

Eva-Britt Larsson

En person med psykosociala arbetshinder

En analys av de ekonomiska konsekvenserna av utebliven
rehabiliteringssamverkan

Ingvar Nilsson & Anders Wadeskog

1999-11-30

1. INLEDNING

1.1 Vårt uppdrag

Vid Arbetsmarknads Centrum (AC) i Södertälje Kommun genomförs sedan ett drygt år tillbaka ett rehabiliteringsarbete riktat mot den grupp **av människor som har vissa psykiska och sociala arbetshinder och där rehabinsatserna behöver samordnas**. Projektets ekonomiska konsekvenser ska nu beskrivas inför ett beslut om en eventuell fortsättning.

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

Vi har fått i uppdrag av rehabiliteringsprojektet vid arbetsmarknadscentrum att genomföra en ekonomisk konsekvensbeskrivning av projektets verksamhet. Detta är rapporten av denna utvärdering

1.2 Syftet med studien

Syftet med denna studie är att

- studera de ekonomiska konsekvenserna av rehabiliteringssamverkan med utgångspunkt i rehabprojektet vid AC
- studera de ekonomiska konsekvenserna av rehabprojektet för de olika aktörerna på kort och lång sikt
- fånga de mer principiella problem som kan uppstå då man ska samverka kring rehabilitering
- om möjligt studera vilka konsekvenser av detta som uppstår för den enskilde och dennes familj
- om möjligt peka på utvecklingsmöjligheter för projektet

1.3 Vår arbetsmetod

1.3.1 En kalkylmodell

Vår arbetsmetod bygger på en egenutvecklad **datorbaserad samhällsekonomisk kalkylmodell**. Idén är att utgå från individuella rehabförlopp, rehabkedjor, samt att jämföra ett förväntat utfall (eller bedömt utfall) med ett tänkt referensalternativ. Därefter ställs de två händelsekedjornas ekonomiska konsekvenser mot varandra - ofta i ett "Best case" mot ett "Worst case". I "Best Case" genomförs rehabprojektet enligt dess intentioner. "Worst Case" är situationen utan rehabprojektet, dvs. utan samverkan i någon nämnvärd grad.

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

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

Metoden innebär en förenkling av verkligheten men skapar samtidigt tydlighet och fungerar som ett pedagogiskt tankeredskap. Resultatens begränsningar är beroende av hur väl man lyckats formulera själva scenarierna.

Konkret har vi i samråd med rehabprojektets ledning valt en individ **Eva-Britt Larsson**, (en kvinna, gift, i 40-årsåldern) med en måttlig psykiatrisk och/eller social problematik som med en genomtänkt och gränsöverskridande rehabprocess kan tänkas återgå till arbete. Hon är i någon mening representativ för målgruppen vid rehabprojektet.

Vår lokala expertgrupp har bestått av aktörer från AC, rehabprojektet, psykiatrin, AMI, försäkringskassa, IFO samt kommunens arbetsmarknadsavdelning.

1.3.2 En pedagogisk modell

Arbetet har skett konkret på följande vis. En projektgrupp (vår expertgrupp) har beskrivit, kvantifierat och hjälpt oss att prissätta de olika aktiviteterna i två parallellscenarier i ett antal steg.

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

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

Detta har därefter sammanställts av oss i en första sammanhängande bild varefter denna bild trovärdighetstests i form av ett gemensamt seminarium. Bilden reviderades därefter och de olika aktörerna har kompletterat sitt arbete, framförallt genom att ta fram mera exakta kostnader för varje aktivitet.

Detta sammanställs återigen till en ny bild som testats mot den professionella gruppen och slutreviderats. Sammanlagt har genomförts tre seminarier tillsammans med expertgruppen.

Arbetet för expertgruppen sker således dels som individuellt arbete och dels som ett antal arbetsseminarier. Vår egen uppgift har varit att ge arbetet en struktur och tillföra en pedagogisk process, sammanställa och göra en syntes av de olika delarna samt genomföra det konkreta kalkylarbetet.

Det konkreta kalkylarbetet sker med hjälp av KALAS (Kalkyl och Analysmodell för Lokala Aktörers Samverkan) som är tillämpbar för att analysera både förvaltnings-

och samhällsekonomiska konsekvenser av olika offentliga åtgärder där en eller flera lokala aktörer är involverade.

Arbetet har lett till fyra typer av resultat

- * konkreta siffror som ger en bild av de ekonomiska vinsterna av att samverka mellan olika aktörer
- * en fördjupad förståelse för den situation som personer utsatta för rehabiliteringsinsatser lever under
- för arbetsgruppen som arbetat med Eva-Britt Larssons liv en helhetsbild av alla de insatser som görs kring henne och vilka konsekvenser detta kan leda till
- konkreta idéer om hur rehabprojektet i Södertälje kan och bör utvecklas

1.4 Rapportens disposition och uppläggning

Rapporten inleds med en beskrivning av Eva-Britts liv (kap 2). Därefter följer en skildring av hennes livsresa om rehabprojektet inte existerade – vårt referensalternativ (kap 3+4). I nästa kapitel (kap 5) skildras de bakomliggande mekanismer som kan vara orsaken till det tragiska livsförloppet i worst case. Därefter (kap 6) följer en ekonomisk konsekvensbeskrivning av detta livsförlopp.

Vi övergår därefter (kap 7) till att skildra vad som kan hända med rehabprojektet – studiens best case. Detta (kap 8) följs av en beskrivning av ett sorts samhällsperspektiv på personer som Eva-Britt. De ekonomiska konsekvenserna av en lyckad rehabprocess skildras därefter (kap 9).

Vi avslutar med att lägga några förslag kring hur vi anser att man kan och/eller bör gå vidare med rehabprojektet.

2. EVA-BRITTS LIV

2.1 Förhistorien

Eva-Britt föddes den **tredje juni 1959** på BB i Södertälje. Modern var en självupppoffrande kvinna som under Eva-Britts uppväxt gjorde allt för att hålla hemmet samman trots den något alkoholiserade och ofta frånvarande fadern.

Eva-Britt växte upp som en positiv och glad flicka. Hon var flitig i skolan även om hennes studieresultat inte var de allra bästa. Hon var omtyckt av kamraterna inte minst

på grund av sitt osjälviska och uppoffrande sätt. Hade hon glass och godis delade hon alltid med sig.

Efter skoltiden utbildade hon sig till undersköterska med inriktning mot äldreomsorg. Strax efter det att hon fått sitt första jobb på geriatriska kliniken på Södertälje sjukhus (1981) träffade hon Bengt som då arbetade som verktygstekniker på Scania. Året därefter blir hon gravid och de gifter sig.

De utgör ett strävsamt och förnöjsamt par och i slutet av åttiotalet flyttar man in i radhus. Barnen kommer i tät följd Johan född –83, Karin – 85 och Patrik –89.

