särskilda insatser vad gäller utbildnings- och forskningsfrågor inom socialförsäkrings-området prioriteras. Beredningen tar upp samspelet mellan socialförsäkringen, arbetsmarknaden och andra sektorer i samhället som ett angeläget område att närmare studera och att sådana studier hittills bedrivits i mycket begränsad omfattning. I dagsläget är det huvudsakligen Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna som följer upp de lokala rehabiliteringsgruppernas funktion.

Representanterna från LO och TCO tar upp samverkansfrågor i ett särskilt yttrande. De anser att beredningens förslag är ofullständigt och att man inte i grunden har prövat de samverkansmodeller, som presenterats inför beredningen. Man har inte heller tagit initiativ till andra modeller.

Åter till Småort

I rehabiliteringsberedningens betänkande finns ingen djupare analys kring HUR samarbetet skall organiseras. Teorier och forskning kring "gruppen" som fenomen och den interaktion som sker mellan medlemmar i gruppen och interaktionen mellan grupper, kan jag inte spåra. Man hoppas att utbildning och rehabiliteringsprojekt skall lösa frågan så småningom. Beredningen ger heller inga klara direktiv hur ett rehabiliteringsteam skall vara sammansatt. Vilka experter som skall ingå, vilken av experterna som skall ha ledningsansvar etc. Är reservationer och yttranden ett sätt att hantera konflikterna och åsiktskillnader inom gruppen

rehabiliteringsberedningen? Som ringar på vattnet sprider sig osäkerheten kring de svårfångade begreppen samarbete och samspel till rehab-teamet i Småort.

Jag refererar återigen till min egen upplevelse av samarbetet kring vår uppgift i relation till Rehabiliteringsberedningens betänkande. Det huvudsakliga uppdraget var att stoppa bidragsberoendet. Rehabiliteringsberedningen lägger också tyngdpunkten på den oroande utvecklingen av alltfler icke arbetande och självförsörjande invånare i riket och hur man med olika styrmedel ska kunna förhindra att långtidssjukskrivna hamnar i de förtidspensionerades skara. Ekonomin spelar stor roll för att försöka locka till rehabilitering och beredningen genomsyras av den vinst, som tillfaller samhället genom att rehabilitera istället för att erbjuda förtidspension.

I Småort var också ekonomin ledstjärnan. Måttet på teamets resultat stod till hur många patienter som kunde avbryta sin sjukskrivning. Vi hade en ständig oro för hur bokslutet skulle gestalta sig. Vilken skam om vi inte kunde visa på vår lönsamhet! Vi trodde också på tanken att rehabiliteringen skulle lyckas, om vi fick patienter som inte hade varit sjukskrivna mer än högst ett par månader. Verkligheten som vi mötte var en annan. Jag minns inte en enda patient med den ideala, korta långtidssjukskrivningen och kanske är strävan efter den tidiga rehabiliteringen en myt. Myten fanns dock starkt förankrad hos oss och bidrog till vår frustrering. Likaså trodde vi på samarbete som ett givet begrepp, eftersom vi bildade ett team och experter i ett team samarbetar. Några regelrätta försök till en djupare intervention och förståelse av hur vi utvecklade vårt samspel i den inre och yttre ringen, tillsammans med patienter och omgivande organisationer, förekom aldrig. Möjligtvis var teamet i Småort en av de "lokala rehabiliteringsgrupperna, där man efteråt kunde studera vår funktion" och dra slutsatser inför forskningen av samspelet mellan rehabiliteringsaktörerna.

De professionella är också människor...

Min problemställning riktar sitt fokus på experternas samspel och samverkan i ett rehabiliteringsteam. Vilken betydelse har samspelet mellan

de professionella på rehabiliteringsarbetets resultat? Rubriken till stycket känns angelägen: De professionella ÄR också människor med fel och brister, lust och olust, starka och svaga sidor. Under den professionella ytan finns en person med en unik erfarenhet som också formar expertens yrkesutövning och samspel med omgivningen.

Medlemmarna i rehab-teamet i Småort representerade olika yrkeskategorier och samtliga hade en lång erfarenhet inom respektive yrkesroll. Det ansågs vara en fördel för verksamheten, att alla var väl förtrogna med sitt yrke. I samspelet blir ytterligare en aspekt intressant: Hur inverkar varje medlems personliga upplevelse av sig själv i yrkesrollen i relation till övriga medlemmars liknande uppfattning av sig själv och andra?

Olsson & Ljunghill (1993) använder begreppet "naiv teori" som syftar på de "föreställningar om oss själva, andra människor och omvärlden, vilka utgör premisser för våra handlingar i vardagslivet". I en förstudie inför en projektbeskrivning "Naiv teori i socialt behandlingsarbete" granskas socionomers personliga teorier avseende socialt behandlingsarbete. Av studien framgår att den egna, personliga förklaringsmodellen skapas i en komplicerad process där de övervägande inslagen är uppväxt, utbildning, arbetsorganisation och mötet med klienten/patienten. Vidare framkommer att behandlingsarbetet sällan följer de skolor teorier eller den officiella metodik som utarbetats. Man finner också skillnader i förklaringsmodeller som kan härledas utifrån den organisation socionomen är tillhörig. Tidigare studier inom vård och behandling visar också att professionella grupper ofta utvecklar en gemensam förklaringsmodell, utifrån vilken man handlar. Erfarenhetsbaserad kunskap eller tyst kunskap är svår att beskriva med ord och teorier, men den har en stark inverkan och enl Kronvall, Olsson & Sköldborg (1991) så utgör den kärnan i offentliga organisationer som har som uppgift att ansvara för vård och behandling.

Min delfrågeställning inriktar sig på att finna naiva teorier hos de olika experterna och på vilket sätt de personliga erfarenheterna och förklaringsmodellerna, kan bidra till förståelsen av samspelet i ett rehabiliteringsteam. Förutom socionomer genomgår troligtvis även de andra professionerna samma process. Frågeställningen huruvida de naiva

teorierna bryts och blandas kanske t o m är avgörande för behandlingsresultatet. Uppstår ett gemensamt synsätt, en rehabiliteringskultur, utifrån vilken medlemmarna kan relatera förslag till lösning?

Forskningsprocess

Metodik

I försöket att ringa in samspelet i ett rehabiliteringsteam och de mellanmännsliga processernas betydelse för behandlingsresultatet, har jag valt en kvalitativ forskningsmetodik. Grundstenen i min problem-ställning, är en önskan att förstå hur människor samarbetar kring en given uppgift. Hur varje medlem relaterar sin yrkesroll till de andras professioner, patienter och omgivande aktörer samt hur den personliga, naiva teorin influerar handlingsmönster.

Insamling av källmaterialet har skett utifrån litteraturstudier, deltagande observation under fyra, på varandra följande, teamkonferenser hos det utvalda rehabiliteringsteamet samt intervju av samtliga medlemmar i teamet. En gemensam diskussion med teamet, avseende de fyra observationstillfällena och intervjuer har genomförts.

Intervjuerna är inte strukturerade, utan har tre teman, över vilka de tillfrågade får reflektera.

Tema 1. Yrkeserfarenhet. Med underrubriker typ: Hur kommer det sig att du blev sjukgymnast, läkare etc? Hur många år har du arbetat som ...? Under alla yrkesverksamma år - finns det personer, åsikter, teorier som gjort starkt intryck på dig - vilka?

Tema 2. Team. Med underrubriker typ: Hur vill du beskriva ett team? Vilka ingår i teamet i Åberga? Vad är teamets gemensamma uppgift?

Tema 3. Patientfall. Jag väljer ett fall som diskuterats under deltagande observation, teamkonferens 2. Underrubriker typ: Vad tror du är orsaken till att X blev sjuk? Hur hjälper man X bäst? Vem kan ge X den bästa hjälpen? Vad tycker du att sjukgymnasten, arbetsterapeuten, läkaren, kuratorn, handläggaren från försäkringskassan skall göra i fallet X? Vad

tycker du vore den bästa lösningen för X? Vad tror du blir resultatet av rehabiliteringen för X?

I redovisningen av materialet har jag använt olika perspektiv, sk triangulering för att söka belysa problemställningen. Patton (1980), Starin & Svensson (1994). Min egen erfarenhet, eller förförståelse, är utgångspunkten, från vilken jag jämför den undersökta gruppen. Den tredje källan är studier av relevant litteratur, där jag försöker använda teorier som berör problemställningen, som hjälp att tolka resultatet.

Urvalsprocessen

Undersökningsgruppen är ett rehabiliteringsteam på en primärvårdscentral. Teamet innefattar läkare, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut och handläggare från försäkringskassan. Urvalsprocessen startar på ett forskningsseminarium på Socialhögskolan i Lund, där en kurskamrat ansvarar för temat: "Hur utvärderar man ett rehabiliteringsteam?" Lokalen är fylld till sista plats av intressenter från sjukvård och försäkringskassa och diskussionen handlar om hur samarbetet mellan olika grupper, som är engagerade i rehabiliteringen av långtidssjukskrivna, gestaltar sig. Vad är hinder och vad är positivt? Under seminariet förstår jag att min erfarenhet inte är unik. Det kan finnas gemensamma beröringspunkter i den rehabiliteringsverksamhet som nu byggs upp i projektform.

Kurskamraten har en projektanställning som kurator i ett rehab-team på en primärvårdscentral och vi har tidigare jämfört våra upplevelser. Kurskamraten är intresserad av min forskningsfråga och berättar att hennes team har funderingar kring rehabiliteringsarbetet och att man haft tankar på att engagera någon utomstående, som hjälp att komma vidare. Forskningsseminariet bidrar till mitt beslut att undersöka resultatet av ett rehabiliteringsteams arbete, med fokus på mellanmänniskliga processer, som jag är övertygad om påverkar behandlingsresultatet.

Nästa steg blir att färdigställa en forskningsplan och därefter spåra upp ett rehab-team med motsvarande besättning som i Småort. Jag skaffar en förteckning över alla rehabiliteringsprojekt som pågår i mitt eget landstingsområde. Jag ber samtidigt min kurskamrat efterhöra intresset för en undersökning, utifrån problemställningen, i ett rehab-team som verkar

parallellt i samma primärvårdsdistrikt. Det tilltänkta teamet tackar nej till erbjudandet. Fortfarande finns intresset i kurskamratens team och efter avslaget från den första gruppen, etableras kontakt med team nr 2. I redovisningen av observationer och intervjuer från urvalsgruppen, vill jag understryka att det således finns en tidigare relation till den person som innehar kuratorstjänsten.

Kritisk granskning av undersökningsmetoden

Jag har valt att möta teamet vid de tillfällen som medlemmarna finns i beslutsfattande situationer, dvs under 4 teamkonferenser. Förutom teamkonferenserna pågår det dagliga behandlingsarbetet, där teamet interagerar med övrig personal på vårdcentralen, träffar patienter i enskilda möten och i grupp och har kontakter med andra organisationer i distriktet. Det finns således många faktorer, utöver teamkonferenserna, som inverkar på teamets arbete. Jag är medveten om, att min återgivning av teamets samspel inte äger en absolut sanning utan snarare baseras på sanningen av mina upplevelser av samspelet. Metoden innebär också att jag själv deltar i den undersökta gruppens samspel och min närvaro under teamkonferenserna har ofrånkomligt inverkat i teamets interaktionsmönster. Svårigheten att kliva ur gruppen och försöka granska processen, med egna upplevelser som data, har ibland varit påtaglig. Sjukvårdens kultur är också min egen, dagliga livsluft.

Relationen till kurskamraten / kuratorn har rimligtvis påverkat min uppfattning av den undersökta gruppen och synen på kurators position i teamet. Kurskamraten är min bulvan in i organisationen, vilket också inverkar på gruppens uppfattning av mig som forskare och beredskapen att ta emot mig.

Hjälpmedlet för att kunna "kliva ur" och granska processen i undersökningsgruppen, har varit en noggrann skriftlig dokumentation av min etablering i teamet och de 4 teamkonferenserna. Dokumentationen har skett i omedelbar anslutning till varje konferens, där jag ur minnet försökt teckna ner alla händelser och mina egna reaktioner. Efter varje

kontakttillfälle har jag också provat att göra en kortfattad processanalys, ofta i en metafor. Vid alla intervjuer har jag använt bandspelare och sedan ordagrant skrivit ut varje medlems reflektioner kring nämnda teman. Granskningen av materialet från intervjuerna har jag också använt som en garanti för min tolkning av medlemmarnas personliga förklaringsmodeller.

Ytterligare ett hjälpmedel för min granskning av resultatet har varit den avslutande, gemensamma diskussionen med teamet. Mina upplevelser ställs mot teamets uppfattning och till stor del kan man känna igen min tolkning av samspelet och medlemmarnas roller. Protester finns givetvis också, särskilt efter min beskrivning av teamets metod att "remittera vidare" till andra instanser.

Problemställningen - hur samspelet i ett rehab-team inverkar på behandlingsresultatet - medger i sig ingen annan metod än den kvalitativa, enligt min uppfattning. Begreppet samspel kan inte objektivt mätas och redovisas i tabeller och procentsatser. Med reservation för de brister i undersökningsmetoden som redovisas, kan skildringen av samspelet i rehab-teamet vara ett utmejslat stycke som bidrar till kunskapen om den kompletta statyns unika form.

På spaning efter samspelet

Rehabiliteringsteamet i Åberga

Åberga är en liten tätort med omgivande landsbygd som ingår i Grytköpings kommun. Kommunen har c:a 20.000 invånare och är en ordinär kommun där människorna arbetar inom industri, handel, offentlig sektor och jordbruk. Många pendlar till sina arbeten, belägna i större orter i närheten. Primärvården är uppdelad i två vårdcentraler, en i Åberga och en i Grytköping.

Kuratorns berättelse

Under våren år 1 bildas en grupp med representanter från försäkringskassan och vårdcentralen i Grytköping. Gruppen får i uppdrag att planera för ett samarbete mellan primärvården och försäkringskassan när det gäller rehabilitering av långtidssjukskrivna i kommunen. Man har ansökt och beviljats projektmedel och träffas nu regelbundet, för att diskutera och få fram en lämplig samarbetsform. Gruppen gör studiebesök hos andra rehabiliteringsteam och man fortsätter att diskutera hur arbetet skall bedrivas under hela hösten år 1.

I inledningen av år 2 har man inrättat ett rehabiliteringsteam, som skall erbjuda sina tjänster till kommunens långtidssjukskrivna. Teamet består av överläkaren för primärvården, fast anställd och en kurator, chefgymnast och en representant från försäkringskassan. I slutet av år 1 har man annonserat efter ytterligare en kurator, som på en halvtidstjänst finansierad av projektmedel skall vikariera för ordinarie kurator. Tanken är att den fast anställda kuratorn skall använda 50% av sin tjänst till rehab-teamet. Efter en kort period byter kuratorerna tjänstgörings-område. Ordinarie kurator stannar som "vanlig" kurator och använder 25% av sin tjänst till rehabiliteringsarbete och den projektanställda socionomen placeras i rehab-teamet. Den ordinarie kuratorn försvinner sedermera helt, pga sjukdom.

I januari år 2 går teamet ut och erbjuder sina tjänster. Gruppen består fortfarande av chefsöverläkaren för primärvården, projektanställd socionom, chefgymnast och handläggare från försäkringskassan. Teamet är geografiskt placerat i Grytköping och tanken är att man skall ta emot patienter som remitteras från vårdcentralerna i Åberga och Grytköping. Försäkringskassan skall också aktivt anmäla försäkringstagare, som man bedömer i behov av rehabilitering. Teamet skall fungera som en expertgrupp, dit man kan vända sig för att, i första hand, få en bedömning och i vissa fall ska man också ta över behandlingen.

Under första halvåret år 2 är det få patienter som remitteras till rehab-teamet. Sanningen är att man nästan inte har några patienter alls! Varken distriktsläkare eller handläggare från försäkringskassan är intresserade av teamets kunskaper och finner vägar till rehabilitering på annat håll. En anledning till det svaga remissflödet, tolkas som att distriktsläkarna är kritiska till att en annan kollega i rehab-teamet skall syna deras arbete. Läkarna vill inte gärna lämna ifrån sig sina patienter. En liknande reaktion kan spåras hos handläggarna på försäkringskassan. Man vill hålla kontakt med den försäkrade och förstår inte på vilket sätt rehab-teamet skulle kunna göra en bättre insats. I rehab-teamet inser man att det inte går att driva projektet under nuvarande former och i slutet av det första halvåret, har man ett stort möte där de båda vårdcentralerna är inbjudna för att diskutera en förändring i samarbetsformerna. En idé är att man ska arbeta mer "nära" vårdcentralerna och inte, som nu, finnas som en byggkloss ovanpå.

I nästa steg reser den projektanställda kuratorn runt till alla vårdlagen (ett vårdlag består av distriktsläkare, distriktssköterska och undersköterska) och diskuterar deras syn på rehabilitering. Efter mötet med samtliga vårdlag, förändrar man organisationen till två rehab-team stationerade på respektive vårdcentral. Den projektanställda kuratorn flyttar till Åberga och blir samordnare för de båda rehab-teamsen.

Parallellt med rehab-teamets födslovändor, driver kommunen en verksamhet för långtidssjukskrivna och arbetslösa som kallas för aktiveringsprogram. Försäkringskassan och sjukgymnasterna vill att ett liknande aktiveringsprogram skall finnas för rehab-patienterna. Framförallt

vill försäkringskassan kunna erbjuda gruppverksamhet i ett aktiveringsprogram, så fort någon blir sjukskriven för att undvika passiva sjukskrivningar. Man ansöker om projektmedel hos landstinget, men får avslag med motivering att behandlingsdelen saknas i programmet. Efter avslaget diskuteras gruppaktiviteter livligt i rehab-teamet i Grytköping. Till sist får sjukgymnasterna i uppdrag att utarbeta ett förslag på program under förutsättning att befintliga medel kan användas. Sjukgymnasterna tar hjälp av den projektanställda socionomen och tillsammans presenterar man en gruppverksamhet där fysisk aktivering, pedagogik och gruppsamtal ingår.