Eva-Britt är mycket omtyckt på sitt jobb. Hon är den där slitstarka, positiva och hjälpsamma arbetskamraten som alla gillar. Tar med sig hembakt bröd till fiket och har alltid tid att sätta sig ner och lyssna. Den enda hon egentligen inte har tid för är sig själv. Det blir långa dagar. När hon kommer hem är det matlagning och tre barn som ska skjutas till än det ena och än det andra och så läxläsning förstås. Man pratar inte så mycket därhemma.

Efter den tredje graviditeten börjar Eva-Britt känna av besvär både från ryggen och nacken och går till doktorn i början av -93 och blir ordinerad sjukgymnastik. Hon börjar också få lite svårt med sömnen. Det är sällan hon har tid för sig själv. Det gäller att hålla alla i familjen på gott humör. Helt och rent, lagad mat, välsköta barn och en tacksam make.

Men hon lider (delvis omedvetet) i tysthet över att aldrig få vila och att aldrig få tid för sig själv. Under hela denna tid har hon täta kontakter med sin sjukliga mamma som binder Eva-Britt starkt till sig inte minst genom att hårt skuldbelägga henne för att hon bryr sig så lite om sin sjukliga mamma. Pappan dog i början av åttiotalet efter en hjärtinfarkt.

Eva-Britt blir tröttare och tröttare och sömnrubbingarna blir värre och värre. I takt med att hon blir allt tröttare kämpar hon allt hårdare för att upprätthålla skenet. Ibland kan hon uppleva glimtar av förtvivlan och hopplöshet. Vad ska allt detta kämpande vara bra för? Då kommer hon i kontakt med en stark känsla av meningslöshet. Men för Bengts och barnens skull kämpar hon vidare. Hon kan också inom sig känna en bitterhet över att inte få den uppskattning hon tycker sig förtjäna och att ingen ser henne och hennes behov. Det maler en tyst dov ilska inne i hennes bröst.

Bengt ser hennes gradvisa förändring och står handfallen och förvirrad vid sidan av och betraktar det hela med en stilla förtvivlan. Han förstår inte vad som händer. Var tog den där glada Eva-Britt vägen? Även arbetskamraterna kan skönja förändringen, men ingen vågar ta upp det och prata med Eva-Britt om det.

2.2 Genombrottet 1996

Våren 1996 blir en tung hård tid för Eva-Britt. Sömnlösheten blir allt värre och ryggsmärtorna tilltar. Meningslöshetskänslan ökar och hon blir allt mer inbunden och blir lätt irriterad över småsaker. Hon uppsöker företagsläkaren som ger henne Sobril,

men det gör henne bara ännu tyngre. Vid ett flertal tillfällen när Bengt kommer hem ligger hon på sängen och gråter.

Det definitiva genombrottet för Eva-Britts del kommer sommaren 1996. Arbetet på sjukhuset är hårdare än någonsin på grund av alla semestrar, barnen pockar på hennes tid under sommarlovet och strax innan familjen ska åka iväg på bilsemester **avlider hennes mamma** i hemmet efter en hjärnblödning. Detta blir droppen för Eva-Britt som blir **helt apatisk**. Hon **sjukanmäler sig** och stannar hemma från jobbet. Hon klär inte på sig, lagar inte mat. Familjen vet inte vad dom ska göra. Till slut går hon knappt upp ur sängen. Det finns ingen mening med livet längre. Barnen blir mycket oroliga. De känner inte igen sin mamma.

2.3 Perioden därefter

Tiden som följer stannar hon hemma från jobbet. Inledningsvis söker hon sig till sin husläkare som i ett första varv ger henne förnyad sjukskrivning för hennes ryggbesvär. Hon erhåller också **Sobril och sömnmedel**. Men efter hand övergå sjukskrivningsperioderna till att handla om hennes egentliga problem. Depression eller utbrändhet som doktorn föredrar att kalla det. Man skriver ut antidepressiv medicin till henne. Omsättningen av läkare på vårdcentralen betyder att ingen egentligen får riktigt grepp om hennes sjukdomstillstånd. Detta är både bekvämt för Eva-Britt som på så sätt kan slippa ta tag i sitt grundproblem på allvar. Samtidigt får hon åter en gång en bekräftelse på att ingen är beredd att lyssna på hennes historia. **Hennes osynlighet förstärks.**

Det blir **rehabhandläggaren** på försäkringskassan som reagerar på de upprepade och allt längre sjukskrivningsperioderna. Kontakter tas mellan försäkringskassan och primärvården, men läkarbytena innebär att en samla d bild av Eva Britts situation inte går att få.

Hon **gråter mycket** nu. Hon har tidigare brytt sig mycket om sitt yttre. Alltid varit sminkad och haft fina kläder. Nu slutar hon med det och **går hemma i en säckig träningsoverall** och med stripigt hängande hår. Familjen sluter sig och håller samman bilden av den fungerande familjen mot omvärlden. Eva-Britt går inte ens ut till brevlådan, för att slippa bli sedd av grannarna och kanske behöva svara på obehagliga frågor. Det gäller att hålla masken

Hon förstår inte själv vad som händer. Hon är förvirrad, osäker och känner att hon mycket snabbt **har tappat fotfästet i livet.**

Barnen far illa. Den äldste, som nu går i 8.e klass blir stökig i skolan han bråkar och slås och blir ertappad några gånger med att ha snattat godis i ICA-hallen. Efter diverse kontakter med rektor och klassföreståndaren kopplas PBU in. Mellanflickan som är 12 år gammal försöker ta över mammas roll. Hon städar, lagar mat och drar sig undan sina kamrater. Hon måste hålla koll på mamman. Patrik, lillpojken som nu börjat 2:a klass, drar sig undan och isolerar sig i sin fantasivärld bestående av serietidningar och videospel. **Pappa Bengt står handfallen** bredvid och vet inte vad han ska göra. Han jobbar allt oftare övertid. Det är som om han flyr in i jobbet.

En dag då Eva-Britt är med Bengt och handlar på OBS får hon **våldsamt hjärtklappning** och blir alldeles kallsvettig och tror att hon är på väg att dö. Bengt kör henne i ilfart till akuten på sjukhuset där man konstaterar att hon inte har några fysiska symtom. Hon har fått en panikångestattack. Men hon har tur, den jourhavande läkaren är en klok person och ser till att hon får en **remiss till den öppna psykiatriska mottagningen**

För första gången får hennes tillstånd ”psykiatriska förtecken”. Med den största tvekan och efter flera återbud från Eva-Britts sida, beger hon sig dit. Hon får prata med en kurator och beskriva sin situation och sitt problem. Hon får tid hos doktor och så småningom även en **kontaktperson** att träffa en gång per månad.

Men hon drabbas **av panikattacker** flera gånger framöver, inte minst nattetid då hon väcker en vettskrämd familj i den fasta föreställningen att hon ska dö. Hennes dödsskräck är stor och tilltar.

Vid några tillfällen blir hon med anledning av den svåra panik hon känner inskriven för vård på **EMY-hemmet** (slutenvård). Vid dessa tillfällen vårdas hon några veckor i taget. Dessa vårdtillfällen får Eva-Britt att känna sig ännu mera misslyckad och hon börjar nu **stämpla sig själv** som ”rubbad”. Hon kan liksom inte få ekvationen att gå ihop. Varför är det så här? Jag har ju så mycket att vara tacksam för, är ord som gång på gång återkommer vid samtal med henne.

Hon vill inte att hennes arbetskamrater ska få veta att hon mår dåligt psykiskt. Hon har hela tiden fram till nu lyckats maskera sina sjukskrivningar såsom ryggbesvär. Arbetskamraterna har flera gånger försökt ta kontakt, men hon har dragit sig undan. Till slut har hon i ren desperation **sagt upp sig från jobbet**. Hon har nu inte varit på sin arbetsplats på 20 månader

Hon försörjs under denna tid i huvudsak genom **sjukpenning**. Mellan varven blir hon friskskriven och erhåller då **A-kassa**. Vissa perioder har hon ingen inkomst alls. Familjens ekonomi ansträngs hårt under dessa perioder.

3. VÄGVALET

Vad var det som hände? Eva-Britt, **en kapabel men självuppoffrande kvinna som till följd av ett antal yttre och inre omständigheter bröt samman**. Varför? Kanske var det så att summan av alla de krav som ställdes på Eva-Britt blev för mycket. Kanske var det så att moderns död eller vikariesituationen på jobbet blev den utlösande faktorn. Kanske var det familjens krav som blev strået som knäckte kamelens rygg. Vi vet inte.

Men vi vet att det **från och med nu föreligger ett vägval**. Den ena vägen (den inslagna vägen) innebär fortsatta accelererande samhällsinsatser under resten av Eva-Britts liv. Den andra vägen innebär en inledande kraftansträngning för att hjälpa Eva-Britt att återfinna sin kapacitet och förmåga (rehabiliteringsvägen).

Men kanske är det inte fullt så enkelt att Eva-Britts liv består av ett val mellan två tydliga alternativ. Om hon vandrar vidare längs den inslagna vägen finns ytterligare ett vägval – **ett vägval som sannolikt kommer att göras av hennes familj**. Kommer dom att orka, kommer dom att stå ut? Eva-Britt är en person som inte är lätt att leva med. Kommer dom att överge henne? Detta är nämligen en avgörande skillnad inte bara för Eva-Britt. Utan också för samhället och i all synnerhet kommunen. Så länge familjen, och i första hand maken står henne bi, utgör den hennes fundamentala nätverk både socialt och finansiellt. Om dom överger henne, blir hon i högsta grad en kommunal angelägenhet. Inte minst ur ett försörjningsperspektiv.

Så låt oss studera tre olika alternativ

- a) på väg mot stupet – och enade vi stå
- b) på väg mot stupet – men söndrad vi falla
- c) på väg tillbaka – men inte på egen hand

4. PÅ VÄG MOT STUPET

Eva-Britts liv kom aldrig på rätt köl. Visserligen fanns det många som såg nackdelarna både för Eva-Britt och samhället av att vandra den inslagna vägen. Men kortsiktiga sparbetning, ett snävt myndighetstänkande och brist på engagemang och fantasi ledde till att ingen tog tag i situationen

4.1 Förlopp – del I

4.1.1 1998

Under 1998 har Eva-Britt **en kontaktperson inom psykiatris** öppna verksamhet - Susanne, en kurator som hon får träffa någon timme varannan vecka. Läkarkontakten upprätthålls sporadiskt. Hon får träffa en läkare (sällan samma) ungefär en gång per kvartal. För första gången känner hon sig sedd och lyssnad på. Antidepressiva medel hjälper henne att hålla sig flytande i vardagen.

Från försäkringskassans sida är man nu klar över att **Eva-Britt är ett svårt rehabiliteringsärende**. Erika, som är rehabiliteringshandläggare, är angelägen om att få igång en aktiv rehabprocess. Hon bokar en tid för träff med kontaktpersonen Susanne och Eva-Britt. Syftet med mötet är att få en bild av situationen. Hur ser Eva-Britts hälsotillstånd ut? Finns det hinder för att göra något som kan bidra till att hon kommer tillbaka till arbete? Vilka alternativ finns för henne? Studier? Arbetsprövning? Tillbaka till vården?

Erika har som inre bild vid mötet att få Eva-Britt tillbaka till arbete eller studier. Susannes mål är att värna om Eva-Britts psykiska hälsa och hon vill gå lugnare fram eftersom hon anser att Eva-Britt behöver en längre återhämtningsperiod och en viss dragkamp uppstår. Kollisionen mellan **arbetslinjen och omvårdnadslinjen**. Mötet avslutas i en något olustig stämning. Man är inte helt överens.

Eva-Britts ärende är till föremål för **prövning hos försäkringsläkaren** som ställer sig tveksam till den dia gnos som ställts. Man till och med överväger om Eva-Britt befinner sig i ett sjukdomstillstånd som är "sjukpenninggrundande. Detta leder till ytterligare friktioner mellan försäkringskassan och psykiatrin. Naturligtvis får detta Eva-Britt att känna sig ännu sämre.

Efter sommaren tycker man sig kunna se att Eva-Britt mår bättre än på länge. Kontakterna med Susanne på den psykiatriska öppenvården har gjort henne väl. Men i oktober byter Susanne jobb. Detta blir ett dråpslag för Eva-Britt. Hennes självförtroende rasar ytterligare. Personbytet inom psykiatrin leder också till att nya kontakter måste knytas mellan Erika på försäkringskassan och psykiatrin. Erika tycker att hon saknar fungerande samverkanspartners. I ren desperation köper försäkringskassan in en tio-gångers behandling för Eva-Britt hos en psykoterapeut.

Man diskuterar **arbetsprövning för henne vid AMI, men arbetspsykologen som gör en bedömning av Eva-Britts tillstånd anser inte att detta är särskilt meningsfullt**. Eva-Britt klassas som för sjuk. För att bli till föremål för arbetsprövning krävs att man kan arbeta minst till 50% med fyra arbetstimmar per dag. Eva-Britt kvalar inte in.

Psykologen hävdar också att det finns för många oklara problem som gör att det är för tidigt med yrkesinriktad rehabilitering. Hon förefaller ha väldigt ont i rygg och nacke, självförtroendet är i botten och hon kan bara tänka på egna svårigheter. Hon är **ännu ej motiverad**. Hon är **mycket lång från att vara anställningsbar**.