Nu börjar också arbetsterapeuterna i primärvården agera. Arbetsterapeuter är en yrkesgrupp som förbigåtts, när rehab-teamet installeras. En av arbetsterapeuterna begär företräde inför gruppen och beskriver yrket och de specifika kunskaper man anser sig kunna tillföra rehabiliteringsverksamheten.

I slutet av det först halvåret år 2 prövar man att använda programmet med en patientgrupp. Sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator är entusiastiska och fortsätter med gruppverksamheten med befintliga medel under resten av året. Fortfarande är arbetsterapeuten bara med i gruppbehandlingen och ingår inte som medlem i rehab-teamet.

Byte av huvudman

Samtidigt som rehab-teamet söker sin form under år 2, prövar gruppverksamhet och lär känna arbetsterapeuterna beslutas att primärvården i Grytköping skall brytas ut från landstinget och i stället ha kommunen som huvudman. I utvärderingen av rehab-projektet i slutet av andra halvåret år 2, beskriver man de lyckade resultaten med olika former av aktivitet och behandling i grupp och söker extra tilldelning inför år 3. Konkret ur verksamhetsberättelsen, redovisar man resultaten från de två grupper som genomfört programmet i maj och september. I grupp 1 deltar 5 patienter i ett sex veckors rehabiliteringsprogram. Utvärderingen för grupp 1 visar att deltagarna är "i mycket bättre psykisk kondition", men också att fyra av dem inte är färdigutredda vilket utförs i slutet av sommaren. En av deltagarna visar tecken på att "vara i en utvecklingsprocess". För fyra personer finns efterarbete i form av

bassängsträning, Feldenkreiskurs och samtalsgrupp. Dessutom pågår "psykosocial och ergonomisk insats individuellt för två personer." I grupp 2 deltar 6 patienter med "kvantitativt resultat: En person tillbaka i arbete, två personer i arbetsträning, tre personer väntar på arbetsmarknadsåtgärder. Efterarbete för denna grupp: Fortsatt rehabilitering i grupp, två gånger i veckan. Muskelträning och bassängträning. Individuella insatser i form av kuratorsinsats för två personer samt arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska insatser för en person". Vid tidpunkten för utvärderingen har man startat grupp 3, men har av förklarliga skäl inga resultat att delge förrän programmet är slutfört. (Verksamhetsberättelse - Rehab-teamet i Grytköping. År 2.)

Till gruppens besvikelse får man avslag på begäran om extra medel för gruppverksamheten. Socialchefen stöder behandlingsformen, men försäkringskassan vill inte att teamet sysslar med behandling. Man vill enbart betala för bedömning av de remitterades förutsättningar till rehabilitering och förslag på åtgärder. Rehab-teamet kan inte förstå försäkringskassans ståndpunkt. I de diskussioner som föregått planeringen av gruppverksamheten, har handläggaren från försäkringskassan tagit del av planerna och resten av teamet uppfattar att försäkringskassan understödjer behandlingsformen i grupp.

Konflikt

Besvikelsen över försäkringskassans avståndstagande, leder till konflikt mellan primärvårdens representanter och handläggarna från försäkringskassan. Det första halvåret år 3 möts man i "ringside" kring gruppverksamhetens finansiering. Försäkringskassan tvekar OM man skall stödja verksamheten eller inte. Man vill helst köpa platser i gruppverksamheten likaväl som man kan köpa behandling i andra rehabiliteringsprojekt. De övriga i teamet förfäktar försäkringskassans strategi. Varför skicka iväg folk till olika ställen utanför kommunen, när resurserna finns runt knuten?

Två rehabiliteringsteam

Under det andra halvåret år 2 förändras rehab-teamets organisation. Efter diskussion med vårdlagen på de båda vårdcentralerna, inrättas två rehab-

team. Ett team i Åberga i vilket ingår den projektanställda socionomen, som funnits med i det ursprungliga teamet, en sjukgymnast och en arbetsterapeut. Samtliga fyra distriktsläkare är också involverade och deltar enligt uppgjort schema i teamkonferenser varje vecka. En handläggare från försäkringskassan kompletterar gruppen och finns också närvarande på teamkonferenserna. I Grytköping består teamet av en vikarierande kurator, en sjukgymnast, en arbetsterapeut och en läkare. Handläggare från försäkringskassan deltar i teamkonferenser. Man erbjuder patienter från både Åberga och Grytköping att delta i gruppbehandlingarna.

Byte av huvudman - igen!

När rehab-teamet i Åberga avslutar år 3 och börjar år 4, blir landstinget åter huvudman för primärvården. Man fortsätter att driva verksamheten efter de riktlinjer som inletts år 2, dvs två team med gemensam projektansvarig sjukgymnast och gemensam samordnande kurator. Arbetsterapeuter ingår i teamen, men är inte finansierade med projektmedel, utan har överskott på tjänster efter den sk Ädel-reformen. Gruppbehandlingen, som legat i malpåse år 3, är åter igång och är numera accepterad av försäkringskassan.

Rehab-teamet i Åberga andra halvåret år 4

Jag möter rehab-teamet i Åberga andra halvåret år 4. Man arbetar fortfarande enligt principen från andra halvåret år 2. Kurator, sjukgymnast, läkare och handläggare från försäkringskassan har alla varit med från början i Åberga. Däremot är arbetsterapeuten den tredje i ordningen sedan starten.

Rehab-teamet består således av:

Socionom. Samordnare och projektanställd på halvtid.

Sjukgymnast. Fast anställd på vårdcentralen och har en halvtidstjänst finansierad av projektmedel.

Arbetsterapeut. Fast anställd på vårdcentralen sedan januari år 4, men är halvtids tjänstledig för studier under året. Inga projektmedel avsatta men arbetsterapeuten beräknar sin insats i teamet till c:a 12 tim i veckan.

Fyra distriktsläkare. Alla deltar i tur och ordning i teamkonferenser enligt rullande månadsschema. En av läkarna, den ende mannen, representerar sina kollegor i t ex kontakten med försäkringskassan och är läkarnas "ansikte utåt" i rehab-projektet.

Handläggare från försäkringskassan. Arbetar heltid på försäkringskassan och deltar en gång i veckan i teamkonferenser.

Konturerna blir starkare

Jag väljer att möta rehab-teamet i beslutssituationer, dvs under 4 på varandra följande teamkonferenser. Teamkonferenserna äger rum en förmiddag i veckan under c:a 3 timmar per möte. Under teamkonferenserna planerar gruppen sitt arbete, diskuterar inskrivna patienter och tar ställning till nyanmälda remisser. I redovisningen av teamets samspel och synen på patienternas problematik, har jag mina egna anteckningar från observationstillfällena som källa. De insprängda citaten, härstammar från mitt eget observationsmaterial och tjänar som en förstärkning av reflektionerna kring gruppens samspel och diskussioner kring patienterna.

Första mötet med teamet i Åberga - etablering

Jag introduceras i Åberga av kuratorn, min kurskamrat. Hon har fått klartecken från chefsöverläkaren och teammedlemmarna att jag är välkommen att presentera mig själv och min forskningsplan. Kuratorn har också informerat chefen för försäkringskassan i Grytköping, som inte heller har något att invända mot förslaget. Mitt första möte med teamet sker på ordinarie teamkonferens, dvs den dag då alla är samlade. Teamet sammanstrålar i kuratorns tjänsterum, som är stort och ljust med en sitthörna, där fem karmstolar är grupperade runt ett litet soffbord. En medlem är inte närvarande vid min introduktion - handläggaren från försäkringskassan, som är på kurs. Läkaren anländer efter en kvart, pga ett patientärende och när alla är samlade presenterar jag min person och min forskningsfråga. Jag är litet nervös och har tänkt igenom hur jag skall framföra min idé, så att gruppen blir intresserad. Mina farhågor, att stöta på misstro och motstånd, kommer nästan genast på skam. *Innan jag har*

hunnit till tredje punkten i min presentationsplan, som handlar om den metodik jag vill använda, understryker läkaren det positiva i min forskningsfråga. Han tycker att det vore bra att få min infallsvinkel på rehabiliteringsarbetet belyst och de andra håller med.

Efter det först mötet med Åberga finns olika känslor och tankar. Lättnad över att få tillträde till organisationen och att man accepterar den metod jag vill använda. Oro över hur jag skall klara att kliva in och kliv ut ur gruppen. Jag känner mig hemma i miljön. Kulturen, atmosfären och diskussionerna är till stor del min egen verklighet. Litet besvikelse också. Det här var ju inget nytt! ...vi kastar oss in i jämförelser av egna erfarenheter av att arbeta i ett rehab-team inom primärvården. ...Läkaren talar om tunga och hopplösa fall och att förr blev de förtidspensionerade. Nu är det nästan tvärtom. ...Sjukgymnasten ställer sig frågan om rehabilitering har någon effekt? ...Från vårdcentralens sida reagerar man på försäkringskassans litet enkla syn på rehabilitering av långtidssjukskrivna. Det handlar mycket om pengar.

I gruppens interaktion upplever jag att kuratorn har en framskjuten position. Teamkonferensen sker i hennes tjänsterum. Kuratorn leder mötet och hon har en tjock pärm i knät, där alla remisser och övrig planering finns registrerade. Utifrån pärmens uppgifter talar hon om för de andra vad som tidigare har planerats och vilka åtgärder som skall vidtagas. Vill hon egentligen vara chef? Hon har tidigare sagt till mig att hon inte vill ha den här, visserligen framträdande, men ändå tunga rollen, att hålla ihop arbetet, överblicka planeringen och den framtida utvecklingen. Ändå är det så självklart att hon leder mötet. Jag kan känna hennes ambivalens i rummet. De andra verkar skjuta henne framför sig och förefaller nöjda med ansvarsfördelningen, med undantag för sjukgymnastens nålstick. Teamet berättar hur man prövat sig fram till nuvarande arbetsmodell, med två team placerade i Grytköping respektive Åberga. - "Det kommer jag ihåg", säger sjukgymnasten och vänder sig till kuratorn. - "Du ritade dina små blommor och talade om mini-team". Jag anar en vass underton i hennes, på ytan, kamratliga kommentar och upplever också att kuratorn sväljer och under ett ögonblick krymper litet. ...

Sjukgymnasten visar en tidningsartikel som handlar om att vi måste "stanna upp i livet och möta oss själva". Hon föreslår att man trycker

upp artikeln och delar ut den till rehab- patienterna. Kuratorn anser det bästa är att lägga ut artikeln i vårdcentralens väntrum och så blir det. ..

Många av de långtidssjukskrivna hamnande tidigare hos sjukgymnasten efter remiss från läkarna. Sjukgymnasten dignade ibland under allas förtroenden, farhågor och vändor. Det slipper hon numera, eftersom hon har teamet att vända sig till samt att kuratorn kan ta över.

Arbeterapeuten är den, som visar viss tveksamhet till min intervention i gruppen och hon hänvisar till sin bristande kunskap om rehabilitering, eftersom hon är ny i teamet. *Vänligt men bestämt förklarar jag för arbetsterapeuten, att även hennes åsikter är värdefulla. Kanske ännu mer än de andras, eftersom hon ser teamet med "nya och friska ögon". Kuratorn håller med mig. - "Det är precis det jag också har sagt", säger hon uppmuntrande till arbetsterapeuten.*

Arbeterapeuten är angelägen att komma in i gruppen. Förutom hennes tvekan, att anta mig som forskare, är hon den som också intar en litet undanskyld och avvaktande position. När hon deltar i diskussionerna, berömmar hon gruppens tidigare insatser i handläggningen av ett "tungt fall". De andra verkar ivriga att "stöta in" henne och liknande signaler strömmar mot mig - "vi tar emot dig" - och jag vet inte, om det är jag som förför gruppen eller gruppen som förför mig? *Kanske den olust jag känner litet vagt, handlar om det här? Är jag uppslukad redan?*

Samspelet under 4 teamkonferenser

Teamet ger återbud inför den första teamkonferensen via sjukgymnasten. Hon ringer mig dagen innan den planerade observationen och berättar att jag inte behöver komma, eftersom tre av de fem medlemmarna blivit sjuka. Teamkonferensen är inställd och tidsplanen förskjuts en vecka.

Under de 4 observationstillfällena deltar en ny medlem vid varje möte, dvs distriktsläkarna har ingen fast medlem utan avlöser varandra efter ett rullande schema. Läkargruppen består av tre kvinnor och en man. Den manlige läkaren har formell representationsplikt i rehabiliteringsfrågor. Under de tillfällen som jag följer gruppen, präglas stämningen av kurators beslut att lämna teamet vid årsskiftet, då hennes

anställningsperiod löper ut. Redan vid den första teamkonferensen berättar hon att hon fattat sitt beslut. Hennes skäl är en ökad arbetsbörda, eftersom hon har två halvtidsanställningar. Efter tvekan har kuratorn valt bort Åberga.

Kuratorns position i teamet är lika framträdande vid alla observationerna. Jag får en bild av ett basketbollag, där kuratorn är centerforward, med blick för spelet och en övergripande strategi som gör de andra trygga. Hon ser till att laget arbetar sig fram över planen och sätter ofta in den avgörande passningen för att bollen skall hamna i korgen. Hon kan också dribbla och passa bollen till de övriga i laget. Läkare, sjukgymnast och handläggaren från försäkringskassan är alla rutinerade spelare och nykomlingen, arbetsterapeuten visar också lovande talanger. Kuratorn är generös och låter henne göra mål i inledningen, som en uppmuntran. *Arbetsterapeuten föreslår att hon gör ett hembesök hos en patient och tillsammans med honom går igenom vad han kan och inte kan. Hon får gehör för sitt förslag av kuratorn och de andra. Kuratorn kan också ta kontakt med patienten om arbetsterapeuten uppfattar ett behov av stödsamtal från mannens sida.*

Vid 2 av de 4 teamkonferenserna är kuratorn frånvarande resp anländer efter patientdiskussionens avslutning. Hon finns dock med i teamets resonerande kring gruppens framtid och man är litet handlingsförlamad under hennes frånvaro. *Jag frågar handläggaren om den historiska bakgrunden till rehab-teamets tillblivelse, skriftliga utvärderingar etc. Handläggaren hänvisar till kuratorn. - "Det vet hon bättre än jag".. Handläggaren anser att det krävs eldsjälar, som kuratorn för att driva rehab-arbetet framåt.*

Sjukgymnasten tar fram sin pärm och berättar att kuratorn kommer först kl. 11.00 idag. Hon har talet med henne i telefon i går kväll, för att få information om vad som ska tas upp på dagens teamkonferens. ...

Läkaren frågar efter journalerna på dagens patienter. De finns inte framplockade. Det brukar kuratorn göra. ... Sjukgymnasten urskuldar sig litet över att rutinerna inte fungerar. Det märks att kuratorn inte är närvarande. -"Hon styr oss så hårt i vanliga fall ... hon tar ett stort ansvar", rättar sig sjukgymnasten. ...

Handläggaren beklagar att det inte fungerar som vanligt i teamet för närvarande. Det är synd att kuratorn slutar. Hon är så duktig och pådrivande. ...

Det omedelbara bekymret är hur man skall få en ersättare för kuratorn. Man enas om att fråga chefen, om inte kuratorstjänsten kan utannonseras redan nu. ...

Kuratorn får beröm av de andra för sitt sätt att leda förhandlingarna med patienten och hennes make. - "Det kan ni också. Man måste våga och konfrontera patienten med det man ser", säger kuratorn. ...

Sjukgymnasten får en tydlig roll som budbärare mellan patienter och läkare, mellan gruppen och andra intressenter. Sjukgymnasten ringer mig dagen innan teamkonferens 1 och meddelar att mötet är inställt. ... Sjukgymnasten har lovat Karl Karlsson att hon skall tala med läkaren idag. ... Läkaren vill att sjukgymnasten övertalar mannen att fullfölja den rekommenderade behandlingen under en månad. ... Sjukgymnasten föreslår att patienten kallas till nästa träff med teamet och mannen har frågat sjukgymnasten om hon kan ta med sig hustru.

Sjukgymnasten tar upp diskussionen med chefsöverläkaren, om inte kuratorstjänsten kan annonseras redan nu. ... Sjukgymnasten har lovat patienten att tala med läkaren om den nya behandlingen han vill pröva... Sjukgymnasten berättar att patienten tydligen har försämrats. Han har signalerat att han inte kan fortsätta med nuvarande arbetsuppgifter. ... Sjukgymnasten har föreslagit mannen att komma idag för en gemensam träff med teamet.

- "Vi får inte låta patienterna sitta emellan", säger kuratorn och ger sjukgymnasten goda råd hur hon skall formulera gruppens fråga till en privatpraktiserande sjukgymnast.

Arbetssterapeuten arbetar för att komma in i gruppen genom att vara tjänstvillig och lära sig reglerna. Hon är osäker på sin position, men prövar att komma med synpunkter som strikt hör hemma inom hennes ansvarsområde och verkar ivrig att teamet ska uppfatta hennes kunskaper.

per. Hon intar en försiktig och avvaktande hållning under alla observationstillfällena, men blir ändå mer tydlig för varje gång. Jag upplever också att arbetsterapeuten är den som är tveksam till min närvaro i teamet.

Man diskuterar det lämpliga i att patienten kör lastbil, eftersom han har värk i rygg och axlar. Arbetsterapeuten undrar hur pass tung lastbilen kan vara att manövrera. Förmodligen är den utrustad med servostyrning.

Arbetsterapeuten berättar att i bildgruppen, som hon leder, är patienten annorlunda. Där är han kreativ och spontan.

-" Det är synd att kuratorn skall sluta, men hur som helst måste vi hitta former för hur Vi ska jobba vidare", säger arbetsterapeuten.

Arbetsterapeuten kommer med en passus kring träning och hjälpmedel som skulle kunna underlätta för patienten. ... Klockan är nu 10.40 och var håller läkaren hus? Arbetsterapeuten erbjuder sig att gå ut och leta efter henne. Hon kommer på att hon också kan hämta journalerna på de tre patienter som man vill ta upp med läkaren.

Nu bryter arbetsterapeuten in. Patienten klarar inte att gå tillbaka till sitt ordinarie arbete. Hon föreslår att hon gör ett studiebesök hos arbetsförmedlingens projekt, tillsammans med patienten. ... Arbetsterapeuten vill inte släppa tanken på arbetsförmedlingens projekt. Där skulle patienten kunna arbetsträna t ex 2 timmar per dag.