Nu börjar situationen att bli knepig för Eva-Britt. AMI har efter utredning funnit att Eva-Britt inte står till arbetsmarknadens förfogande. Och försäkringskassan anser att hon är frisk nog att klara ett arbete. **För frisk för sjukpenning för sjuk för att vara till föremål för arbetsmarknadspolitiska åtgärder**. Det är nu den stora krocken i regelverken inträffar. Flera alternativ står öppna. Indragen sjukpenning är en sådan. Från försäkringskassans sida vill man genom åtgärden "köp av tjänstemedel" köpa en datautbildning till Eva-Britt. Detta är något som inte är riktigt förankrat hos henne. Men hon känner sig i underläge och hotad. Hon är rädd för att bli av med sin sjukpenning varför hon tycker sig tvingad att gå med på detta fast hon egentligen inte vill.

Motvilligt infinner hon sig till datakursen en måndag morgon. Redan bussresan dit gör henne kallsvettig av nervositet. Tyst sitter hon längst bak i klassrummet de första dagarna. På natten mellan onsdag och torsdag får hon en **stark panikångestattack** och blir så övertygad om att hon är på väg att dö att hennes maken Bengt kör iväg med henne till psykakuten på Huddinge sjukhus, där hon efter visst besvär blir inskriven några dygn. Detta följs av en tids vistelse på EMY-hemmet och då hon skrivs ut därifrån förtätas hennes kuratorskontakter med öppenvården.

Det råder en allmän oklarhet kring vad som är Eva-Britts problem. Är hon psykiskt sjuk? Är hon utbränd? Är hon arbetslös? Är det en kompetensbrist? Vad är egentligen Eva-Britts problem? Och vem är ansvarig för att något görs åt detta?

Under hösten upps tår också **problem i skolan för äldste sonen Johan** som nu går i 9:e klass. Han börjar snatta och blir upptäckt vid flera tillfällen. Polis och socialtjänst kopplas in. Man gör en utredning kring sonen, men Eva-Britt slipper bli inblandad eftersom Bengt blir den förälder som infinner sig på socialbyrån för samtal. Hösten blir svår för Eva-Britt och hennes familj.

Eva-Britt är i övrigt fortfarande helt osynlig för den kommunala socialtjänsten, eftersom hon ännu inte är något "ärende". Under denna period är Eva-Britt i huvudsak försörjd genom sjukpenning och vid de tillfällen hon är friskskriven stämplar hon på A-kassan.

4.1.2 1999

Under 1999 fortsätter **försäkringskassans ansträngningar med att rehabilitera** Eva-Britt. Under våren anses hennes allmäntillstånd vara så gott att hon efter påtryckningar från Erika på kassans rehabenhet genomgår en prövning hos arbetspsykologen, som efter viss tvekan skickar henne vidare till **AMI för arbetsprövning**. Man gör en ganska rejäl utredning och motvilligt och med stor tvekan låter man henne på 50% arbeta inom barnomsorgen på ett fritidshem. Hon har nu 50% utbildningsbidrag och 50% sjukpenning. Till allas förvåning fungerar detta under 5-6 veckor ganska bra för Eva-Britt. Hon trivs på jobbet och sina arbetskamrater, men så uppstår en konfliktsituation på arbetsplatsen i samband med ett chefsbyte och Eva-Britt hanterar inte den stress detta medför. Dagen efter sjukanmäler hon sig och stannar hemma.

Detta misslyckande försvagar ytterligare hennes självkänsla. Och hennes motivation avtar i takt med att hon misslyckas

Eva-Britt har under denna period också fortsatta problem med smärtor i rygg och nacke varför hon uppsöker sin husläkare. Hon blir **ordinerad sjukgymnastik**. Det är som att ryggsmärtorna är en mera acceptabel sjukdomsbild som gör det möjligt för henne att både vara sjuk och behålla en viss självkänsla.

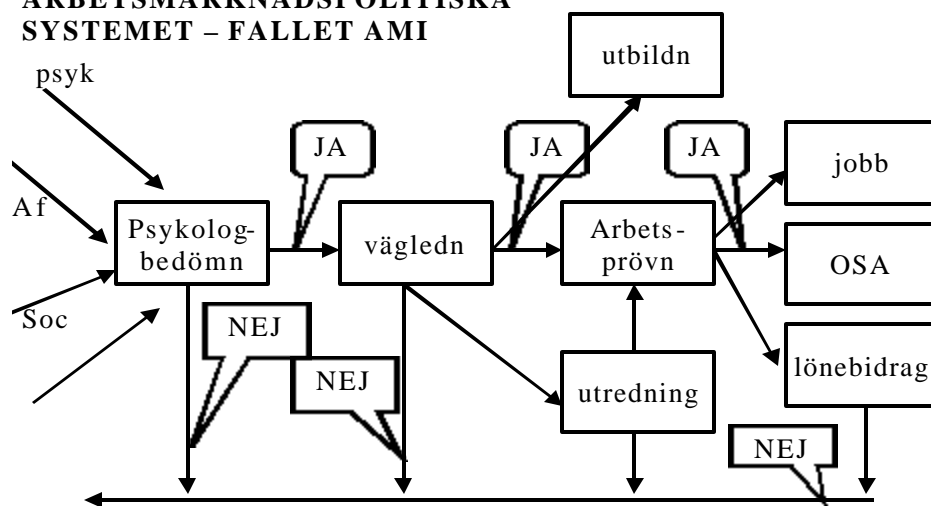
Hösten blir tung. Hon faller gång på gång ner i djup apati och depression. Detta leder till ett par kortare inskrivningar på EMY-hemmet. Detta är svårt att hantera för **Bengt och barnen**. Bengt börjar (efter stor tvekan och mycket motstånd) gå i **samtalsterapi hos kuratorn** inom öppenpsykiatri för att få hjälp att spegla sig själv och familjens situation.

Ryggsmärtorna tilltar – man gör utredning med hjälp av ortoped. Han hittar inget entydigt, men kan heller inte säga att det saknas skäl att tro på Eva-Britts uppgifter. Detta lilla hårstrå hänger hon sig gärna fast vid i sina mörka stunder. Det är nog ryggen det beror på...

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

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

ATT KVALA IN I DET ARBETSMARKNADSPOLITISKA SYSTEMET – FALLET AMI



4.1.3 2000

Man har nu **från försäkringskassans sida arbetat i cirka fyra år med fallet Eva-Britt**. Fortfarande råder oklarhet om vem som har ansvaret för hennes problem. Det råder faktiskt en oklarhet om vad som egentligen är problemet. Vad som emellertid förefaller tydligt är att hon inte passar in någonstans. Inom psykiatrin stödjer man henne i bearbetningen av hennes depression. Men bristen på arbete och meningsfull sysselsättning som mer och mer ser ut att förstärka den ursprungliga sjukdomsbilden, kan man inte göra något åt. **Rehabilitering till vad**, utbrister Susanne en dag förtvivlat då man pratar om Eva-Britts problem. Hon har då varit intagen en kortare period på EMY-hemmet.