Arbetsterapeuten undrar om jag skall var med i teamet under 4 månader? ... Det här är sista gången som jag deltar i teamkonferens och jag vill boka tid för intervju med var och en. Arbetsterapeuten har svårast att finna en lämplig tid, men föreslår till slut ett datum om tre veckor.

Handläggaren från försäkringskassan har en både gränssättande och stödjande roll i teamet. Hon visar den största entusiasmen över teamets arbete och är också angelägen att jag skall få ett gott intryck av Åberga. Handläggaren berättar att Åberga-teamet fungerar bäst. I Grytköping är det sämre med samarbetet. Där finns en läkare som är hopplös och flera på vårdcentralen har hoppat av. I Åberga är alla läkarna "toppen". ...

Handläggaren jämför Åberga med Grytköping, där det finns ett svalt intresse för rehab-verksamheten och det märks direkt på resultatet. ... Handläggaren frågar mig om jag tycker att det är ett rörigt resonemang i teamet? Hon beklagar att det inte riktigt fungerar som vanligt i teamet för närvarande

Hon ursäktar ibland sin "byråkratiska framtoning", men hon måste vara den som tänker på pengarna. ... Handläggaren tar upp nästa patient, Anders Andersson. Egentligen får hon inte bevilja honom sjukpenning under nuvarande förhållanden, men hon hänvisar till mannens speciella situation.

- "Vi ska inte känna att vi måste ta över allt som vi inte orkar eller klarar av", säger sjukgymnasten. Handläggaren instämmer och pekar på hur viktigt det är att den psykologiska biten fungerar. Att man är ett team. ... Inför nästa år tycker handläggaren att man måste förändra verksamheten litet, dvs inte ta för tunga patienter.

Det kan inte vara rätt att sjukskriva en patient som en annan läkare behandlar. Handläggaren undrar vad det egentligen är för läkare som patienten anlitar. Hon tror att det kan vara en "naturläkare".

Sjukgymnasten tycker att patienten är ganska gammal, snart 60 år. Hon kan ju också välja alternativet att sluta sitt arbete. Handläggaren replikerar omedelbart - "inte med försäkringskassans pengar i alla fall!"

Läkaren har för vana att alltid anmäla patienter till rehab-teamet, som hon sjukskriver mer än 14 dagar. Handläggaren tycker det är bra att anmäla patienterna tidigt. Då kommer de tunga fallen att sorteras bort efter hand.

Kommer patienten att klara av sitt arbete eller löper han risk att bli helt förtidspensionerad? Läkaren är rätt pessimistisk. Handläggaren citerar sin chef på lokalkontoret som säger att "alla kan arbeta 2 timmar om dagen" och därför bör ingen ha hel förtidspension.

Läkaren vill skicka patienten till en docent i grannkommunen för en medbedömning. Enligt läkaren har docenten ett gott renommé. Handläggaren protesterar och säger att alla som skickas till docenten kommer därifrån med diagnosen Fibromyalgi. Läkaren drar genast tillbaka sitt förslag.

Läkarna är svårast att ringa in, eftersom det inte finns en konstant medlem från läkargruppen i teamet. Genomgående har alla svårt att infinna sig i tid till konferenserna pga övriga åligganden och de bryter alltid upp innan tiden är ute.

Den aktuella lista är slut och läkaren har bråttom ut. ... Klockan är nu 10.40 och var håller läkaren hus? ... Man har nu gått igenom chefsöverläkarens patienter och hon är snabbt på språng ut genom dörren. ... -"Var är läkaren?" Någon har sett henne ute i korridoren. ... Läkaren har försvunnit strax innan paret tog farväl.

Läkarna deltar sällan i teamets diskussioner, som inte strikt rör patienterna. Undantaget är gruppens diskussion med chefsöverläkaren kring utannonseringen av den lediga kuratorstjänsten och den manlige läkarens resonemang med gruppen kring kurators avhopp och de tvivelaktiga och osäkra anställningsförhållande, som en projektjänst innebär. Läkaren menar att verksamhet, som egentligen borde vara självklar och permanent i primärvården, smygs in bakvägen via projektmedel. Arbetsgivaren utnyttjar de anställda på ett otillbörligt sätt genom osäkra projektanställningar.

I övrigt förefaller det som om handläggaren från försäkringskassan och läkarna sanktionerar varandras åtgärder. Läkaren vänder sig till handläggaren från försäkringskassan. Hon ser dystert på patientens framtid på arbetsmarknaden. ... Handläggaren vill informera läkaren om patientens nuvarande situation. ... Läkaren stödjer handläggaren och säger att hon inte tror att patienten är den utnyttjande sorten." ... Läkaren bekänner att hon inte kunde stå emot, utan var tvungen att sjukskriva patienten på halvtid under 2 veckor.

Som en sammanfattning av mina intryck av rehab-teamets samspel under de 4 observationstillfällena, återvänder jag till min metafor om basketbollaget. I kurators frånvaro går de andra upp och driver spelet

vidare. Ibland tar en läkare och sjukgymnasten hand om laget, tätt följd av handläggaren medan arbetsterapeuten hela tiden finns i försvaret. Handläggaren och sjukgymnasten turas om att skifta plats, men så snart kuratorn kommer tillbaka, lämnar de tacksamt över platsen i mitten till den riktiga centerförwarden. I hyllningskören runt kuratorn och beklagandet över hennes beslut att lämna gruppen, finns också starka undertoner av ilska och vrede. Vid min återföring till teamet, säger handläggaren spontant till kuratorn att hon också är arg över hennes avhopp.

I kuratorns frånvaro känner jag också hur laget sneglar på mig som sitter på avbytarbänken och inte vill vara aktiv, fastän jag mycket väl vet hur man spelar basketboll. *Min lust att kliva ur forskarrollen och i stället sätta mig i den tomma kuratorsstolen, växer. Under teamkonferensen vänder sig både läkare, sjukgymnast och handläggaren till mig och förklarar "hur det är". Ofta kastar man vädjande blickar till mig. Det känns svårt att stå emot. ...*

"När jag bryter upp från en teamkonferens säger handläggaren: -"Du kanske vill börja här?" Vi skrattar litet och jag hänvisar till en alltför lång resväg för min del."... "Vem vill söka en tjänst under så osäkra förhållanden? -"Vad tycker du?", säger läkaren och vänder sig uppfordrande till mig

Jag får också lust att hjälpa teamet med separationen från kuratorn och förlorar forskarrollen, när kuratorn vill ha mitt råd, huruvida hon skall delta i ett planerat internat med medlemmarna från de båda rehab-teamen i Grytköping. Under internatet är det meningen att man skall strukturera arbetet inför år 5. Kuratorn menar att hon ska ju ändå sluta och de andra skall tala om framtiden. Jag säger att jag tror att det är viktigt att hon är med, efter att ha lyssnat på de andra under dagen. -"Du menar av separationsskäl", säger kuratorn. -"Separationen måste väl också vara en del av framtiden", menar jag. -"Du är så klok", säger kuratorn.

Patienterna

I gruppens diskussioner kring patienterna, uppfattar jag kuratorns åsikter som avgörande hur man väljer att se på problemen och vilka lösningar som

är tillämpliga. Målet verkar ofta vara hur man skall kunna "bli av med dem". Lösningen är att remittera vidare till arbetsgivaren, "eget ansvar" eller företagshälsovården. *Handläggaren lovar att diskutera arbetsträning med patientens arbetsgivare. Kuratorn fortsätter: -"Skall inte den här mannen vara med i en gemensam diskussion med teamet därefter? Alla samtycker.*

Kuratorn ställer frågan varför alla blir så engagerade i patientens dilemma? Man kan också se det på så vis, att mannen vet spelreglerna och måste själv brottas med problemet och fatta sitt beslut.

Kuratorn menar att teamet inte har något att erbjuda patienten för närvarande. Han måste fatta sitt eget beslut. Alla håller med.

Kuratorn tycker att patientens problem också är relaterade till arbetsplatsen. Varför inte remittera till företagshälsovården, som får följa upp ärendet? Läkaren tar tacksamt emot förslaget.

Under de två teamkonferenser där kuratorn är frånvarande, blir synen på patienternas problem mer inriktade på medicinska och sjukgymnastiska behandlingar. Man reflekterar inte så mycket kring patienterna inre upplevelser och känslor och vad dessa har för inverkan på den enskildes situation. *Sjukgymnasten har undersökt patienten och tycker att revbenen var ojämna på höger sida.*

Läkaren bläddrar i journalen och finner att mannen har behandlats av en specialist på invärtes sjukdomar på regionssjukhuset i slutet av 70-talet.

Sjukgymnasten och läkaren för en diskussion kring medicinering och om patienten trots allt skall uppmuntras att pröva den kur som läkaren föreslagit.

-"Kan det vara psykogent", undrar sjukgymnasten? Det anser inte läkaren. Det finns nerver i ljumskregionen, som ibland kan vara inklämda och förorsaka just de smärtor som patienten beskriver.

Personliga sympatier och antipatier för vissa patienter styr också lösningsförslagen och blir tydligast under teamkonferens 3. *Läkaren har*

engagerat sig för den här mannen. Patienten fick erbjudande om en anställning, men han trivdes inte riktigt. Han ålades en arbetsledande ställning med okunnigt folk under sig. Han ska inte behöva ta ett arbetsledande ansvar. Läkaren tycker att mannen skall få en andra chans och lovar att ta kontakt med en tjänsteman på AMI.

Läkaren och handläggaren diskuterar Karin Persson. Handläggaren har talat med företagshälsovården, som inte kan göra något ytterligare för att underlätta patientens arbetssituation. Dessutom är hon en krävande person som aldrig är nöjd. Hon ställer alltid stora krav på andra.

Patienten har fått så många chanser. Någonstans går gränsen för vad man kan göra för henne. Hon måste ta eget ansvar.

Genomgående för teamkonferens 1, 2 och 3 är min upplevelse att man undviker patienterna genom att remittera till andra, sortera bort de flesta personliga mötena med patienterna på uppföljningslistan etc. Man övergår till uppföljningslistan. Handläggaren tar ledningen. De andra vill veta om man behöver kalla in samtliga patienter som står på listan. Det tycker inte handläggaren och sorterar snabbt ut många av patienterna, där hon vet att dess har kommit igång med någon form av arbete eller sysselsättning alternativt i kombination med halvt eller 3/4 sjukbidrag.

Ett begrepp som ständigt dyker upp är också de tunga patienterna, som jag blir mer och mer nyfiken på. Vad är egentligen en "tung patient"? Inför nästa år tycker handläggaren att man måste förändra verksamheten litet, dvs inte ta för tunga patienter.

Läkaren talar om tunga och hopplösa fall. Han har talat med en kollega som är rehab-läkare. Denne har varnat för att försöka rehabilitera urskillningslöst. De tyngsta fallen bör sorteras ut.

Kuratoren menar att man kanske stirrar sig blind på de sk tunga fallen. - "Varför tycker vi att somliga är så tunga och andra enklare?"

Under den 4:e teamkonferensen är villkoren litet annorlunda, eftersom gruppen har kallat in 2 patienter. Patient nr 1 är en ung kvinna med värk i rörelseorganen. Patient nr 2 är en ung man, som drabbats av en

hjärninfarkt. Den senare patienten deltar i mötet tillsammans med sin hustru. Båda patienterna accepterar min närvaro och maken till patient nr 2 säger att "*forskning skall man stödja.*"

I båda fallen är kuratorn sammanhållande och drivande. Innan gruppen möter patient nr 1 diskuterar man hennes problem och kuratorn *förklarar att patienten inte var mottaglig för argument kring sin arbetssituation eller hur hon skulle bemästra värken, under rehab-perioden i Åberga. En kamp om tolkningsföreträde kan också spåras mellan kuratorn och läkaren. Kuratorn menar att avslappning och kroppskännedom kanske vore en framkomlig väg numera. Patienten behöver hjälp med att se sina gränser. Läkaren tycker att kvinnan är så ung, att hon absolut inte får hamna i en sjukroll. Så menar inte heller kuratorn, utan just för att undvika att patienten hamnar i ett konserverande, inskränkt livsmönster, borde hon på ett tidigt stadium lära sig hantera sin smärta och spara på krafterna. Läkaren faller till föga och berättar att patienten säkert har det ganska pressat där hemma med flera små barn och dessutom hotas visst maken av arbetslöshet.*

I mötet med patient nr 1 förstärks min upplevelse av maktkamp. Kampen pågår på olika plan mellan patienten och gruppen, mellan patienten och läkaren samt mellan den läkare patienten har sökt upp i Norrort och rehab-teamets läkare. Patienten utmanar gruppen genom att driva sin egen linje, under en lydig och försynt täckmantel. *Patienten har inte orkat med heltid utan är halvt sjukskriven och arbetar halvtid. Hon har fått diagnosen Fibromyalgi av en läkare i Norrort och är lättad över, att hon vet vad hon har för sjukdom.*

Läkaren i Norrort har sagt till henne, att hon bör vara sjukskriven av den läkare på vårdcentralen som också arbetar i rehab-teamet. Annars blir det fel.

Patienten fick tidigare undervisning i avslappning och kroppskännedom, men tyckte inte att dessa övningar hjälpte henne, varför hon avbröt. Nu har hon regelbunden kontakt med en privatpraktiserande sjukgymnast i Grytköping som ger henne massage och värme. Hon deltar också i bassängträning en gång i veckan och vill gärna utöka till 2 gånger i

veckan. Sjukgymnasten skall undersöka om det finns möjlighet att utöka behandlingen enligt patientens önskemål.

Kuratorn tar också upp sina tankar kring patientens förmåga att lära sig leva med sin smärta och spara på krafterna på rätt sätt. Patienten håller artigt med henne.

Läkaren bryter in och frågar patienten vad för slags specialitet Norrortsläkaren har?... Norrortsläkaren har givit patienten en medicin som ökar ämnesomsättningen, fastän hennes värden är normala. Patienten känner sig faktiskt litet piggare. ... det märks att läkare blir upprörd. Hon talar om för kvinnan att HON aldrig skulle ge en sådan medicin om proverna är normala. Hon frågar patienten om hon får kontakta Norrortsläkaren och ta del av kvinnans journalhandlingar.

Kuratorn försöker summera mötet med patient nr 1 genom att säga till gruppen att "det finns mer i den här kvinnans liv, som hon borde ha hjälp att bearbeta". Meningen känns som en kliché utan innehåll. Som ett sätt att formulera en besvikelse att patienten valt bort rehab-teamet i Åberga, eller egentligen skaffat det hon vill ha, en garanti för fortsatt sjukskrivning på halvtid?

I mötet med patient nr 2 har teamet också överläggningar om strategin, innan man kallar in patienten och hans hustru. Patienten har remitterats till primärvården av en rehabiliteringsklinik, där han vårdats efter att ha drabbats av en hjärninfarkt tidigare under året. Sjukgymnasten har träffat patienten, som klagat över den dåliga samordningen av rehabiliteringen inom primärvården. Handläggaren har samma uppfattning som sjukgymnasten, dvs att mannen har svårt att acceptera sin situation och gärna låter sitt missnöje gå ut över vården. Tanken med dagens möte, är att försöka upprätta en behandlingsplan och samtidigt förhindra att patienten sprider sitt missnöje och "spelar ut" de behandlare som har kontakt med honom.

Mötet med patient nr 2 och hans hustru domineras av kuratorn som håller i strukturen och vågar möta mannens ångest och vrede över sitt handikapp. Kuratorn är starkt koncentrerad på att konfrontera och dra tillbaka.

Kuratorn fångar in honom och konfronterar honom med den svåra omställning som han är tvingad att möta. Patienten får tårar i ögonen och erkänner att visst är det så. ... Kuratorn tar upp patientens rätt att få hjälp att bearbeta känslor och tankar i omställningsprocessen. Det kanske inte är så konstigt att den yttre världen fungerar otillfredsställande om det är kaos inombords. ... Kuratorn håller fast vid den svåra omställningen som patienten går igenom och mannen håller med henne. Att få hjälp i det här arbetet måste vara EN del i rehabiliteringen.

Teamet sitter i en cirkel tillsammans med mannen och hans hustru och i början låter man kuratorn gå i täten. Därefter sluter var och en upp och hjälper till. Jag upplever inte att patient nr 2 splittrar gruppen, utan snarare att man sluter sig som en ring runt honom. Patienten kastar sig in i en debatt om principen att dela ut hjälpmedel i början eller allt eftersom problemen dyker upp. Att det måste bli ett problem innan han kan få tips om hjälpmedel. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten hjälps åt att förklara. Det kan vara lika fel att visa på hjälpmedel, innan patienten har upplevt att han har ett problem. ... Kuratorn och läkaren går också in och företräder linjen med hjälpmedel när problem uppstår.

Vid ett annat tillfälle hjälper läkaren och arbetsterapeuten varandra. Läkaren förmanar patienten att ta det lugnt och undvika att hamna i ett stressigt tempo. Arbetsterapeuten föreslår mannen att unna sig en vilovecka, vilket kan vara bra när man uppnått en plåtå.

Även hustrun hjälper gruppen och understödjer kuratorn när hon påpekar att mannen behöver hjälp att bearbeta omställningen. Kuratorn avrundar mötet med att hålla med hustrun och ger patienten uppmuntran och stöd genom att konstatera att "-nu gäller det att ta fatt i den situation man befinner sig i och göra det bästa av den".

Efter avslutningen med patient nr 2 och hans hustru, pustar gruppen ut. Kuratorn ställer sig vid fönstret och drar fingrarna genom håret och säger att "-den mannen har förmåga att förlägga sitt inre kaos på den yttre omgivningen". Mitt intresse går till de andra i teamet. Är alla nöjda med sina positioner? Har de kanske inte en chans eftersom kurators inflytande är så stort? Jag kan också vända på begreppen: Kuratorn har uppfattat

gruppens ångest inför mötet med patient nr 2 och svarat på den tysta uppmaningen att gå i täten. Synen av kuratorn vid fönstret efter "matchen", ger ett intryck av ensamhet.