Ett sista försök görs nu genom att kontaktpersonen inom psykiatrin och handläggaren på försäkringskassan med gemensamma krafter under senkvåren lyckas hitta **en utbildningsplats** på Hagabergs folkhögskola (för att skaffa en allmän gymnasiekompetens) som Eva-Britt kan pröva på. Från kassans sida går man med på att betala rehabersättning under tiden Eva-Britt deltar i utbildningen.

Utbildningen ska börja i augusti, och hoppet om att något äntligen ska hända hjälper Eva-Britt att hålla hakan över vattenytan. Men hon gruvlar sig för att ensam möta en ny och för stor och skrämmande grupp av okända människor. Susanne lovar att följa med henne första gången. Hon intensifierar också sina träffar med Eva-Britt de första veckorna av kursen. Till allas förvåning fungerar det bra. Ett visst hopp kan anas. I slutet av tredje veckan hamnar hon i en viss kris och stannar hemma ett par dagar, men återkommer måndagen därpå. Några veckor senare brister det dock på allvar. Utlösande för detta var ett gräl kring en kaffeautomat där Eva-Britt (orättvist anser hon själv) blev beskylld för att tränga sig och spela märkvärdig. Hon rusar storgåtande därifrån och kommer inte tillbaka. **Dagen efter är hon på nytt sjukskriven.**

Nu tycks alla ha glömt att **Eva-Britt en gång varit en kompetent och kapabel person** med stor förmåga att sköta ett ansvarsfullt jobb. Vem ser Eva-Britts friska sida? Försäkringskassan ser ett rehabproblem, AMI en person som inte är medicinskt färdigrehabiliterad, primärvården en person med rygg-nackproblem. Psykiatrin ser en skör människa i en evig behandlingssituation. Då vi lämnar Eva-Britt december 2000 har hon tappat sin sjukpenning och har inte längre a-kassa.

4.2 Förlopp del IIA – enade vi stå

4.2.1 2001

Från försäkringskassans sida är man nu tämligen övertygad om att **Eva-Britt har mycket små chanser att återvända till det traditionella arbetslivet**. Man ställer sitt sista hopp till att hon kanske ska kunna bli så frisk att en lönebidragsanställning eller en OSA-anställning ska kunna vara möjlig att uppnå. Om inte börjar man nu att överväga sjukbidrag och/eller förtidspension.

Samtalen inom psykiatrin fortsätter, men man börjar tröttna på Eva-Britt. Det känns som om man inte kommer någonstans

Familjen är naturligtvis hårt pressad. Barnen som nu går i högstadiet och gymnasiet tycker det är svårt att leva med en psykiskt nedgången mamma. Man upplever det som att man berövas sin sorglösa tonårstid, samtidigt som man är mycket orolig för sin mamma. Dom skäms och får bära mycket av ansvaret för familjen. Dottern går mer och mer in i rollen som husmor. Och äldsta sonen löser det hela genom att fly ut till kompisgänget. Han dricker för mycket. Yngsta grabben får så mycket problem med kompisarna i skolan att skolsköterskan tillsammans med klassföreståndaren tar kontakt med familjen, vilket leder till en rad besök på PBU-mottagningen.

Pappa Bengt biter samman. Han försöker sköta sitt jobb, klara ekonomin och hårda ut tillsammans med Eva Britt. Han drabbas av magsmärtor och besöker vårdcentralen. Ett begynnande magsår hanteras med Losec. Han får också medel att ”sova på”

Eva-Britt fokuserar sig stundtals mer på ryggsmärtorna än själen – om jag bara inte hade ont i ryggen så skulle allt vara mycket bättre tänker hon

4.2.2 2002

AMI anser nu att Eva-Britt är ett ”lost case”. Det finns inget kvar att göra. Hon avskrivs från alla aktiva åtgärder. Från försäkringskassans sida ser man nu sjukbidrag eller förtidspension som den enda utvägen, såvida man inte ska ta från henne sjukpengen för gott.

Hos **psykiatrin ser hon ut att bli en evighetspatient**. Ständiga återbesök. Upprepade träffar med kurator och doktor. Men nu ser man inte längre någon ljusning för hennes del. Det handlar mer om att upprätthålla hennes förmågor på den nivå där hon befinner sig. Man skriver ut en hel del antidepressiva läkemedel. Man skulle kanske kunna kalla henne Prozac-missbrukare.

Själv fortsätter hon sitt eviga spring till **vårdcentralen för att få sin rygg åtgärdad**. Ryggsmärtorna och den sjukgymnastik hon får då och då ger henne en viss känsla av normalitet.

I december 2002 är Eva-Britt 44 år. Hon kommer de resterande åren till sin ålderspension att försörjas av socialförsäkringssystemet. Eva -Britt är inte en person som med nödvändighet hade behövt hamna här. I vårdsveriges värsta personalkris på 20 år blir Eva-Britt en i onödan förtidspensionerad undersköterska. **Den totala notan för hennes försörjning de kommande 21 åren uppgår till cirka 1.700.000 kronor.** Dessa pengar kommer att i allt väsentligt utbetalas från socialförsäkringssystemet

Det produktionsvärde samhället går miste om till följd av rehabiliteringsmisslyckandet uppgår till cirka 3.300.000 kronor, om vi förutsätter att hon med en framgångsrik rehabilitering skulle kunna återgå till sitt gamla arbete eller ett likvärdigt arbete.

4.3 Förlopp del IIB – söndrade vi falla 2001-2002

4.3.1 2001

Nej, så gick det inte till. Familjen stod inte ut längre. **En kall februaridag berättar Bengt att han vill skiljas**. Han har funderat över detta under lång tid och redan skaffat en ny bostad. Han är ledsen och känner både skuld och skamkänslor, men han står helt enkelt inte ut. Han tar med sig två av barnen. Dottern stannar kvar hos mamma (kan det vara solidaritet eller har hon utvecklat ett ”medberoende”?)