Hur tänker experterna i Åberga? - Personliga förklaringsmodeller

I försöken att belysa hur samspelet i ett rehab-team påverkar behandlingsresultatet, blir ytterligare en aspekt intressant. Hur inverkar varje medlems personliga upplevelse av sig själv och sin yrkesroll ställd i relation till de övriga medlemmarnas uppfattning om sig själv och andra? Olsson & Ljunghills undersökning (1993) visar att socionomer skiljer på skolteorier och personlig, erfarenhetsbaserad kunskap. Processen är komplicerad och konstrueras bl a på basis av den egna uppväxten, utbildning, arbetsorganisation och mötet med klienten/patienten. De naiva teorierna har en stark inverkan i organisationer, som har som uppgift att ansvara för vård och behandling och kan t o m utgöra kärnan i experternas arbetsmetodik, enligt Kronvall, Olsson & Sköldborg (1991).

Förutom socionomer genomgår troligtvis andra professioner en liknande process. Intervjuerna med medlemmarna i rehab-teamet i Åberga, har som syfte att söka finna de professionellas personliga förklaringsmodeller. Hur de naiva teorierna möts och blandas. Finns det skillnader i förklaringsmodeller eller uppstår ett gemensamt synsätt, från vilket man tolkar patienternas problem?

Intervjuerna har tre teman, över vilka de tillfrågade får reflektera: Yrkeserfarenhet, teambegreppet samt ett patientfall, som jag väljer ut från teamkonferens 2. Som kriterium för valet av patientfall, är min enda tanke att välja ett ärende, där alla i teamet haft kontakt med patienten. Valet faller på patienten Martin Magnusson, som också visar sig vara en representant för de tunga fallen, vilket ytterligare bidrar till mitt intresse att ta del av medlemmarnas reflektioner kring vad som karakteriserar en tung patient.

Under intervjuerna har jag använt bandspelare och därefter dokumenterat varje intervju ordagrant. Intervjuerna har sammanfattats vid redovisningen, men medlemmarnas egna ord används till övervägande del.

Resumé av fallet "Martin Magnusson, 50 år"

Patienten är en 50 år gammal man. Han har ett sjukbidrag, 75% och arbetar som lastbilschaufför resterande 25%. Han har haft kontakt med rehab-teamet under år 4 och vid konferens 2 diskuterar man hans situation. Man ifrågasätter om det är lämpligt att mannen arbetar som lastbilschaufför, med tanke på att han har värk i rygg och axlar. Arbetsterapeuten funderar över hur tung lastbilen är att manövrera och att den förmodligen har servostyrning. Kuratorn har haft enskilda samtal med mannen och han deltar nu i den samtalsgrupp som kuratorn leder. I samtalsgruppen har han länge varit litet utanför, men ändå deltagit. Kuratorn menar att patienten behöver gott om tid. Patienten är ensam och bitter, men har öppnat sig litet och gruppverksamheten betyder mycket för honom.

Arbetsterapeuten berättar att patienten är annorlunda i bildgruppen. Där trivs han och är kreativ. Sjukgymnasten träffar patienten en gång i veckan och ger honom "helhetsbehandling" och det har vid några tillfällen givit en viss, kortvarig smärtlindring.

Patienten tillhör de tunga fallen och kommer han att klara av sitt arbete eller löper han risk att bli helt förtidspensionerad? Läkaren som sjukskriver honom är rätt pessimistisk. Handläggaren från försäkringskassan, som har aktualiserat patienten i rehab-teamet, citerar sin chef som säger att "alla människor kan arbeta 2 tim /dag" och därför bör ingen få hel förtidspension

Kuratorn - samordnaren

Yrkeserfarenhet

Kuratorn tvekade i valet mellan psykolog och socionom, men bestämde sig för att söka till Socialhögskolan. Mycket för att hon trodde på möjligheten att förändra samhället och att hon ville arbeta med den målsättningen. I sin ursprungsfamilj hade kuratorn ett äldre syskon, som drabbades av psykisk sjukdom i tonåren. Minnet av hjälplösheten som förlamade familjen, tror hon också finns med i hennes val av yrke. *Det måste finnas möjlighet att hjälpa människor som har det svårt. Människor som har det svårt ska inte stå utan hjälp.* Man måste få hjälp att växa.

Kuratorn har varit verksam som socionom i 10 år. Tjänsten i rehab-teamet var hennes första möte med socionomrollen inom sjukvården.

När det gäller Åberga och rehab-teamet är hon ibland tveksam till resultaten. *"Gör vi någon nytta?"* Patienterna kanske skulle klara sig lika bra utan rehab-teamet? Samtidigt kan hon se, att för en del individer, har kontakten med teamet medfört att de kunnat komma tillbaka till arbetet och kanske en bättre tillvaro. Men periodvis har det bara känts tungt. Det har tagit väldigt lång tid, innan man börjar se att insatserna för patienterna ger resultat. Kuratorn återkommer till att hon faktiskt INTE VET om teamet gör någon nytta eller inte! Hon vet bara att vissa patienter har mått bra av rehabiliteringen, men tillägger att hon å andra sidan inte vet något om de, som inte varit remitterade till teamet.

Känslan av tvivel på resultatet av verksamheten sliter hårt. Det sliter, eftersom det krävs så enormt mycket att driva det här jobbet. När hon använder ordet driva så menar hon verkligen det! Kuratorn känner, att det är hon som drivit väldigt mycket. Det har tagit lång tid och kanske hon har haft en övertro, att det skulle gå mycket snabbare.

Kuratorn har deltagit i rehab-projektets utveckling från ett team till två team, som finns placerade på de båda vårdcentralerna. Hon tycker att hon kan se hur andras konflikter påverkat teamets utveckling och arbete. Som exempel nämner hon försäkringskassan och att hon efterhand förstått, att

interna konflikter påverkat handläggarnas inställning till rehab-teamet. Samtidigt menar hon att sådana konflikter ingår i livet, på något vis. Hon konstaterar att "så är det" och man kan inte undvika dem.

Definition av teambegreppet och den gemensamma uppgiften

Kuratorn definierar team i ett ord - samarbete!

På frågan vilka som ingår i rehab-teamet, menar kuratorn att hon först får en bild av de som har VARIT med. I Åberga var det från början kuratorn och sjukgymnasten och arbetsterapeut 1. Sedan försökte man få in läkarna på schema och därefter kom handläggaren från försäkrings-kassan. I nästa steg byttes arbetsterapeut 1 ut mot arbetsterapeut 2, som snabbt kom in i teamet. Så försvann arbetsterapeut 2, eftersom hon vikarierade för nuvarande arbetsterapeut 3. Det har varit jätteslitsamt! Idag består teamet av kurator, handläggare från försäkringskassan, sjukgymnast, arbetsterapeut 3 och de fyra läkarna. Men teamets kärna är ändå paramedicinarna (sjukgymnast, kurator, arbetsterapeut) plus handläggaren från försäkringskassan. Som en vallmo. Kärnan är paramedicinarna med försäkringskassan och bladen är läkarna som kommer in tillsammans med sin patient.

Kuratorn säger att teamets uppgift är att göra en bedömning av en patient. Bedömningen innebär att man skaffar sig en bild av patientens problematik. Man gör en probleminventering och föreslår åtgärder. Sedan har det hela tiden varit väldigt förvirrande. När är det bedömning och när är det inte bedömning och i stället behandling? Det har man diskuterat gång på gång. Men bedömning skall kallas för helhetsbedömning och den skall vara skriftlig.

Patientfall

Kuratorn menar att anledningen till att mannen blev sjuk är jättekomplicerad! Orsaken är att han har varit med om en bilolycka. Men innan bilolyckan hade han varit med om en skilsmässa. Innan skilsmässan hade han ett väldigt svårt äktenskap. Under äktenskapet så hade han försökt anpassa sig till ett liv, som han egentligen inte mätte speciellt bra av. Vid olyckan skadades både han och barnen. Ett av barnen har

fortfarande besvär av olyckan. Vid olyckan så upplevde patienten sig väldigt kränkt av den som körde på honom. Den situationen, att bli påkörd och hur omgivningen reagerade och den här mannen som körde på honom, det gjorde att han kände sig kränkt. Här finns många, många pusselbitar.

Sedan börjar han valsa i sjukvården och upplever att det inte är någon som kan hjälpa honom. Dessutom uppfattar han sjukvården på så vis, att varje gång han får kontakt med någon som hon TROR kan hjälpa honom, så försvinner den personen. Det här har gjort att rehab-teamet har haft ett jätteproblem. Att bara få honom att komma, att köra lastbil med oss som man säger. Han har väldigt svårt med tilliten. Han tror att om han börjar lita på teamet, så sticker de. Detta har varit huvudproblemet för rehab-teamet, när det gäller patienten.

Kuratorn tror, att olyckan kanske hindrat patienten i det han var på väg att jobba sig igenom, dvs skilsmässan. På så vis blir olyckan en katastrof. Patienten bekräftar något i stället för att göra sig av med det. Kuratorn tror att de somatiska symtomen är en väldigt liten del av mannens problematik. Problematiken ligger i alla möjliga känslor från situationer som han varit med om, som han bara har kapslat in i sin egen kropp.

Kuratorn har stått för något när det gäller teamet och patienten. Att försöka bygga upp en relation till honom. Att stå pall. Att orka med honom. Att han försvinner och kommer tillbaka och försvinner ... I början av kontakten med teamet stod kuratorn för, att när patienten försvann, låta honom känna att man brydde sig. Vara beredd att låta honom testa teamet. Testningen ledde till att han började komma till sjukgymnasten, så småningom.

Patienten har också deltagit i gruppverksamheten, men han hade alla hinder som gick att finna. Kuratorn har haft honom i samtalsgruppen. Han är den som inte säger så mycket. Ett tag började kuratorn tvivla på, att hennes sätt att möta patienten var det rätta. Det här att den här gruppen finns för dig. Kom! Kom och gå, kom och gå! När kuratorn börjar släppa igen, så det här ... "håll inte på". Fortfarande kämpar kuratorn med att patienten får komma och kolla om teamet står pall.

Det bästa sättet att hjälpa mannen, är den här formen av samtalsbehandling, tror kuratorn. Att bygga upp ett förtroende, där patienten vågar komma. Sjukgymnastens helhetsbehandling, som ger honom möjlighet till avslappning och avspänning, är också väsentlig. Sedan säger patienten ofta att det inte händer någonting, "ingenting hjälper mig". Han är väldigt mycket så. Det gör att medlemmarna i teamet blir trötta, orkar inte med. Att ändå försöka hålla näsan ovanför vattnet, för det är faktiskt så att det händer förändringar. Det är en jätteförändring att han kommer till sjukgymnasten varje gång. Det är en jätteförändring att han kommer till kuratorn. Det är en jätteförändring att han kan säga "så här litet bättre var det, när jag var hos sjukgymnasten förra gången". Det här är egentligen ingenting och då är det ändå någonting.

Kuratorn tycker också att mannen finns under rubriken tunga patienter. När kuratorn skall försöka definiera en tung patient menar hon, att det är en patient som ger en känsla av tyngd. Det kan finnas olika anledningar, men i mannens fall så är det, det här långa motivationsarbetet som är så tungt. Att inte ge upp i sådana möten. Det är det allra tyngsta. Att känna att teamet håller på att ge upp. Den ena efter den andra känner att ... "NÄÄÄ". Det är de som är tunga patienter. De är tunga i sig själv, eftersom de inte har någon tro. Patienten har väldigt liten tro på, eller ingen tro på förändring. Det är jättetungt!

Kuratorn tycker inte att någon enskild i teamet kan ge patienten den bästa hjälpen. Man måste stötta varandra i teamet, när man har tunga patienter. Mannen har varit i bildgrupp hos arbetsterapeuten. Där hände det jättemycket saker, men han avbröt efter två gånger. Det är möjligt att patienten blottade sig så totalt i sina bilder, att han inte klarade av att komma. Hans bilder gav mycket till de andra. Det är ett bra sätt att jobba med patienten, i bilder. Bildgruppen med arbetsterapeuten, helhetsbehandlingen hos sjukgymnasten och samtalsgruppen hos kuratorn är nog den bästa hjälpen. Sedan behöver patienten läkaren ibland. När han tror att det är något stort fel i kroppen. Patienten behöver egentligen alla i teamet, anser kuratorn.

Kuratorn vänder också på resonemanget. Hon tror inte att någon i teamet, ensam hade klarat patienten. Hon tror inte att läkaren hade klarat honom själv och hon vet att hon inte heller hade orkat med patienten helt själv.

Man kan dock säga, att i allt detta så finns inget behov av försäkringskassan. Handläggarens jobb är i stort sett att ta upp patienten i teamet, sedan kan hon försvinna ur bilden. Därefter är det teamet som gör jobbet.

Försäkringskassans mål med patienten är nog också samma mål som behandlarna ställer upp, tror kuratorn. Hon tror att handläggaren från försäkringskassan är ganska klar över, att behandlingen tar tid. När det gäller patientens möjlighet att bryta sjukskrivningen, så vet inte kuratorn om försäkringskassan har någon tanke på att mannen ska kunna arbeta igen. När man anmäler honom till rehab-teamet, ser man snarare en risk att han kan försämrats ytterligare. Att bevara hans 25% och öka på hans livskvalitet. Kuratorn uppfattar försäkringskassans uppgift, som att ta det lugnt under behandlingen, under processen och finnas i bakgrunden. Kanske titta på ärendet längre fram.

Den bästa lösningen för patienten, är att ge honom inblick i vad som är möjligt för honom. Därefter stötta honom att ta ställning till vad han vill ha hjälp med. Kuratorn menar, att hon inte kan svara på vad som är bäst för patienten. Hon vet inte vad som händer inom patienten, men hon anser att det är rimligt att mannen har kvar sitt sjukbidrag och jobbar 25%, om han kan det. Kuratorn är rätt så säker att det har hänt saker under det här året, som är rätt så positiva för patienten. Det är egentligen mycket svårt att ta ställning till. Kuratorn skulle vilja ge rådet: -"Kolla av. Är patienten beredd att fortsätta slita som hon gjort, dvs slita med sitt inre. Kan vi ge henne det hon behöver?" Resultatet av rehabiliteringen, kan vara att patienten mår bättre. Kanske att han längre fram kan jobba halvtid, kanske t o m mer. Kuratorn tror att det lossnar.

Sjukgymnasten

Yrkeserfarenhet

Sjukgymnasten har arbetat i yrket i 27 år. Från början ville hon bli gymnastiklärare, men förstod ganska snart att hennes meriter inte räckte till. En skolsköterska föreslog henne att istället utbilda sig till sjukgymnast. Under årens lopp har hon ofta tänkt, att hon skulle ha ett annat arbete. Det har varit svårt att se, vad det har varit för nytta med det hon har gjort. Känslan av tvivel har alltså varit stark i perioder, men å andra sidan har hon aldrig kunnat finna lockelsen i ett annat yrke. I Grytköping har hon varit anställd i 18 år. Totalt lägger sjukgymnasten 20 av sina 33 timmar på arbetet i rehab-teamet.

Sjukgymnasten har alltid tyckt att mötet med en patient varit spännande. De tekniska kunskaperna har alltmer kommit i skymundan. Hon har gått på många kurser och borde egentligen känna att hon kan rätt mycket. Inte förrän de senaste åren tycker hon att hon "fått ihop det". Till stor del beror det nog på samarbetet med kuratorn i rehab-teamet. Här finns någon som hon kan prata med på samma nivå och som kan komma med ett annat perspektiv. Det har känts bra.

Sjukgymnasten har sökt andra former för behandling, än den traditionella sjukgymnastikens. Hon har nyligen gått en kurs i psykiatrisk och psykosomatisk sjukgymnastik. Hon har fått lära sig väldigt mycket bla att ta upp ett status som kallas för "Buncan-status", efter en norsk sjukgymnast. I Norge ligger man litet före oss i Sverige och är mycket inne på sambandet mellan kropp och själ. Undersökningen går ut på att man tittar på patientens hållning. Visserligen tittar alltid sjukgymnasten på patienternas hållning, men här angriper man det litet annorlunda. Man tittar var andningen sitter i kroppen. När patienten står upp så tittar man också på funktionen. Hur han/hon rör sig. Vissa rörelser gör sjukgymnasten passivt och försöker känna om det är "mycket motstånd". Håller patienten emot eller hjälper han/hon till eller kan slappna av o dyl. Sedan får patienten lägga sig ner på rygg och då tittar man på "omställbarheten". Normalt när man lägger sig ner på rygg, så sjunker andningen ner litet djupare och axlarna sjunker också tillbaka. Men hos en patient som inte

mår bra och som inte kan slappna av, där kan det t o m förvärras. Kanske han/hon börjar andas fortare. Här tittar man på andningsrytmen och kallar det då för "hur mycket vitalitet det finns i kroppen" eller flexibilitet. Musklernas stelhetsgrad bedömer man också efter en skala från noll till fem.

Efter att ha upprättat ett Buncan-status kan sjukgymnasten avgöra hur hon skall gå vidare med behandlingen. T ex med olika typer av kroppskännedomsövningar eller massage. Inom den psykosomatiska sjukgymnastiken tror man väldigt mycket på massage. Man menar att det bekräftar patienten.

Sjukgymnasten tycker att hon har god nytta av de kunskaper hon fått från den psykosomatiska sjukgymnastiken, när hon möter patienter i rehabprojektet. De flesta har någon form av kronisk smärta och då försöker hon göra ett liknande status, för att se hur belastad patienten är och på vilken nivå behandlingen skall inledas. Sedan måste patienten också vara motiverad för behandlingen, något som är mycket viktigt. Sjukgymnasten menar att man borde kartlägga patienternas motivation, innan alla insatser och behandlingar sätts in. Just nu är sjukgymnasten uppfylld av den här alternativa sjukgymnastiken. Det är väldigt, väldigt spännande! Det kan vara en möjlighet att komma vidare.

Definition av teambegreppet och den gemensamma uppgiften

Sjukgymnasten definierar begreppet team som: - Att man är olika yrkeskategorier som samlas om samma patient. Hon anser att rehabteamet i Åberga består av arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och en handläggare från försäkringskassan. Sedan kallar man in läkarna.

Sjukgymnasten anser att teamets gemensamma uppgift är att hjälpa patienten att se vilka vägar det kan finnas, för att komma igenom problemet. Lösa situationen.

Patientfall

Sjukgymnasten har haft kontakt med patienten i snart ett år. Han anmälades till rehab-teamet av handläggaren från försäkringskassan. Anledningen till mannens besvär kan härledas från en sk whiplash-skada för c:a 9 år sedan. Det händer ofta att patienter med en sådan skada får symtom långt senare, ibland ett par år efter det att skadan inträffat. Sjukgymnasten tycker att det är jättesvårt att förstå varför det blir så. Hon har inte riktigt klart för sig vad som är psykosocialt i den situationen. Kuratorn har ju fört fram att patienten fick den här skadan, har gjort att han har kunnat skylla så mycket av sin livssituation på den. Problem som han hade redan innan. Litet måste det ju ligga i det, men det är jättesvårt. När patienten beskriver sina symtom, så låter det ju, som det kan vara förträngningar någonstans ifrån. Men den här patienten är svår, psykiskt.

Sjukgymnasten vet inte riktigt hur hon ser på mannens möjligheter att klara sitt arbete. Patienten har själv ordnat med sin utbildning till lastbilschaufför. Egentligen borde jobbet vara svårt med hans skador. Men det kanske är bra att han har någonting, så att han inte fastnar helt. Å andra sidan har han inte arbetat sedan i somras, eftersom han är helt sjukskriven och har inte fastnat mer för det.

Sjukgymnasten menar att patienten är ett tungt fall. Sjukgymnasten ser det tunga som att mannen är en patient som "inte vill". Han vill hela tiden visa hur dålig han är. Ibland har sjukgymnasten sett mannen på avstånd, snyggt klädd och han kan sträcka på sig och se riktigt flott ut. Men sedan, när han kommer till sjukgymnasten så ... ååh, det är knappt han får benen med sig och han ser så lidande ut. Han vill vara fast i det där, att han är så dålig. Det är svåra patienter, som inte kan ta åt sig, när de ser att det går bra. Det vore ju roligt, tycker man, positivt. I mötet med sådana patienter, är det tungt att vara behandlare.

Sjukgymnasten menar att hennes insats för patienten, är att få honom att känna att han i alla fall kan röra sig litet grann. Hon har inte mött patienten med traditionell sjukgymnastik utan har försökt litet med det här som kallas kroppskännedomsträning. Men det hade patienten ingen nytta av. Det gjorde för ont. Nu prövar sjukgymnasten den sk helhetsbehandlingen efter modell från psykosomatisk sjukgymnastik. Helhetsbehandlingen

innebär att man ger massage över hela kroppen. Behandlingen tar lång tid, men tanken är att den stimulerar känslan och möjligheten att få kontakt med sin kropp. Efteråt får patienten slappna av och han har sagt att det här är det enda som hjälper honom.

När det gäller de andras roll i behandlingen, menar sjukgymnasten att läkaren ansvarar för sjukskrivning och medicinering. Kuratorn träffar patienten i samtalsgruppen. Den förra arbetsterapeuten gjorde hembesök hos patienten, våren år 4 för att se om han kunde ha nytta av vissa hjälpmedel i hemmet. Handläggaren från försäkringskassan anmälde patienten till teamet, eftersom hon tyckte att patienten hade genomgått så många behandlingar och ingenting hade hjälpt. Patienten är ett sådant fall, som man kan fråga sig hur mycket man skall försöka och satsa på honom.

I den aktuella situationen tror sjukgymnasten att det kanske ändå är hon, som bäst kan hjälpa patienten. Mannen vill ju inte riktigt komma till insikt. Att sätt ord på och inse att det har samband med hans övriga problem i kroppen. Då kan helhetsbehandlingen vara en väg att nå honom, men man vet inte hur långt man kan komma. Det ger lindring i alla fall och mannen fortsätter att komma till sjukgymnasten. Kanske det bara blir så här, att det får vara en stödjande behandling.

Sjukgymnasten vet inte om hon kan svara på frågan, vad resultatet blir av rehabiliteringsinsatserna för patienten. Inte heller vad som skulle vara den bästa lösningen för honom. Han skulle ju må bättre ifall han fick mindre ont. Sedan vet man inte vad det skulle innebära för patienten, att släppa efter och på något sätt komma till insikt. Det kan ju också vara väldigt smärtsamt och då ska han ta hand om den situationen.

Sjukgymnasten tycker att mannen är den svåraste patient hon har haft. Nu har han sökt en ny läkare igen och sjukgymnasten har frågat honom, vad han förväntar sig av den nye läkaren. Då var det att han skulle få hjälp med smärtlindring. Det är vad han själv önskar i alla fall. Man kan tycka att det borde vara något bättre att slippa att ha ont och hellre förstå litet hur saker och ting hänger ihop, men patienten är nog jätterädd för det. På något sätt är det så sjukgymnasten försöker se situationen.

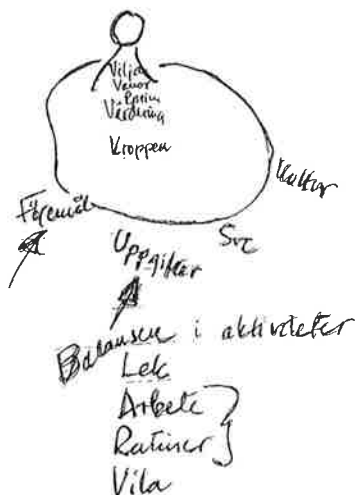
Arbetsterapeuten

Yrkeserfarenhet

Arbetsterapeuten har varit aktiv i yrket i tio år. Egentligen ville hon bli textillärare, men hade ingen möjlighet att flytta till Göteborg, där utbildningen var stationerad. Då fick hon hitta något annat och så blev det arbetsterapeut.

Från början utvecklades egentligen arbetsterapi inom psykiatrin. Där tog man in aktivitet som en slags behandlingsform. Det här var för många år sedan, redan på 1800-talet. Därefter har det gått upp och ner. Man har letat sig fram till en profil. Att se människor i aktivitet är ju inte mätbart. Därför blev det så, att man under en period under 50 - och 60-talen liksom gick in mer för funktionsbehandlingar. Man närmade sig sjukgymnasterna på något vis och har blivit förväxlade och konkurrerat litet grand ibland också. Aktivitet är centralt i yrket och att man har en god handlingsförmåga. Hälsobegreppet vill arbetsterapeuten översätta till god handlingsförmåga. Det är t ex hälsosamt att vara aktiv. Det är centralt inom arbetsterapin att man kan bli frisk den vägen också.

Inom arbetsterapin börjar det nu komma fram teorier, som känns väldigt rätt. Det är synsättet på människan som en helhet. Att man tar in så mycket fakta runt patienterna och så många hänsyn. Det finns en professor i USA, professor occupational therapy Gary Kielhofner, som har konstruerat en teori som arbetsterapeuten tagit till sig. Kielhofner talat mycket om människan som en helhet, bestående av olika delar. (Här måste arbetsterapeuten rita en bild. (Se omstående sida!))



Gary Kielhofner
prof. occup. therapy

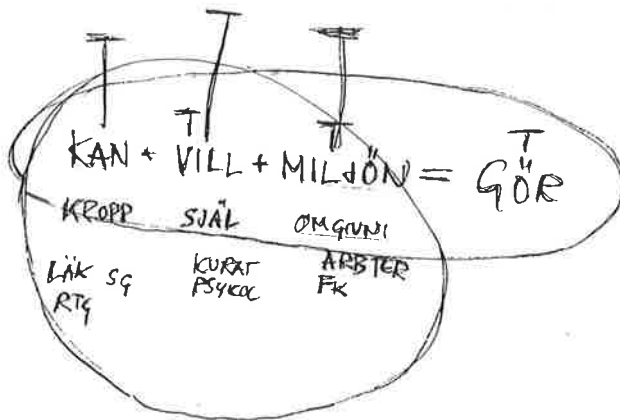
Bilden föreställer en gubbe som består av kropp och själ. Det som bestämmer vad man skall göra, det centrala i arbetsterapin, det är först och främst VILJAN. Sedan så är det VÄRDERINGAR. Sedan kommer kroppen och där ligger vanor och rutiner som man kallar för STRUKTUR, ett socialt liv t ex att han är ute och arbetar. För arbetsterapeuten ligger insatserna på FÖREMÅL och UPPGIFTER, men man tar väldigt stor hänsyn till det andra. BALANSEN under dagen är också viktig. Man kan säga att aktiviteten ligger mellan "föremål" och "uppgifter" Uppgiften är egentligen en aktivitet som man gör, men man är beroende av föremål för att kunna utföra aktiviteten. Då måste man ha "balans" i sitt liv mellan lek, arbete och rutiner. Rutiner är allt runt den personliga vården. "Lek" är inte detsamma som fritid, speciellt inte nu, när det finns så mycket arbetslösa och långtidssjukskrivna i rehab-projektet. De utnyttjar inte sin fritid till lek. Det är svårt att hitta ett bra ord på svenska för lek.

Arbetsterapeuten går in mycket och tittar på de här faktorerna, när det gäller rehab-patienterna. Man använder ett intervjuformulär, för att få en uppfattning om balans eller obalans. Många vuxna människor har ju knappt någon lek och knappt någon vila. När det är för mycket, så är det inte hälsosamt.

Arbetssterapeuten har varit anställd på vårdcentralen i Åberga sedan januari år 4. Tidigare arbetade hon på vårdcentralen i Grytköping. Hon har varit tjänstledig pga studier, en vidareutbildning i yrket, och började inte förrän i augusti. Arbetsterapeuterna får dock inga extra resurser för att delta i rehab- teamen i Grytköping och Åberga. Inga projektmedel är avsatta för arbetsterapeuttjänster. I växlingen i samband med den sk Ädelreformen, blev det arbetsterapeuter över i landstingsdelen och man ansåg att arbetsterapeuterna kunde göra sina insatser i rehab-teamen inom ramen av de fasta tjänsterna. Arbetsterapeuterna var inte heller accepterade som medlemmar i rehab-teamen, från början. Visserligen känner arbetssterapeuten att hon har mer stöd här i Åberga, men det är fortfarande inte självklart att arbetsterapeuterna skall ha resurser från projektmedlen, för att delta i rehabiliteringsverksamheten. Så länge det är så, känns det inte riktigt som om man är godkänd. Av sin ordinarie tjänst, räknar arbetssterapeuten med att hon lägger c:a 12 timmar i veckan på rehab-teamet.

Definition av teambegreppet och den gemensamma uppgiften

Arbetssterapeuten ritar en bild när hon skall definiera ett team. (Se nedan!)



Enligt arbetsterapeuten är ett team en patient, som består av en kropp. Egentligen brukar hon förklara så här: - Det man KAN plus det man VILL plus den OMGIVANDE MILJÖN = DET MAN GÖR. Det är en person, men det är också ett team. Vid KAN, där är kroppen och VILL är själen och sedan finns den fysiska omgivningen. Inom KAN och kropp finns läkare och sjukgymnast och vid VILL finns kurator och i den OMGIVANDE MILJÖN finns arbetsterapeut och försäkringskassa. Sedan kan man säga att en person KAN "så här mycket" och VILL "så här mycket" och sedan, så kanske det inte finns mer än "så här mycket" i DEN OMGIVANDE MILJÖN. Då kommer man aldrig längre än dit (det lägsta). Det är klart, att sedan kan man jobba med det olika delarna för att höja förutsättningarna. När det brister i förmågan att "fixa till det för sig" i MILJÖN, då kommer arbetsterapeuten in. Ligger man lågt i VILJAN, så kommer kuratorn in. Här ser man vikten av alla personalkategorier. Alla har sina kunskaper att tillföra patienterna.

De som ingår i rehab-teamet anser arbetsterapeuten vara kurator, sjukgymnast, handläggare från försäkringskassan och arbetsterapeut. Sedan är det väl läkarna, men de har ingen fast medlem. Men de måste finnas med.

Arbetsterapeuten tycker idag, att den gemensamma arbetsuppgiften nog är, att se till att patienterna mår så bra som möjligt. Som ett förebyggande medel. Eftersom arbetsmarknaden ser ut som den gör, så kan man ju inte ha den målsättningen, att de ska komma i arbete. De ska kanske ha så goda förutsättningar som möjligt att komma i arbete.

Patientfall

Arbetsterapeuten har inte träffat patienten förrän andra halvåret, år 4. Tidigare har en vikarie haft kontakt med mannen. Arbetsterapeuten kan inte så mycket om mannens bakgrund, men det verkar vara en komplex situation, som han dragit på länge, länge. Patienten verkar vara en bitter person, som på något vis vill hålla kvar det här bittra. Det verkar som om han har behov av det. Skulle han ändra på det, så skulle hela hans tillvaro rämna.

Arbetsterapeuten har träffat mannen i bildgruppen och berättar att man kan se litet av det här i hans bilder. Patienten har gjort väldigt starka bilder. Det är synd att han inte har kommit tillbaka. Första gången, så visade han ganska tydligt att han tyckte att det här var skit. Patienterna fick ett snöre, som de skulle doppa i färg och köra över ett papper. Av det som blev på papperet, ska de sedan leta upp en form eller hitta någon bild där. Så ska man föra över bilden på ett annat papper och sätta i sin miljö. Det visade sig att mannen var väldigt duktig på att rita och måla. Han ritade en ganska vild häst, med bedjande blick och så ett stort, svart staket framför. Det var väldigt målande för hans person, så som arbetsterapeuten hört berättas. Patienten fick hemskt mycket beröm av de andra i gruppen. Då såg man att han tog till sig berömmet, men han fick anstränga sig, för att inte klämma fram ett leende. Det syntes tydligt. Det var så beklämmande på något vis, att han inte kunde kosta på sig det, att bli så glad.

Arbetsterapeuten anser att mannen tillhör de tunga fallen. Arbetsterapeuten tycker att tunga fall är de som gått sjukskrivna länge, som man inte kommer åt.

Den bästa hjälpen för patienten vore att gå till en psykolog, eller så. Om man skall gå till grunden med honom. Arbetsterapeuten vet inte om mannen är villig att släppa sitt beteende. Hon tror att det är så djupa saker, så det kan man inte komma åt varken med sjukgymnastik eller bostadsanpassningar. Hon vet inte hur långt kuratorn har kommit med patienten, men det ligger nog så djupt att rehab-teamet inte kommer åt det.

Arbetsterapeuten funderar länge på frågan "vem i teamet kan bäst hjälpa patienten" och säger sedan att hon tror att det är kuratorn.

Läkarens uppgift är otydlig för arbetsterapeuten. Hon bläddrar i sina anteckningar från teamkonferenser och noterar att mannen anses ha "kroniska ländryggssmärter. Ej behandlingsbart, medicinskt". Läkaren får väl sjukskriva patienten så länge han inte kan arbeta.

Försäkringskassan får väl betala ut sjukpeng. Egentligen känns det fel, att man inte kan hjälpa honom. Eller att med gemensamma krafter försöka motivera honom att komma igång. Det har man ju försökt länge. arbetsterapeutens uppgift blir då att titta på och bedöma hur mannen klarar

sina arbetsuppgifter. Att styra och köra lastbilen. Nu har patienten fått inflammation i en nerv i handleden också. Det är sån't som ofta dyker upp. Men det här att hålla en ratt, förvärrar ju symtomen i handleden. Det är inte lämpligt för honom att göra. När det gäller sjukgymnastens uppgift, talar arbetsterapeuten om avslappningsgrupp.

I resonemanget kring "den bästa lösningen" för patienten, menar arbetsterapeuten att, eftersom inte teamet når mannen, så kanske han skulle må allra bäst av, att man lämnade honom ifred. Så länge teamet rotar och drar i honom, så måste han hålla sig sjuk, på något vis.

Arbetsterapeuten tycker, att det är svårt att se vad resultatet blir av rehabiliteringen. I teamet har man diskuterat om man ska släppa honom. Släpper man patienten nu, så blir väl resultatet att han ska jobba två timmar om dagen, dvs 25%. Det är svårt för arbetsterapeuten att säga något om patienten, eftersom hon inte har varit med från början.

Läkaren

Yrkeserfarenhet

Distriktsläkaren har arbetat i 15 år som läkare. Anledningen till yrkesvalet tror han till stor del beror på intresset för biologi, som väcktes under gymnasieåren. Biologi var fascinerande. Efter studier och allmäntjänstgöring fick man välja specialistutbildning. Läkaren hade prövat att jobba som distriktsläkare och tyckte att det var kul, eftersom det fanns ett varierande patientklientel och var ganska brett.

På Åberga vårdcentral har han arbetat i snart 7 år. Totalt är man fyra läkare på vårdcentralen. Läkaren går in och avlastar chefsöverläkaren, när det gäller kontakten med försäkringskassan. Han är den som sköter kontakterna och hjälper till med det. Däremot tar varje läkare hand om sina patienter. I Åberga har man strukturerat det så, att var och en har hand om sina patienter som kommer upp i teamet. Det är alltså ingen speciell doktor som tar hand om patienterna här. Han vet att det är olika strukturerat på olika ställen och tror att det vanligaste är, att en doktor tar hand om alla patienter, men så har man det inte i Åberga. Läkaren tycker

att lösningen fungerar bra. Alla läkarna är intresserade av rehabilitering och det är väl det, som nästan är förutsättningen.

Läkaren arbetar inte fullt heltid, 94%. Han hämtar småbarn på dagis två dagar i veckan. Han lägger nästan ingenting av sin tjänstgöringstid i rehab-teamet. Det är en timme i månaden, ungefär. Då har han rehab-patienter uppsatta och har han inga patienter, så pratar han ändå med de som ingår i teamet. Ibland kan det bli extra möten, men det är ganska oregelbundet. Men för övrigt, så tar det inte mycket mer tid.

Sedan kommer ju en del av de här patienterna på läkarbesök också, men det ingår ju inte i teamverksamheten, utan det är mer utanför det hela. Man kan väl säga att läkaren för in sina erfarenheter från läkarbesöken i teamet, men det kan ju vara så att patienterna söker för något annat. Läkaren tycker att doktorn har minst betydelse, när det gäller den här rehab-verksamheten. Det ligger mer på ett annat plan. Psykologiskt plan och sjukgymnastik och självinsikt och ... olika annat.

Definition av teambegreppet och den gemensamma uppgiften

Läkaren anser att "ett team är flera personer som samarbetar om något problem."