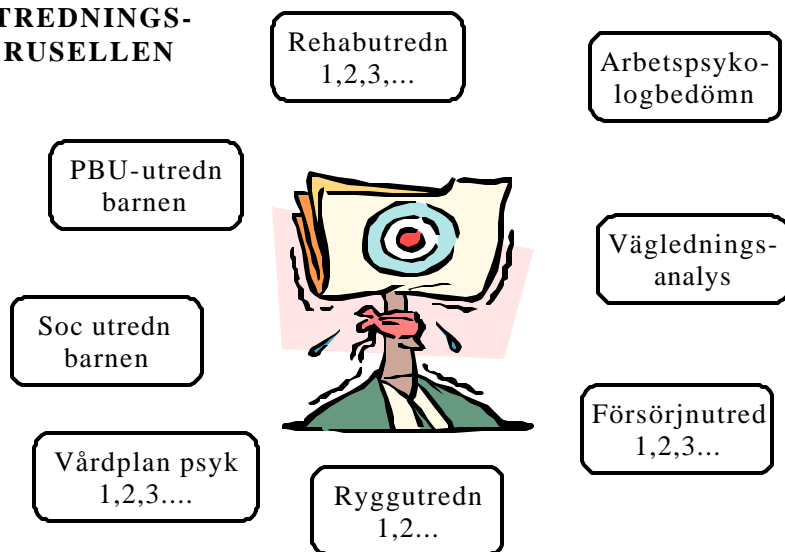
Detta slår ner som en bomb för Eva-Britt. Hon blir **helt handlingsförlamad**. Hon har ingen försörjning, ingen som tar hand om henne. Till slut lyckas kuratorn på den psykiatriska öppenvården och dottern med gemensamma krafter få iväg henne till socialkontoret.

Där inleds nu ett arbete med att skapa sig en bild av Eva-Britt som för socialtjänsten blir en ny kontakt. Tämmligen omgående inleds ett arbete med att utreda hennes situation. En genuin kartläggning av hennes situation och liv genomförs. Under tiden erhåller hon både försörjningsstöd och hjälp med att söka bostadsbidrag. Ur kommunens perspektiv utgör Eva-Britt ett ovälkommet försörjnings- och utgiftsproblem. För tillfället är hon inget behandlingsproblem. Det anser man vara psykiatrins bord.

Den duktige och ambitiöse socialsekreteraren går till botten med frågan och tar mängder av kontakter med alla de som fram till nu haft kontakt med Eva-Britt

Eva-Britt är nu utredd på längden och på tvären av ett stort antal aktörer. Hon är kartlagd i detalj utifrån varje enskild aktörs perspektiv. Hon har fått vända ut och in på sig åtminstone ett tiotal gånger under denna femårsperiod. För ständigt nya människor som haft välgrundade skäl att skärskåda hennes liv. Man kan undra hur detta skulle kännas att utsättas för. Och om detta bidrar till att förbättra eller försämra hennes psykiska hälsa.

VÅRDPLANERINGS- & UTREDNINGS- KARUSELLEN



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

OSÄKERHETENS ONDA CIRKEL

STÄNDIG
OMPRÖVNING AV
FÖRSÖRJNING



ORO
ÅNGEST

FÖRSÄMRAD
PSYKISK
HÄLSA

ÖKAT FÖRSÖRJNINGSBEHOV
MINSKADE REHABMÖJLIGHETER

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

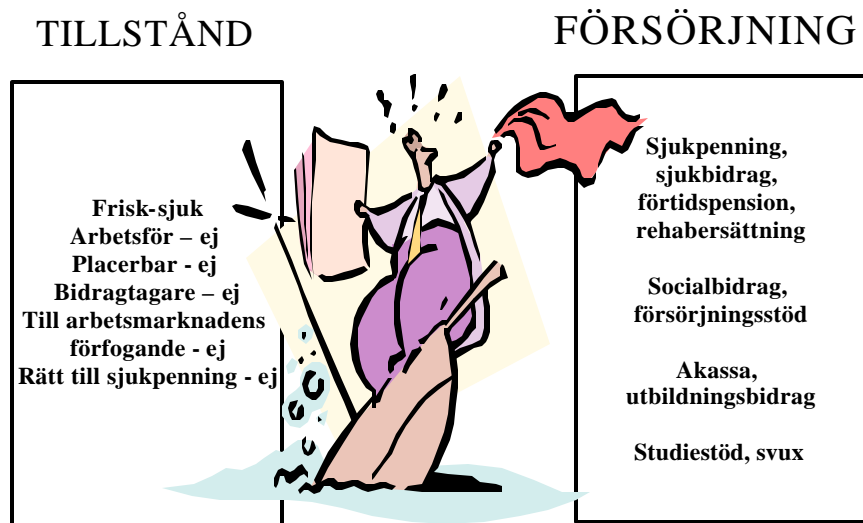
I takt med detta försämras Eva-Britts mentala hälsa allt mer. Det finns nu knappast någon som på allvar kan se någon åtgärd som skulle kunna få henne på fötter. Dottern står inte ut längre och flyttar hösten 2002 till pappan. **Eva-Britt är nu helt ensam.**

4.3.2 2002

Nyårsdag 2002 ligger Eva-Britt i sin säng och stirrar i taket. Hon kan inte komma på ett enda skäl varför hon skulle stiga upp.

Vid de regelbundna kontakterna med socialtjänsten blir det alltmera klart att Eva-Britt har svårt att ta hand om sig själv. Hon får under perioder hjälp från hemtjänsten med att hålla ordning därhemma.

Dragkampen mellan de olika offentliga aktörerna accelererar nu och den enda egentliga frågan är vem som långsiktigt ska ta ansvar för Eva-Britts försörjningsproblem. Är hon sjuk, arbetslös, har en social fobi, har allmänt ont i själen eller vad? Svaret är viktigt, kanske inte i första hand för Eva-Britt, men det kommer att avgöra ur vilken plånbok försörjningen för hennes fortsatta liv ska betalas;



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

39

Tabletterna från vårdcentralen och psykiatrin får henne att gå in i dimman och må lite mindre dåligt. Ingen pratar längre om rehabilitering.

Senhösten 2002 erhåller hon sjukbidrag/förtidspensioneras hon med en så låg sjukbidrag/pension att socialtjänsten tvingas gå in med kompletterande försörjningsbidrag under lång tid

Den totala kommunala notan för Eva-Britt de 21 åren fram till ålderspension utgöres sannolikt av **cirka 150.000 kronor i uteblivna skatteintäkter och cirka 350.000 i utbetalda socialbidrag**. Till detta kommer kostnader för hemtjänst och alla utredningskostnader kring henne. Det är inte en osannolik bedömning att Eva-Britt totalt sett under dessa 21 år belastar **Södertälje Kommun med en total kostnad på mellan 500.000 och 750.000 kronor** i förhållande till alternativet att hon skulle kunna klara en rehabiliteringsprocess och åter erhålla en anställning i ett låglöneyrke.

Man skulle kunna säga att upp till 500.000 kronor är den summa det skulle vara värt att satsa, enbart för kommunen, i Eva-Britt om det med säkerhet leder till hennes rehabilitering. Detta om vi bortser från alla mänskliga och sociala aspekter och enbart betraktar frågan om Eva-Britts rehabilitering som ett kommunalt investeringsproblem.