De som ingår i rehab-teamet i Åberga är sjukgymnast, kurator, arbetsterapeut, doktor samt en representant från försäkringskassan.

Rehab-teamets uppgift är att försöka ta hand om långtidssjukskrivna, så att man på något sätt hittar någon lämplig sysselsättning, som de klarar av på ett eller annat sätt. Så att man finner rätt nivå för deras aktiviteter. Förut blev den här typen av patienter förtidspensionerade, men det blir de ju inte längre. Många gånger så måste de kanske ha modifierade arbetsuppgifter eller andra arbetsuppgifter. Då får man försöka komma fram till vad det kan vara, som kan vara lämpligt.

Läkaren tycker absolut att teamet är en tillgång. Det är ofta mycket mer än medicinska aspekter i det hela, som man aldrig får reda på som doktor. Han tycker också att samarbetet med försäkringskassan är en fördel. Det är bra att försäkringskassan kliver in på vårdcentralen. Det medför att de

får större insikt, att det är vissa typer av problem med vissa patienter, som de kanske inte sett tidigare. Att det kan vara svårt att avsluta sjukskrivningar, för de ser det ju ganska penningmässigt. Det läggs ju mycket andra psykologiska aspekter, när man diskuterar här. Litet mer mänsklig förståelse för varför man sjukskriver patienter ibland.

Patientfall

Läkaren berättar att ursprunget till patientens sjukdom är rent somatisk. Han var med i en trafikolycka för c:a 10 år sedan. Patienten fick en nackskada och blev också opererad. Här är det huvudsakliga problemet. Sedan har han haft problem under många år därefter och han har fortfarande problem. Patienten har genomgått olika utredningar och behandlingar på regionssjukhuset typ fysikalisk medicin, rehab-klinik och neurokirurgen. Psykiater har också varit inkopplad och det ena med det tredje, under många år. Läkaren tror faktiskt att det är försäkringskassan, som nu har aktualiserat ärendet. Det här är kanske inte rätt typ av patient, att ha med i ett rehab-team. Någon som varit dålig i 10 år och som ingen har lyckats rehabilitera riktigt, tidigare. Det är svårt.

Läkaren tycker absolut att mannen tillhör de tunga patienterna. Sådana fall, där man trots återkommande försök till återgång och man tror att "nu går det här gången". Men så blir det plötsligt en återgång till det gamla. Det fungerar inte längre och så håller det på så. Upp och ner hela tiden. Sedan är det ju en fråga, hur länge man ska hålla på och arbeta med sådana patienter. Man kan ju inte hålla på i all oändlighet. Det tar ju så mycket tid. Det här har man diskuterat i rehab-teamet, men har inte kunnat finna ett riktigt svar. Man kan inte ha några generella regler, utan man får bedöma från varje individ.

Läkaren anser att mannen framförallt är i behov av någon slags kuratorsstöd. Patienten är ganska socialt isolerad. Ganska ensam. Den väsentligaste delen ligger nog hos kuratorn. En samtalskontakt. Sedan får han ju sjukgymnastik och så'n't också, men det har väl inte lett till några resultat. Den psykologiska biten är viktigast. En kurator kan nog ge den bästa hjälpen. En intresserad kurator.

Läkarens roll är mer att ta hand om patientens smärtor på olika sätt. De smärtor han har från ryggen. Det kan vara andra saker som tillstöter. Man kan inte bara blunda. Man kan inte säga att allting är gammalt eller av psykologisk natur eller psykosomatiskt. Man måste liksom titta på det rent somatiskt också, faktiskt. Så att man inte glömmer det. Det är nog rätt viktigt, så att patienten inte hamnar i ett psykosomatiskt fack bara. Till slut kan de ju bli sjuka också!

Arbeterapeuten har ju inte haft så mycket med patienten att göra, tidigare. Men, där är ju vissa saker som olika bildgrupper. Läkaren vet inte riktigt hur arbetsterapeuterna arbetar, men man har diskuterat, att det är vissa psykologiska fenomen, som kan uppnås med den typen av behandling.

Sjukgymnastens del är att ta hand om de muskelbesvär som kommer till, sekundärt, av den här skadan. Den här stelheten och värken. Kroppskännedomsovnningar och även smärthantering kan man tänka sig.

Försäkringskassan kunde hjälpa till med olika typer av arbetsträning på olika ställen. Problemet är att patienten själv valt att bli lastbilschaufför. Men man kan tänka sig att det, trots allt, kan vara litet tungt för honom att ratta en stor lastbil. Med tanke på att han har besvär med nacke och axlar. Patienten har klarat av arbetet tidigare, men nu är han helt sjukskriven sedan ett halvår tillbaka.

När läkaren funderar på lösningen för patienten, tycker han absolut inte att en hel förtidspension är en bra lösning. Det är nog viktigt för mannen att ha någon typ av sysselsättning. Oavsett vad det är. Kan han inte återgå till chaufförsjobbet, så får man tänka sig något annat. Att bli sjukpensionerad - det kan inte vara speciellt roligt, menar läkaren.

Läkaren är tveksam till om rehabiliteringen på vårdcentralen har givit något resultat. Även om det har varit vissa positiva tongångar från kurators sida, så har det ju inte lett till att mannen kunnat återgå till sitt arbete, tvärtom. Nu har han ju varit heltidssjukskriven det senaste halvåret.

Handläggaren från försäkringskassan

Yrkeserfarenhet

Handläggaren från försäkringskassan har alltid haft en önskan att arbeta med människor. Från början sökte hon sig till sjukvården och ville egentligen utbilda sig till sjuksköterska. Ett tag funderade hon på att söka till Socialhögskolan. Så fick hon information om försäkringskassans verksamhet och att de anställda fick en mycket fin och kvalificerad internutbildning. Nu har hon varit anställd på försäkringskassan i 15 år.

Handläggaren tror att intresset för att arbeta med människor härrör sig från hennes barndom. Hennes far dog väldigt tidigt och hon växte upp med sin mamma. En hemma-mamma och hon hade det tryggt och bra. I barndomshemmet fanns det släktingar som arbetade inom vården och ofta resonerade man i termer av att "sätta människors värde främst". Sedan det här, att livet snabbt kan förändras och att ta tillvara det man har. Därför har det alltid känts naturligt för henne att vilja hjälpa människor.

Handläggaren var redan från början intresserad av att arbeta med långa sjukfall, även om hon inte kom in på den inriktningen med en gång. Det var nämligen väldig konkurrens om tjänsterna och hon började med vanliga handläggaruppgifter. Under de sista 10 åren har man satsat mycket på rehabilitering av långtidssjukskrivna, till mångas förtret inom andra delar av försäkringskassan. Det har blivit litet skiktat vad man jobbar med och inte jobbar med, på kontoret. De som inte har hand om rehabilitering, uppfattar att rehab-handläggarna har en högre status. Det är klart, att rehab-handläggarna är medvetna om att de har höjts litet grann, samtidigt som man hela tiden känner, att det är DÄR vi måste lyckas. Arbetet med rehabilitering av långtidssjukskrivna har utvecklats väldigt på senare år. Allt ansvar har förlagts till lokalkontoren. Allt som t ex budget och pengar. Handläggaren kan gå in och köpa olika saker och själv ta beslut. Det är särskilt under de 3 senaste åren, som den här utvecklingen med pengar har kommit.

När det gäller rehab-projektet i Grytköping, var det en annan kollega som var med från början. Det var det som inte riktigt lyckades, där de aldrig fick några patienter. När man sedan bildade två team, blev handläggaren

medlem i Åberga och hon deltar i teamkonferens c:a 3 tim en förmiddag i veckan.

Definition av teambegreppet och den gemensamma uppgiften

Handläggaren definierar ordet team jämfört med ett team är det som finns i Åberga. Att man har alla experterna på sina bitar inkopplade. Det är ett bra team. Möjligtvis kan hon sakna någon från arbetsförmedlingen och någon från socialtjänsten. Sedan är det inte alla ärenden som är teamarbete, utan en del klarar hon själv. Men det finns en del, där man märker att man inte kommer någon vart. Det är en problematik där det inte bara finns nacke och axlar. Då är det värdefullt med ett team. Att fler kommer in och tittar från olika synpunkter.

Handläggaren tycker också att det är en bra lösning att läkarna i Åberga deltar i teamet. Det är litet olika hur man gör. Ibland är det en, stadigvarande läkare, som i Grytköping. Men här har man funnit att alla läkarna är intresserade av att ta sina egna ärenden. Sedan kan det vara olika hur intresserad man är, att lämna ärendet till teamet bland läkarna här också. En del vill liksom utreda så mycket innan och så'n't. I stället för att se möjligheter hos teamet och att man kan göra det tillsammans. Hon märker dock att det går bättre och bättre. Men en del är mer mottagliga på en gång, för att ta in det här och tycka att det är bra. Litet prestige är det ju också!

Handläggaren anser att teamets uppgift är dels att göra en helhetsbedömning och att var och en jobbar på de här olika bitarna, för att personen skall kunna komma så snabbt som möjligt igång i arbete. Det är försäkringskassans dilemma, att man måste ha SNABBA åtgärder. De får inte gå sjukskrivna så länge. Det vägs hela tiden, det görs statistik och annat. Hon tycker ändå att det är viktigt att det inte bara är den här kortsiktiga lösningen, men att man kanske kan jobba med de här ärendena, trots att personen är igång i arbete. De behöver inte alltid gå sjukskrivna. Här kan handläggaren se litet skillnad mellan henne och de andra från sjukvården. Hos de andra finns inte de tankar som handläggaren har hela tiden. Tankar på kostnader, hela tiden. Vad det kostar med sjukskrivningar. Visserligen börjar de andra mer och mer förstå det här med kostnaderna, men de har det inte på sig hela tiden, som hon har.

Patientfall

Handläggaren berättar att det är hon som, som har initierat ärendet. Det jobbigaste ärende som hon har haft i teamet, menar hon. Patienten råkade ut för en trafikolycka för c:a 10 år sedan och blev skadad i nacken. Han blev inte så där fruktansvärt skadad, men det blev i alla fall en whiplash-skada. Mot läkares och försäkringskassans inrådan utbildade han sig till lastbilschaufför. Det var ett helt olämpligt arbete för honom, så han gjorde det utan sjukpenning. Mannen fungerade några år i sitt nya yrke, men sedan kom besvären med värk i nacke och axlar igen och handläggaren tog då in ärendet. Man försökte bistå patienten med olika medel, men ingenting fungerade. Vad det än var, så avbröt han. Och så missbelåten, hela tiden! Det var bara negativt i den här mannen. Han ville absolut inte byta yrke, fast handläggaren försökte hjälpa honom att hitta något annat, mer lämpligt. Patienten blev egentligen ovän med alla människor han kom i kontakt med.

Patienten var på Samhall, där försäkringskassan ville testa arbetsförmåga, men han avbröt. Sedan ville man skicka honom till Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås, men det gick inte. Han har varit på rehab-kliniken i grannkommunen. Men så fort man började tangera det psykiska, så avbröt han där också. Då fick han ett halvt sjukbidrag och fungerade ett tag med halvtidsarbete. Så blev han försämrad igen och sjukskriven. Då tog man upp sjukbidraget till trekvarts sjukbidrag, så att han kunde jobba två timmar om dagen. Där var han i början av år 4, när handläggaren träffade honom igen. Och bitterheten igen. Att ingen ville lyssna på honom någonstans. Han blev bollad hit och dit och det var ingen... det var mest skit.

Det var då som handläggaren tog in ärendet i teamet. Fast egentligen ska man inte ha sådana här typer av ärenden i rehab-teamet, det har man kommit underfund med efterhand. Med de här tunga. När patienten kom till rehab- teamet, tror nog handläggaren att han kände, att det var någon som började lyssna på honom. Även om han hela tiden har dragit sig undan härifrån också, litet grann. Kuratorn ser ju en öppning i denna man. Han är fortfarande sjukskriven och nu var det ryggbesvär han hade. Det är hela tiden olika saker.

Handläggaren menar att det är svårt att säga, vad som är anledningen till att patienten blev sjuk. Det är en så problemfylld man när olyckan händer. Han fokuserar sig naturligtvis kring olyckan, men det är en massa andra saker med honom. Egentligen är det här ett för tungt ärende för teamet och ibland så har man kanske tyckt att man vill vara litet av frälsare här också, i början. Man satsar och vill så mycket i början. Handläggaren menar, att har inte alla de andra lyckats, så har teamet knappats kapacitet för att lägga ner all den tid på ett sådant här ärende. Samtidigt, tror handläggaren, att mannen fått en del andra tankar, under tiden i rehab-projektet i Åberga. Att han kanske kan fortsätta sin process.

Handläggaren anser att tunga ärenden är sådana, när det är för mycket runt patienten. Att det tar för lång tid, framförallt. Nu har man haft ett möte och bestämt att satsa mer på de här, som inte har varit sjukskrivna så länge. Då finns det större chans att lyckas. De som har varit sjukskrivna länge, går ner sig och det kan bli för jobbigt för de som arbetar i teamet.

Målet med rehabiliteringen för patienten, är att han skulle kunna arbeta litet grann, menar handläggaren. Att han inte behövde vara sjukskriven de 25% i alla fall. Att han skulle må bra och ha det litet bättre på fritiden. Man kan inte spänna det mer än så.

Kuratoren är den i teamet, som kan ge patienten den bästa hjälpen, tycker handläggaren. De här tankarna om kropp och själ. Handläggaren är också positiv till sjukgymnastens insats. Här i Åberga utbildar sig sjukgymnasterna hela tiden. De är väldigt öppna för nya idéer och går på kurser. Nu satsar de litet mer på det psykiska och söker upp kontakter och utbildar sig. Handläggaren tror att helhetsbehandlingen är det bästa för patienten, ur sjukgymnastisk synpunkt.

Arbetssterapeuten var en ny roll för handläggaren. I början hade hon litet svårt att se skillnad emellan sjukgymnast och arbetssterapeut. Nu har det blivit klarare och hon kan se att arbetssterapeuten också tillför teamet mycket. Arbetssterapeuten kan se personen hela dagen. De ser den här personen i vardagen. På så vis kan de också motivera patienten. Deras roll är också förändrad, från att bara prova ut hjälpmedel och så'n't, till att tillföra mera. Arbetssterapeuten har också varit inkopplad på patienten,

men ibland är handläggaren litet rädd för att patienterna blir litet för "sjuka" också. Det är litet som hon alltid är rädd för här. T ex med för mycket hjälpmedel. Handläggaren vill gärna att man betonar det friska i stället. Där kan det komma kollisioner ibland. Man har litet olika tänkesätt, men man har ändå funnit respekt för varandra i teamet.

Läkarens uppgift är rent allmänt att få patienterna friska så snabbt som möjligt. Att få dem att inse att man talar samma språk här också och att de sedan för det vidare till den enskilde. Många gånger har man uppgifter om att patienten säger en sak till doktorn och sedan en annan till teamet. Det är det som är så bra med teamarbete, att där vet man. Alla kan ta fram sina synpunkter och man vet vad man talar om. Sedan får läkaren hjälpa till med det arbetet, vidare. Läkarna måste stå för det medicinska och de måste tillföra teamet den biten. Läkaren i teamet har träffat patienten några gånger. Han fick ta över honom och han är den av läkarna som lyssnar. Handläggaren tror att patienten känner stort förtroende för honom.

Det är inte lätt att veta vad som är den bästa lösningen för patienten. En lösning är att han kommer ut och träffar andra vuxna. Att han kanske kan gå tillbaka till sitt jobb, till viss del. Handläggaren hoppas att mannen kan öppna sig litet grann och släppa in litet vänner, så att han inte är så isolerad som nu. Att han kunde fortsätta med gruppsamtalen i en annan form, t ex att gruppen träffas själva eller gör någonting tillsammans. Han har ju ändå öppnat sig litet mot de andra. Att han fortsätter den process han börjat.

Rehabiliteringsteamet - hoppfull utveckling om samarbetet ges en chans

Samspelet i Åberga

Intrycket av samspelet i rehab-teamet i Åberga, härrör sig från min närvaro under 4 på varandra följande teamkonferenser samt enskilda intervjuer med varje medlem i gruppen. I mina försök till tolkning, prövar jag på nytt att använda E Olssons modell (1989) där gruppens strävan att skapa en konstruktion följer en dynamisk föränderlig process. Jämfört med Småort uppfattar jag att teamet passerat den första födslovåndan och skapat en symbol för gruppen. "Vi är rehab-teamet i Åberga". Förloppet har varit mödosamt och man verkar angelägen att slå vakt om gruppen. Förutom arbetsterapeuten, som är avvaktande, är alla vänliga och generösa mot mig och jag ser också till att signalera att "jag är en av er" för att bli antagen. Arbetsterapeuten är en ny medlem på väg att födas in i gruppen och hon får hjälp att finna de normer, utifrån vilken gruppen tolkar sin uppgift. Under de 4 observationstillfällena får jag också ta emot förtroenden, typ att Åbergateamet är bättre än Grytköpingsteamet och uttrycket beroendegrupp finns i mitt huvud. Gruppen använder det andra teamet som en kontrastgrupp, för att stärka sammanhållningen och gruppsymbolen "Åbergateamet". Under min närvaro i Åberga finns det också tecken på splittring och utstötning. En av stiftarna, kuratorn, lämnar gruppen. Jag upplever att hennes val sker i ett viktigt utvecklingsskede för teamet. Stoppas processen, när det finns möjlighet att fördjupa samarbetet och konfronteras med varandras upplevelser av interaktionen i gruppen och synen på gruppens uppgift?

Teamkonferenserna uppfattar jag som en form av administrativa möten, där de olika experterna ger sin professionella syn på patienterna, men de fungerar också som en ritual för att stärka gruppens symbolvärde. Ledarskapet är otydligt för mig. Visserligen är kuratorn den som förs fram

som en enande och samordnande kraft, hon är ju också formellt samordnare för teamet, men vem är egentligen ledaren? Chefläkaren på vårdcentralen och chefen för försäkringskassans lokalkontor kanske strider om ledarskapet? Uppenbart är försäkringskassans inflytande över teamet. Handläggaren markerar flera gånger var gränserna finns. Man får inte förvilla bort sig i tankar om hel förtidspension, eller yppa tvivel om någons möjlighet att kunna återgå till arbetsmarknaden. Det här verkar vara en norm och att öppet ge uttryck för motsatt uppfattningen, är nog ett sätt att "göra bort sig" ordentligt. Eventuella tvivel får man bära inom sig.

I teamets samspel finns fler rollinnehavare än kurators och handläggarens. Sjukgymnasten är patienternas språkrör in i gruppen och används av gruppen till liknande uppgifter mot omgivningen. Arbetsterapeuten har fullt upp att hitta sin position och blir mer aktiv, när inte kuratorn är närvarande under teamkonferens 1 och teamkonferens 2. Läkarnas roll förbryllar mig. Hur kan egentligen gruppen bilda ett enhetligt team, när man ständigt tar emot en ny medlem? Läkarna ger inte intryck av att känna samhörighet till gruppens symbolvärde. Jag uppfattar ändå att handläggarens från försäkringskassan gränssättning anammats i högre grad av läkarna, än resten av gruppen. T ex synen på sjukskrivning, där läkare 1 bekänner att hon var *"tvungen att sjukskriva Elin Eriksson"*. Läkare 2 försäkrar sig om handläggarens godkännande av fortsatt sjukskrivning av Karl Karlsson. *"Det går inte att bara avbryta en sjukskrivning"*. Läkare 3 lovar att Pia Pålsson är arbetsam och vill försöka, men i längden *"kan det nog bli ett bidragsärende."* och hon har för vana att alltid anmäla patienter till rehab-teamet, så fort hon sjukskriver någon mer än 2 veckor. Läkare 4 rättar sig genast efter handläggarens åsikter, vad gäller remiss till en specialist som inte har handläggarens godkännande.

Makt och inflytande är också svårt att tolka. Kuratorn har ett stort inflytande i gruppen, men verkar också vara ett redskap, som kan brukas både inom och utom gruppen. Eldsjälar är alltid tacksamma att utnyttja, om man kan se till att underblåsa deras entusiasm. Beröm och smicker med jämna mellanrum gör dem nästan självgående. I en tidningsartikel 1973 myntade den tyske författaren Heinrich Böll uttrycket "de nyttiga idioterna". Böll avser de människor som vågar hålla sig med en övertygelse och kämpa för den. De nyttiga idioterna är de som går före,

som ofta blir syndabockar. Omgivningen förvandlas till ett eko, en levande förlängning för deras kamp. Min personliga reflektion handlar om grupprocessen och varför behovet av en eldsjäl ofta dyker upp. Dyrkan av eldsjälerna kan leda till stagnation och frustration där varken eldsjäl eller omgivning förmår utvecklas.

Splittring verkar finnas i organisationen på samma vis som i Småort. Alla ägnar en del av sin totala tjänstgöringstid till rehab-teamet. Kuratorn och sjukgymnasten arbetar halvtid, dvs 50 % och resten av medlemmarna i en fallande skala. Det kan medföra svårigheter för gruppen att ha en överblick över den gemensamma uppgift man formellt skall sköta. I mötet med patient nr 1, vid teamkonferens 4, kan jag se en konsekvens av splittringen. Patienter har sökt sig till andra experter, vars åsikter hon kan använda för att utmana gruppen. Likaså bäddar den splittrade organisationen för att medlemmarna inte ser teamet som den primära arbetsgruppen, där tillhörigheten är självklar. Kunskaper och erfarenheter kommer inte teamet tillgodo om gruppdeltagarna verkar utanför gruppen.

I diskussionerna kring patienterna uppfattar jag en beredvillighet att anta kuratorns förklaringsmodell och lösningsförslag. Det känns som om den psyko-sociala terminologin också är en norm, från vilken man i första hand relaterar patienternas problem. Medicinska och sjukgymnastiska aspekter kompletterar den psyko-sociala grunduppfattningen. Vid det två teamkonferenser, där kuratorn är frånvarande, blir synen på patienternas insufficiens mer inriktad på medicinska och sjukgymnastiska behandlingar. Man reflekterar inte så mycket kring patienternas inre upplevelser och känslor och vad dessa har för inverkan på situationen. Personliga sympatier styr också lösningsförslagen. De som man uppfattar som duktiga och som kämpar bör få en andra chans, medan de som aldrig är nöjda och alltid ställer krav får ta sitt eget ansvar. Dessa handlingsmodeller blir tydligast under teamkonferens 3.

På vilket sätt samspelet ger utslag i behandlingsresultatet blir svårt att besvara. Ytterligare en faktor måste belysas närmare, nämligen patienterna och hur dessa i praktiken följer teamets beslut. Ändå måste synen på VAD som är problemet och HUR gruppen skall möta det, vara betydelsefullt för resultatet. Hur går det för Elin Eriksson, (konferens 1) om hennes situation förklaras utifrån renodlat medicinska aspekter, eller om kuratorn i stället

föreslår en ny samtalskontakt med patienten? Avgörs hennes öde när gruppen beslutar att remittera henne till företagshälsovården, för att man inte står ut med hennes misslyckanden och den envise maken? Vad hade hänt med Karl Karlsson, (konferens 2) om kuratorn deltagit och förklarat att patienten behövde hjälp att bearbeta psyko-sociala faktorer som ett dåligt äktenskap och ångest för att inte kunna fortsätta med sin firma? Hur hade teamets syn på Karin Persson (konferens 3) förändrats om läkaren och handläggaren ansett att hon tillhörde "de kämpandes skara"? Hur hade mötet med patient nr 2 och hans hustru (konferens 4) utfallit, om gruppen enats kring att hjälpmedel och samordning av träningen, varit den viktigaste anledningen till sammankomsten? Frågorna är svåra att besvara. Ändå vill jag påstå att samspelet, om man med samspelet avser gruppens val att tolka sin uppgift och patienternas problem, påverkar behandlingsresultatet.

Personliga förklaringsmodeller

I intervjuerna hänvisar medlemmarna till olika orsaksfaktorer som präglat yrkesvalet och inställningen till yrkesrollen. Sjukgymnasten talar om ett avgörande möte med en skolsköterska, kuratorn har minnet av ett syskon som insjuknade i psykisk sjukdom och inte fick hjälp, handläggaren från försäkringskassan hänvisar också till sin ursprungsfamilj, med faderns tidiga bortgång och släktingar inom vården som ville "sätta människors värde främst". Läkaren anser att mötet med biologin under gymnasieåren var avgörande och arbetsterapeuten menar att slumpen styrde yrkesvalet, medan jag uppfattar valet av yrkesinriktning som en kompensation för textillärodbildningen, som inte var möjligt att genomföra i hennes personliga val.

Sjukgymnasten och arbetsterapeuten har båda ideologier, som de försöker använda för att tolka patienternas problem. Jag uppfattar sjukgymnasten som sökande efter metoder som kan hjälpa henne att förklara "varför". Sjukgymnasten uttrycker känslor av vanmakt och hopplöshet. De gamla förklaringsmodellerna hjälper inte och hon är på jakt efter nya. Min upplevelse är att sjukgymnasten vill finna en metod som kan visa vad som "orsakas av själen" och vad som kan hänföras till "kroppen". Arbetsterapeutens ideologi uppfattar jag mer som ett sätt att finna sin

yrkesidentitet, att muta in ett område och göra det exklusivt. Arbetsterapeuten verkar finna stöd i ideologin och förefaller mindre osäker över sitt revir, jämfört med sjukgymnasten.

Förutom sjukgymnasten, uttrycker kuratorn också tvivel över sin arbetsinsats. "Gör vi någon nytta?" Hon försöker trösta sig med att en del individer faktiskt haft nytta av kontakten med teamet. Det sliter på krafterna, att de eventuella resultaten inte visar sig direkt, utan det tar lång tid. Det verkar som kuratorn kämpar med att hålla entusiasmen vid liv och behålla sin tro på verksamhetens berättigande.

I definitionerna av teambegreppet upplever jag en överensstämmelse i tolkningen hos samtliga i gruppen. Alla talar om samarbete och att medlemmarna skall bidra med sina specifika yrkeskunskaper i mötet med patienterna. Arbetsterapeutens bild av ett team är intressant, eftersom hon också sätter likheter mellan ett team och en patient.

Uppfattningen hos medlemmarna kring vilka som ingår i teamet är också relativt överensstämmande. Läkarnas medlemskap uppfattas dock litet olika. Sjukgymnasten anser inte att de finns med i teamet. Man "kallar in dem". Kuratorn menar att läkarna finns utanför "kärnan" i teamet och arbetsterapeuten exkluderar också läkarna. De har *"ingen fast medlem, men de måste finnas med"*. Handläggaren intresserar sig särskilt för läkarna och betygsätter deras intresse för rehabiliteringsverksamheten. Jag uppfattar att det också handlar om kontroll och försök till omvändelse och styrning. En del av läkarna är *"mer mottagliga på en gång"*. Handläggaren är den enda som uttrycker en önskan om ytterligare kompetenstillförsel till teamet. Hon kan *"möjligen sakna någon från arbetsförmedlingen och socialtjänsten"*.

Medlemmarnas uppfattning av den gemensamma uppgiften varierar något. Sjukgymnasten, arbetsterapeuten och kuratorn nämner inte arbetsåtergång som det primära målet. Sjukgymnasten menar att uppgiften är att *"hjälpa patienten att se vilka vägar det kan finnas, för att komma igenom problemet"*, kuratorn hänvisar till den skriftliga överenskommelsen där man säger att teamet skall göra en *"bedömning av patienten"* dvs en *"probleminventering och föreslå åtgärder"*. Kuratorn är den i teamet som uppehåller sig mycket kring begreppen bedömning och behandling och

vad som skiljer dem åt. Arbetsterapeuten menar att man inte kan ha arbetsåtergång som målsättning, med tanke på arbetsmarknaden. Målsättningen för teamet är att vara ett förebyggande medel och att ge patienterna *"så goda förutsättningar som möjligt att komma i arbete."*

Läkaren och handläggaren från försäkringskassan är tydligast i sin uppfattning att målet är arbetsåtergång. Läkaren talar om att finna en *"lämplig sysselsättning"* och *"rätt nivå för patienternas aktiviteter"* medan handläggaren anser att teamets uppgift är, att *"se till att patienterna kommer igång i arbete så snabbt som möjligt"*.

Det förefaller som om de medlemmar i teamet, som i första hand kommer nära patienterna, är mest tveksamma till arbetsåtergång som målsättning.

Patientfallet

I analysen av gruppens reflektioner kring patientfallet uppfattar jag en viss överensstämmelse i medlemmarnas sätt att tolka patientens situation och hur den skall lösas.

Kuratorn anser att orsaken till patientens tillstånd till största del beror på psykologiska faktorer. De somatiska symtomen är en *"våldigt liten del"* i patientens problematik. Mannens problem är i första hand alla känslor som han inte kan uttrycka, utan i stället förlägger i kroppsliga besvär.

Kuratorn har en prognos, där förutsättningen för att patienten skall förbättras, är att han vågar lita på teamet. Eller att patienten blir beroende av teamet, för att något resultat skall skönjas. Jag uppfattar att kuratorn också är på jakt efter patientens själ och hon hänvisar till sitt instrument, dvs samtalet. Kuratorn tror att samtalsbehandling hjälper bäst. Kuratorn anser också att patienten kan hänföras till de tunga fallen. Hon definierar ett tungt fall som en patient som ger en *"känsla av tyngd"*. Tunga patienter är de som *"inte har en tro på förändring"* och där det krävs *"ett långt motivationsarbete"*. Kuratorn anser att man måste hjälpas åt med behandlingen av patienten och att en kombination av sjukgymnastens helhetsbehandling, arbetsterapeutens bildgrupp och kurators gruppssamtal är den bästa hjälpen för patienten. Läkaren behövs ibland för att lugna patienten, när han tror att han är sjuk. Handläggaren från

försäkringskassan bör helst inte lägga sig i behandlingen utan överlåta den till de andra. Kuratorn hänvisar till arbetsåtergång, när hon funderar över lösningen för patienten. Visserligen är det inte teamets uppgift att tala om för mannen, vad som är den bästa lösningen, men det är "rimligt" att patienten arbetar 25% och kanske att han kan arbeta 50% längre fram.

Sjukgymnasten relaterar orsaken till mannens besvär till en fysisk skada samt psykiska komponenter. Patienten är "svår". Sjukgymnastens prognos är tveksam till patientens möjligheter att klara sitt arbete. Arbetsuppgifterna är svåra med hans skador. Patienten är ett tungt fall. Sjukgymnasten definierar ett tungt fall som en patient som "inte vill". Patienten vill inte bli bättre och han vill inte komma till insikt. Jag uppfattar, att sjukgymnasten hoppas att den nya metoden hon utövar, skall ge mannen insikt. Kanske kan man komma åt själen med massage? Eftersom kuratorn inte har kunnat nå själen med samtal, kanske det går med kroppsövningar?

Arbetsterapeuten hänvisar till att hon knappt har träffat patienten, men orsaken till hans tillstånd är "en komplex situation" och att han är "bitter". Patienten "har behov" av att vara bitter och är inte villig att släppa sitt beteende. Arbetsterapeuten har hört de andra teammedlemmarnas uppfattning av mannen och tycker att den besannas, när hon träffar honom i bildgruppen. Jag uppfattar att arbetsterapeuten tror att bildgruppen kan vara ett sätt att hjälpa mannen till insikt och fånga själen. Arbetsterapeuten instämmer också i påståendet att patienten är ett tungt fall. Enligt arbetsterapeuten är tunga fall de "som har gått sjukskrivna länge, som man inte kommer åt." Arbetsterapeuten tror inte att rehab-teamet kan "komma åt" patienten. Hans problem ligger så djupt. Den bästa hjälpen vore att anlita en psykolog, om man skall gå till grunden med patienten. När arbetsterapeuten reflekterar över teamets insatser tror hon, att det är kuratorn, som kan ge patienten den bästa hjälpen. Läkarens och sjukgymnastens uppgifter är av sekundär betydelse. Förutom bildgruppen, kan arbetsterapeuten eventuellt bedöma lämpligheten i patientens arbetsuppgifter relaterat till hans besvär. Den bästa lösningen, som patienten kanske skulle må bäst av, är att "lämna honom ifred". Arbetsterapeuten beskriver en form av kamp mellan rehab-teamet och mannen. Ju mer teamet "rotar och drar" i honom desto mer måste han bevisa att han är sjuk. Det är svårt att se resultatet av rehabiliteringen, men

arbetsterapeuten kan tänka sig att det blir så att patienten går tillbaka till sitt arbete med 25%, som tidigare.

Läkaren anser att orsaken till mannens sjukdom är "rent somatisk". Han förklarar mannens tillstånd som orsakat av en fysisk skada och sedan har alla problem uppstått efter hand. Läkaren berättar om alla utredningar som har genomförts, där även psykiater varit inkopplad. Läkaren klassar också patienten som tung och tunga patienter är sådana fall där man ständigt gör försök till återgång och tror att "nu går det den här gången". Men så faller patienten plötsligt tillbaka till det gamla och ingenting fungerar. Sedan håller det på så. "Upp och ner hela tiden" Läkaren vill finna ett sätt att sortera bort de tunga fallen. De tar så mycket tid och man kan inte hålla på i all oändlighet. Han har inte kunnat finna några tillförlitliga kriterier, utan man får försöka bedöma varje individ. Läkaren anser att patienten får den bästa hjälpen av kuratorn. Han är framförallt i behov av "något slags kuratorsstöd". När det gäller sjukgymnastens och arbetsterapeutens insatser för patienten förefaller han mer summarisk och osäker. Jag upplever att läkaren blir "tung" när han reflekterar över teamets insatser för patienten och det förväntade resultatet. Egentligen tycker inte läkaren att rehabiliteringen har givit något resultat, eftersom mannen inte har återgått i arbete. Han delar inte kuratorns och sjukgymnastens syn på att stora förändringar trots allt har skett i patientens förhållningssätt. När läkaren funderar över den bästa lösningen för patienten understryker han att någon "typ av syssel-sättning" är viktigt. Hel förtidspension är "absolut inte en bra lösning". Att bli sjukpensionerad "kan inte vara speciellt roligt".

Handläggaren från försäkringskassan anser att anledningen till mannens tillstånd är en fysisk skada, även om han inte blev "så där fruktansvärt skadad". Den största orsaken är att patienten "inte vill". Han vill inte ta emot försäkringskassans synpunkter på hans yrkesval, han vill inte testa sin arbetsförmåga och han vill inte gå med på behandlingar som "tangerar det psykiska". Handläggaren lägger också stor vikt vid själen. Patienten är problemfylld redan innan hon ådrar sig den fysiska skadan. Patienten tillhör de tunga patienterna enl handläggarens definition. Tunga patienter är det "för mycket runtomkring" och det tar framförallt för lång tid att försöka rehabilitera dem. Det är patienter som har varit sjukskrivna länge och gått ner sig. Det blir för arbetsamt för teamet. Kuratorn är den som

bäst hjälper patienten och kuratorssamtalen är den bästa behandlingsformen, enl handläggaren. Därefter kommer sjukgymnastens insats och sedan arbetsterapeuten. Läkarens betydelse uppfattar jag, är att spela rollen som läkare inför patienten. Patienten känner stort förtroende för honom och han kan "lyssna". När det gäller arbetsåtergång som målsättning för patienten, är inte handläggaren alltför sträng. Kanske kan patienten återgå till arbetet "till viss del".

En rehabiliteringskultur?

Rehab-teamets reflektioner kring patientfallet visar tendenser till en gemensam förklaringsmodell, utifrån vilken medlemmarna tolkar patientens problem. Alla verkar ense om olika faktorerers inverkan och det finns inte någon enkel förklaring till mannens tillstånd. Utifrån yrkesidentitet förefaller läkaren och sjukgymnasten att i första hand ge den fysiska skadan dignitet, medan kuratorn sätter psyko-sociala orsaker i första rummet. Arbetsterapeuten och handläggaren tonar också ner den fysiska skadan till förmån för en psykologisk förklaring. Alla i teamet verkar ha en övertygelse om de inre, själsliga faktorernas betydelse för mannens situation och de flesta behandlingar tycks ha som målsättning, att övertyga honom om att de psykologiska mekanismernas överväger. Begreppet "kropp och själ" skall beskriva helhetssynen, men jag upplever ett ständig dilemma hos teamet i avvägningen av de två komponenterna. Hur mycket är "kropp" och hur mycket är "själ"?