5. MEKANISMER BAKOM DETTA FÖRLOPP

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

5.1.1 Det bästa som det godas fiende

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

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

Och ändå blir resultatet ”pannkaka”. Detta förlopp kan beskrivas från flera olika perspektiv ungefär på det sätt som visas i bilden nedan. Eva-Britt, hennes handläggare och behandlare och de olika offentliga aktörer som är involverade i processen anlägger helt olika perspektiv på problemet.

De professionella

Frustration
Fragment
Symtomlindring
Perspektivkamp



Det offentliga
Någon annans bord
Kortsiktighet
Uppdrag
budgetgränser

Den enskilde

Vilket är problemet
Inlärld hjälplöshet
Misslyckanden
Självkänsla

5.1.2 Sett ur Eva-Britts perspektiv

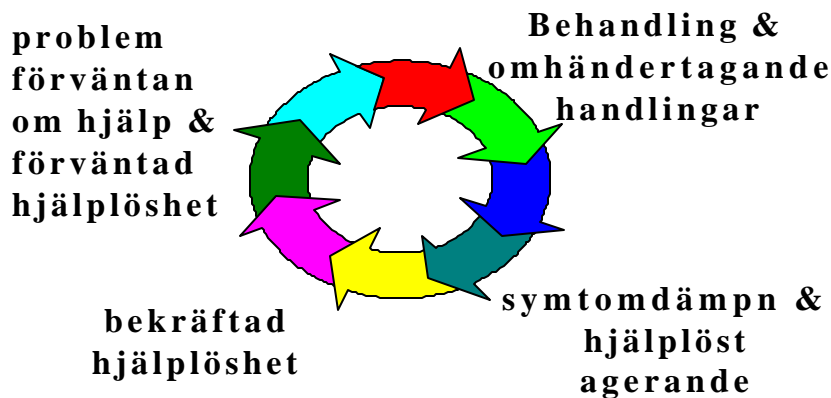
Ur Eva-Britts perspektiv blir den akuta arbetssituationen strået som knäcker kamelens rygg och skapar hennes ”genomklappning”. Hon kanske inte ens är medveten om det, men själva livssituationen som sådan med ekonomisk, social och arbetsmässig stress bidrar både till att utlösa problemet och försvårar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

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

Symtom/problem → behandling → problemlösning/symtomdämpning

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

hjelplöshetens onda cirkel



5.1.3 Sett ur ett professionellt behandlarperspektiv

För de professionella behandlarna och handläggarna blir Eva-Britt en ständigt återkommande källa till irritation. Man tvingas (t.ex. på grund av regelverk och tidsbrist) in i kortsiktiga lösningar av symtomlindringsnatur, trots att man inser att man inte kommer åt grundproblemet. Varje aktör tittar på sin lilla pusselbit av Eva-Britts problembild och försöker hantera den.

Många gånger tvingas man i en perspektivkamp med de andra aktörerna om vilket synsätt kring Eva-Britt som är det rätta eller kanske mest konstruktiva. Man ställer sig frågan; vilket är hennes problem; ryggen, själen, livet, arbete eller familjen. Alla gör så gott man kan. I regel mycket professionellt och nästan alltid har man goda avsikter. Besvikelserna är många och cynismen ligger lurande bakom hörnet

5.1.4 Sett ur de offentliga aktörernas perspektiv

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

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

5.1.5 Slutsatser

Konsekvenserna i stort blir att detta leder till onödigt dyr vårdkonsumtion och förbrukning av mängder av handläggartid i onödan, onödiga kostnader för samhället i form av dels en onödigt stor försörjningsbörda från de olika försörjningssystem som finns (socialbidrag, sjukpenning, A-kassa etc.) dels i form av onödiga produktionsförluster i form av all den produktion som inte uppstår på grund av Eva-Britts sjukdom. Slutligen uppstår ett onödigt personligt lidande för Eva-Britt både rent fysiskt och rent socialt/psykiskt.

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

- * en **helhetssyn** kring hennes problem och behandlingen av det
- * en behandling inte bara av de symtom Eva-Britt uppvisar utan också hela problembilden bakom detta, dvs. att man försöker komma åt de underliggande **orsakerna**
- * en genomtänkt och gemensam **rehabiliteringssyn** hos alla de aktörer som ska arbeta kring och med Eva-Britt

- * en arbetsmetod kring Eva-Britt som bygger på att **stärka hennes egen förmåga och personliga växt** i stället för att förstärka hennes tendenser till hjälplöst agerande

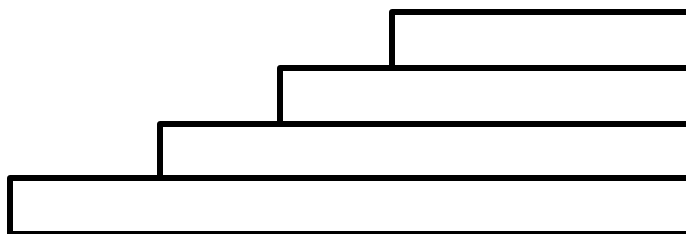
5.2 Den industriella rehabiliteringsmodellen

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

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

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

rehabtrappan



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

6

I denna trappa (om nu trappan är en bra metafor för ett rehabiliteringsförlopp – det ligger ju i en trappas idé att man ska kunna gå hela vägen upp till toppen och att framgång är att gå ”uppåt”) tänker man sig att roller och gränser är avgränsbara och tydliga. Men bakom detta ligger också mer eller mindre uttalat tanken på att det är ett behandlingsbart problem vi talar om. Om det är så förutsätts kanske två saker; att det finns **ett problem som är tydligt och avgränsbart** samt att det finns **särskilda**

personer vars uppgift är att undanröja och behandla problem. Personer skilda från dem som bär problemet.

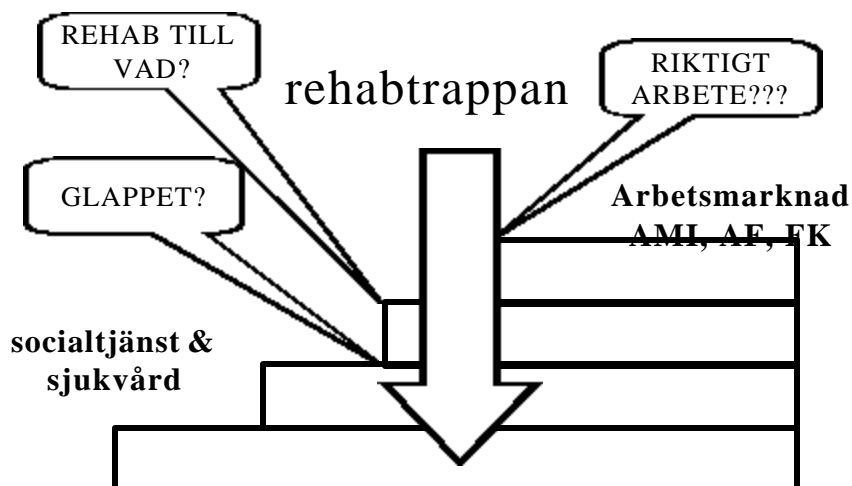
För att kunna vandra denna **rehabiliterings "Via Dolorosa"** förutsätts en mängd olika saker som i verklighetens Golgata-vandring inte är lika självklara. T.ex. att det problem som ska tacklas hos den enskilde är entydigt och bestämbar med utgångspunkt i de enskilda aktörernas professionalitet. Tänk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