Kuratorn vinner i konkurrensen om vem i teamet, som kan ge den bästa hjälpen. Alla utom sjukgymnasten, tror att samtalsbehandling är den bästa vägen att bota patienten. Sjukgymnasten vill försöka ge patienten insikt genom massage. Handläggaren har sett en iver hos kärnan i teamet att åstadkomma det omöjliga. Lusten att vara frälsare och befria patienten, där ingen annan har lyckats. Samtidigt ger hon gruppen en eloge och anser att mannen fått en "del andra tankar" under rehabiliteringstiden, som kan vara till hjälp för honom. Läkaren underkänner resultatet av de övrigas insatser, eftersom patienten fortfarande är helt sjukskriven. Han är emellertid övertygad om att samtal är den bästa behandlingsformen.

En norm, som förfaller styra synen på resultatet är "återgång till arbete". Ingen föreslår hel förtidspension. Arbetsåtergång i varierande grad är en bra lösning för kvinnan. Arbetsterapeuten verkar inte riktigt anamma reglerna. Hon tror att det vore bäst för mannen om han lämnades ifred, men fortsätter skyndsamt att lösningen nog blir en återgång á 25% , om teamet släpper patienten. Arbetsterapeuten är upptagen med instötningen i gruppen och håller på att lära sig reglerna. Tanken att patienten kan utnyttja sin insufficiens, för att slippa arbetslivet uttalas aldrig. En fråga som också dyker upp: Varför har teamet ansett att just Martin Magnusson behöver rehabilitering? Varför har man inte remitterat honom till "eget ansvar" eller till företagshälsovården?

Begreppet tunga patienter fanns med i Småort och är bland de första jag möter i Åberga. Är tunga patienter de patienter som gör experterna besvikna? Patienter som inte passar i verksamheten, om teamet skall kunna behålla sin tro på den gemensamma, officiella uppgiften? Det är angeläget att sortera bort de tunga fallen, om förväntningarna på snabb arbetsåtergång och minskade kostnader för sjukskrivning skall infrias. Kanske tyngden finns mellan verkligheten och de ideal som gruppen vill leva upp till?

Positivt och intressant är gruppens tydliga försök att närma sig en helhetssyn, som riktmärke i behandlingsarbetet. Imponerande är också teamets kamp för gruppssymbolen, trots den splittrade organisationen. Jag upplever t ex inga tecken till subgrupper eller skvaller kring medlemmarna och i min återföring till gruppen finns en öppenhet att diskutera varandras roller. I fantasins förlängning kanske rehabiliterings-teamen är ett embryo till ett nytt synsätt inom hälso- och sjukvården där det strikt, medicinskt-tekniska tolkningsföreträdet har tonats ner? Ytterligare ett tecken på kulturrevolution är synen på sjukskrivning, som inte längre anses vara den bästa hjälpen för människors lidande.

Den sista och kanske mest markanta förändringen är paramedicinarnas starka framtoning. Rehabiliteringsteamet ger dessa yrkesgrupper en möjlighet att använda sina yrkeskunskaper fullt ut. Det förutsätter att man också är beredd att axla ett ansvar för team-arbetet och att t ex de psykosociala experterna använder sina kunskaper kring mellan-mänskliga processer som en möjlighet att utveckla samarbetet.

Kunskaper om människor i grupp och insikt i de processer som gruppen skall gå igenom, borde vara den största tillgången vid start och utveckling av teamarbete. Likaså att kunskaperna delges de medlemmar som ingår i teamet och att undervisning i gruppers interaktion inleder den nya gruppens födelse. Regelbunden handledning kan också vara en garanti mot stagnation och konserverande av destruktiva handlingsmönster. I mina enskilda samtal med Åbergateamets medlemmar, upplevde jag ett stort behov av att få dryfta sina tankar kring det komplexa och ofta tålamodsprövande arbete, som rehabiliteringsprocessen innebär för behandlaren. Ytterligare en faktor är hur organisationen kring teamet är uppbyggd. Här finns kanske risken för de hinder, som splittrade arbetstider, osäkerhet huruvida vissa medlemmar ingår i gruppen eller inte och ett otydligt ledarskap, innebär. Det är således värt att poängtera organisationens uppbyggnad som i hög grad inverkar på gruppens möjlighet till samarbete.

Som slutord vill jag understryka att min egen erfarenhet av teamarbete, ofta fått mig att tvivla på tanken på teamets obegränsade möjlighet att påverka och ta ansvar. Jag kan, å andra sidan, inte heller finna något bättre arbetssätt utifrån vilket hälso- och sjukvård skall bedrivas.

Litteraturförteckning

Esbjörnsson, Eva. Personlighet och Smärta - psykologiska faktorerens betydelse för arbetsåtergång hos patienter med kroniska ländryggsbesvär. Akademisk avhandling, Göteborg 1984.

Englund, Peter. Förflutenhetens landskap. *Om missnöje och andra historiska känslor*. Atlantis, Stockholm 1991.

Hansson, Sven-Ove. Introduktion till Richard Edwards essä: *Den personliga kontakten - kapitalistisk konkurrens och enkla former av kontroll*. Recension av forskningsrapport av Marie Jahoda ur *Employment and Unemployment* 1982. Idéer om arbete. Volym 6. Tidens Förlag, Stockholm 1992.

Kronvall, Kai, Olsson, Eric och Sköldborg, Torgny. Förändring och lärande. En utmaning för offentlig sektor. Studentlitteratur, Lund 1991.

Lenéer-Axelson, Barbro och Thylefors, Ingela. Arbetsgruppens psykologi. Natur och Kultur, Stockholm 1991.

Lindqvist, Rafael och Bäckström, Ingegärd. *Arbete och rehabilitering - en pilotstudie om arbetsvillkor, myndighetsåtgärder och långtidssjukskrivnas attityder i två Västerbottenskommuner*. Sociologiska institutionen, Umeå Universitet. No 103 1992.

Loeser, John D och Egan, Kelly J. Managing the chronic pain patient. Theory and practice at the University of Washington Multidisciplinary Pain Center. Raven Press, New York 1989.

Menzies, Isabel E P. *A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. A report on a study of the nursing service of a General Hospital*. Tavistock Publications LTD, London 1959.

Moxnes, Paul. Att lära och utvecklas i arbetsmiljön. Natur och Kultur, Stockholm 1984.

Olsson, Eric. *Föreläsningar i socialpsykologi. Det sociala livet - påverkan eller social konstruktion*. Stencil, Socialhögskolan i Lund 1989.

Olsson, Eric. *Förändring och konflikt*. Studentlitteratur, Lund 1988.

Olsson, Eric. *Mellanmänskliga förändringsprocesser*. Studentlitteratur, Lund 1985.

Quinn-Patton, Michael. *Qualitative evaluation and research methods*. Sage Publications, Newbury Park, California 1980.

Riksförsäkringsverket Redovisar 1989:10 *Projekt inom den allmänna socialförsäkringen vid de allmänna försäkringskassorna 1988/89*.

Riksförsäkringsverket Redovisar 1990:2 *Rehabilitering i utveckling*.

Riksförsäkringsverket Redovisar 1990:13 *Tidig rehabilitering av sjukskrivna med sjukdomar i rörelseorganen - ett samverkansprojekt för att minska och förebygga långtidsfrånvaro*.

Riksförsäkringsverket Redovisar 1990:22 *Riskgrupper för förtidspensionering och betydelsen av rehabilitering*.

Riksförsäkringsverket Redovisar 1991:6 *Projekt inom socialförsäkringen vid de allmänna försäkringskassorna 1991/92*.

Riksförsäkringsverket Redovisar 1992:4 *Projekt inom socialförsäkringen vid de allmänna försäkringskassorna 1992/93*.

SoS - rapport 1993:10 *Rehabilitering inom hälso- och sjukvården - för alla åldrar och diagnoser*. Nordsteds Tryckeri AB, Stockholm 1993.

SOU 1988:41 *Tidig och samordnad rehabilitering. Betänkande av rehabiliteringsberedningen*. Allmänna Förlaget, Stockholm 1988.

Samuelson, Tom. *Team - det menneskelige konkurransefortrinn*. Norsk Institutt for personalutvikling og administrasjon. Østfold Trykkeri, Askim 1992.

Starin, Bengt och Svensson, Per-Gunnar. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Studentlitteratur, Lund 1994.

Zander, Alvin. Cohen, Arthur R. Stotland, Ezra. *Power among professions*. Ur *Studies in social power*. The University of Michigan, Ann Arbor 1959.

Åberg, Jonas. *Från arbetsrehabilitering till Case Management - nya metoder, nya samarbetsformer i psykosocial rehabilitering*. Media - Alternativ. Stockholm 1993.

I serien **MEDDELANDEN FRÅN SOCIALHÖGSKOLAN** har utkommit:

- 1981:1 **FOSTERBARNSVÅRD OCH EKONOMI** av Peter Westlund
- 1981:2 **EN ALKOHOLENKÅT - OCH VAD SEN DÅ?** En modell för alkoholundervisning i en sjätte klass av Inger Farm och Peter Andersson
- 1981:3 **PSYKOLOGIN I SOCIALT ARBETE: EN PEDAGOGISK DISKUSSION** av Eric Olsson och Christer Lindgren
- 1982:1 **VAD BÖR EN KURATOR KUNNA?** av Karin Stenberg och Britta Stråhlén
- 1982:2 **LVM BAKGRUND OCH KONSEKVENSER** av Peter Ludwig och Peter Westlund
- 1982:3 **INSYN - ETT FÖRSÖK TILL INSYN I ARBETSMILJÖN PÅ EN SOCIALFÖRVALTNING.** En intervjuundersökning av Pia Bivered, Kjell Hansson, Margot Knutsson och P-O Nordin
- 1983:1 **AVGIFTER PÅ SOCIALA TJÄNSTER - principer och problematik** av Per Gunnar Edebalk och Jan Petersson
- 1983:2 **EN INDELNING AV RÄTTEN - hjälpmedel vid inläsning av juridiska översiktskurser** av Lars Pelin
- 1983:3 **OM SOCIALA OMRÅDESBESKRIVNINGAR** av Verner Denvall, Tapio Salonen och Claes Zachrisson
- 1983:4 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del I Förhållandena 1977** av Åke Elmér
- 1983:5 **PSYKOLOGISKA FÖRKLARINGSMODELLER I SOCIALT ARBETE** av Alf Ronnby
- 1983:6 **FACKFÖRBUNDENS SJUKKASSEBILDANDE. EN STUDIE I FACKLIG SJÄLVHJÄLP 1886-1910** av Per Gunnar Edebalk
- 1984:1 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del II Utvecklingen 1945-1977** av Åke Elmér
- 1984:2 **FRÅGETEKNIK FÖR KVALITATIVA INTERVJUER - En sammanställning** av Hans-Edvard Roos
- 1984:3 **AKTIONSFORSKNING SOM FORSKNINGSSTRATEGI** av Kjell Hansson
- 1984:4 **FÖRÄNDRINGSPROCESSER INOM GRUPPER OCH ORGANISATIONER I PSYKOLOGISK OCH SOCIALPSYKOLOGISK BELYSNING** av Eric Olsson (SLUT)
- 1984:5 **ROLLSPEL - TILLÄMPNING OCH ANALYS** av Kjell Hansson
- 1985:1 **IDROTT OCH PSYKOSOCIALT ARBETE** av Kjell Hansson
- 1986:1 **ARBETSRAPPORT. Att arbeta på barn- och ungdomsinstitution - en pilotstudie** av Leif Roland Jönsson
- 1986:2 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977 (1983). Del III Utvecklingen inom oförändrade grupper** av Åke Elmér

- 1986:3 UNGDOMAR, SEXUALITET OCH SOCIALT BEHANDLINGSARBETE PÅ INSTITUTION - Intervjuundersökning bland personalen på tre hem för vård eller boende i Skåne av Maud Gunnarsson och Sven-Axel Månsson
- 1987:1 FATTIGVÅRDEN INOM LUNDS STAD - den öppna fattigvården perioden 1800-1960 av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:2 FORSKNINGSETIK OCH PERSPEKTIVVAL av Rosmari Eliasson (SLUT)
- 1987:3 40 ÅRS SOCIONOMUTBILDNING I LUND av Åke Elmér
- 1987:4 VÄLFÄRD PÅ GLID - RESERAPPORT FRÅN ENGLAND av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:5 ATT STUDERA ARBETSPROCESSEN INOM SOCIALT BEHANDLINGSARBETE av Leif Roland Jönsson
- 1987:6 SOCIALTJÄNSTLAGEN OCH UNGA LAGÖVERTRÄDARE av Anders Östnäs
- 1987:7 FORSKAREN I FÖRÄNDRINGSPROCESSEN av Eric Olsson
- 1988:1 EN UPPFÖLJNING AV BARN SOM SKILTS FRÅN SINA FÖRÄLDRAR av Gunvor Andersson
- 1988:2 THE MAN IN SEXUAL COMMERCE av Sven-Axel Månsson
- 1988:3 FRÅN MOTSTÅND TILL GENOMBROTT. DEN SVENSKA ARBETSLÖSHETSFÖRSÄKRINGEN 1935-54 av Per Gunnar Edebalk
- 1988:4 MALMÖ - i kulmen av fattigdomscykeln av Tapio Salonen
- 1988:5 PROJEKT ÖSTRA SOCIALBYRÅN - en processbeskrivning av ett förändringsarbete med förhinder av Anna Meeuwisse
- 1988:6 UTDELNINGEN AV SPRUTOR TILL NARKOMANER I MALMÖ OCH LUND av Bengt Svensson
- 1988:7 HEMTJÄNSTEN PÅ 2000-TALET red av Peter Andersson
- 1989:1 FATTIGLIV av Gerry Nilsson
- 1989:2 MAKTHET OCH MOTSTÅND - aspekter på behandlingsarbetets psykosociala miljö av Leif R Jönsson
- 1989:3 FOSTERHEMSFÖRVALTNINGEN av Bo Vinnerljung
- 1989:4 GUSTAV MÖLLER OCH SJUKFÖRSÄKRINGEN av Per Gunnar Edebalk
- 1990:1 DET ÄR RÄTT ATT FRÅGA VARFÖR - undersökningar om socialt arbete red av Verner Denvall
- 1990:2 SCENFÖRÄNDRING - FORSA-symposiet Helsingborg/Gilleleje
- 1990:3 KULTURMÖTEN INOM SOCIALTJÄNSTEN - erfarenheter och reflektioner red av Immanuel Steen
- 1990:4 HEMMABOENDEIDEOLOGINS GENOMBROTT - åldringsvård och socialpolitik 1945-1965 av Per Gunnar Edebalk

- 1991:1 **PROJEKTILLVARO** - en processanalys av ett socialbyråprojekt
av Anna Meeuwisse
- 1991:2 **ORGANISATIONENS PÅVERKAN PÅ SJUKFRÅNVARON** --hur en forskningsprocess
och en personlig utvecklingsprocess kan integreras med hjälp av
handledning av Katrin Tjörvason
- 1991:3 **SEXUALITET OCH SOCIALT ARBETE PÅ INSTITUTION** av Åsa André
- 1991:4 **MIND THE GAP** - en reseberättelse från England 1-8 april 1990 av
Mats Dahlberg, Jan Lanzow Nilsson, Margot Olsson och Claes Norinder
(red)
- 1991:5 **DRÖMMEN OM ÄLDERDOMSHEMMET** - Äldringsvård och socialpolitik 1900-1952
av Per Gunnar Edebalk
- 1992:1 **POLICY, INTEREST AND POWER. Studies in Strategies of Research
Utilization** av Kjell Nilsson
- 1992:2 **STÖD och AVLASTNING. Om insatsen kontaktperson/-familj**
av Gunvor Andersson
- 1992:3 **REHABILITERING AV TORTYRSKADADE FLYKTINGAR I MALMÖ.**
Utvärderingsrapport av Norma Montesino
- 1992:4 **MÅL, VERKSAMHETSMEDEL OCH BEHANDLINGSIDEER I TVÅ MÄNNISKOBEHANDLANDE
ORGANISATIONER** av Marie Söderfeldt
- 1992:5 **235 SYSKON MED OLIKA UPPVÄXTÖDEN** - en retrospektiv aktstudie
av Bo Vinnerljung
- 1993:1 **GRÄNSÖVERSKRIDANDE I PRAKTIK OCH FORSKNING - TVÅ EXEMPEL**
av Bo Vinnerljung
- 1993:2 **HÖRSELSKADADE I ARBETSLIVET** - Ett stress/kontroll perspektiv -
av Ann-Christine Gullacksen
- 1993:3 **NORMALITY, SOCIAL WORK AND THE CREATION OF EVERYDAY LIFE
SETTINGS** av Matts Mosesson (ed)
- 1993:4 **SEVEN SWEDISH CASES: PRODUCTION REGIME, PERSONELL POLICY
AND AGE STRUCTURE IN SEVEN SWEDISH FIRMS IN THE ERA OF THE
SWEDISH MODEL** av Gunnar Olofsson och Jan Petersson
- 1994:1 **BOENDEBASEN I KRISTIANSTAD - EN UTVÄRDERING** av
Bengt Svensson
- 1994:2 **Omsorgens vardag och villkor: 20 DOKTORANDER GRANSKAR FEM
AVHANDLINGAR** red av Åsa André och Rosmari Eliasson
- 1994:3 **LVM-VÅRD AV NARKOMANER. Rapport från Avgiftningsenheten i
Malmö: Patienterna, arbetsmetoderna och resultaten** av
Kerstin Nilsson och Dolf Tops

Exemplar kan rekvireras från socialhögskolans expedition, adress
Socialhögskolan, Box 23, 221 00 LUND

the 1990s, the incidence of *S. flexneri* has increased in the United Kingdom [10]. In the United States, *S. flexneri* has been reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [11].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the 1970s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [12]. In the 1980s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [13].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [14]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [15]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [16].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [17]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [18]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [19].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [20]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [21]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [22].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [23]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [24]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [25].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [26]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [27]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [28].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [29]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [30]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [31].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [32]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [33]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [34].