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

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

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

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



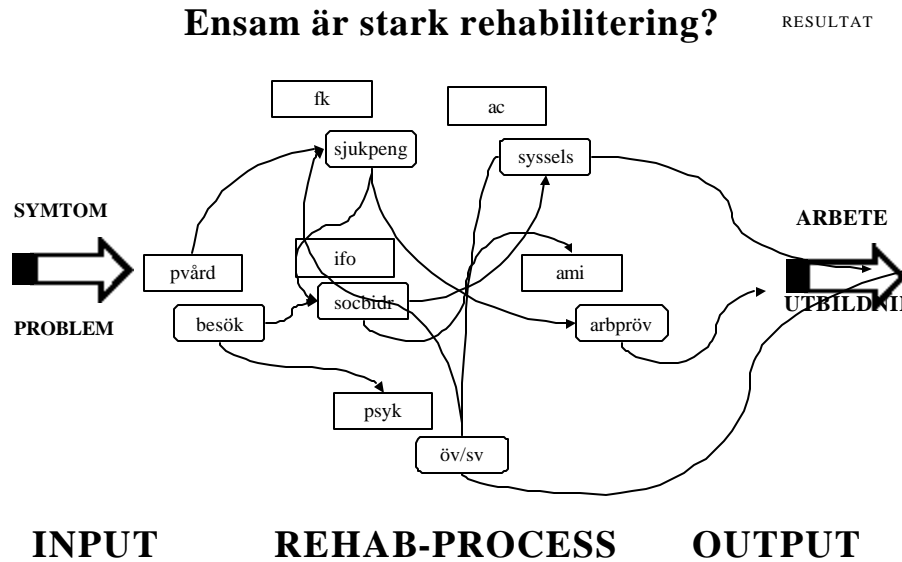
Ingvar Nilsson/SEE, 08/551 520 69, 1997-10-20

7

5.3 Att optimera däckstolarnas placering på Titanic

I själva verket bygger denna rehabiliteringsmodell på tanken att rehabiliteringens löpande band (vårdkedjorna) består av **ett input, en arbetsprocess och ett output**. Input utgörs av ett antal olika symtom som i regel tar till intäkt för att de utgör det problem som ska lösas. Output är nästan alltid definierat som arbete eller utbildning. Däremellan äger rum **en process som vi brukar kalla rehabilitering**. Och eftersom vi anställt en mängd begåvade personer för att sköta detta arbete hos ett antal olika huvudmän utgår vi från att resultatet av deras samlade ansträngningar är begåvat och effektivt. Ungefär som i figuren nedan.

Men låt oss stanna upp ett ögonblick och fundera över några olika frågor. Tänk om ingen av de enskilda aktörerna ser helheten. Tänk om varje part försöker lösa sitt uppdrag så bra som möjligt utan att beakta vad de andra gör.

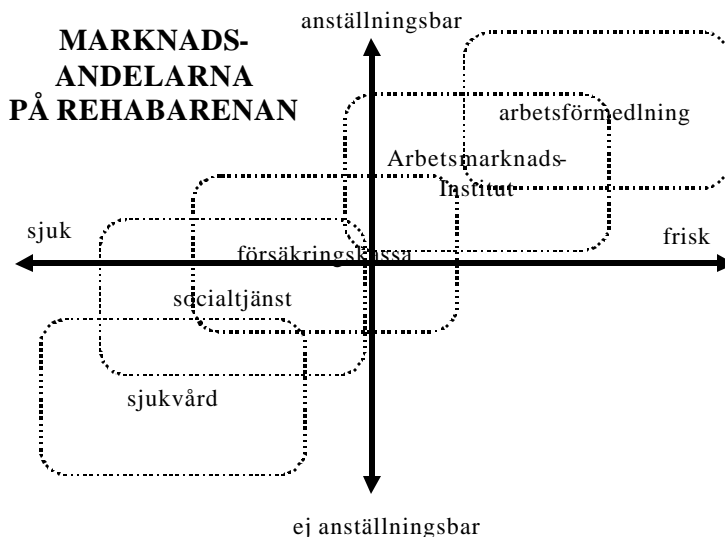


Och tänk om det är på det viset att **den för varje myndighet mest gångbara operationella definitionen av framgångsrik rehabilitering är att ärendet ska avfört från aktiv handläggning hos den egna myndigheten?** Befinner vi oss inte då i samma läge som besättningsmannen på Titanic som in i det sista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

5.4 Frisk eller sjuk, anställningsbar eller ej

Eva-Britt omges av många olika offentliga aktörer. Varje aktör har sin begreppsvärld och sina begrepp. Ur sjukvårdens perspektiv tänker man ofta i termer av frisk eller sjuk. De aktörer som arbetar närmare arbetsmarknaden tänker i termer anställningsbar eller ej.

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



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

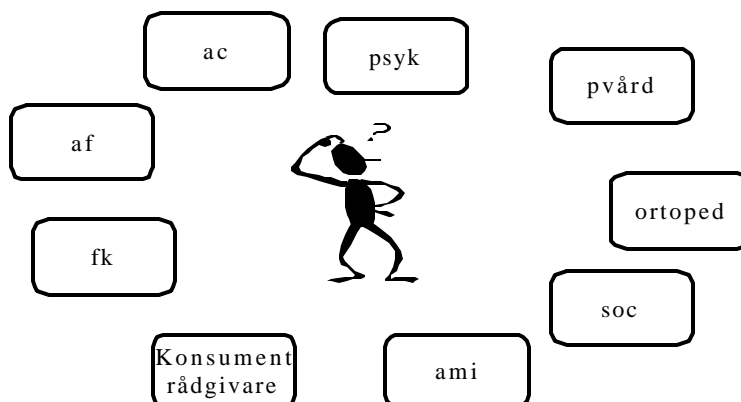
Bilden visar en sorts **korrelation mellan friskhetsbegreppet och anställningsbarhetsbegreppet** – ju friskare desto mer anställningsbar, eller? Förmodligen är det så vi ofta tänker. Men vad händer då personer blir friska, men inte uppfattas som anställningsbara? Var hamnar socialt udda personer i denna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

Hur ser för övrigt rollfördelningen ut i figuren. Är de olika parterna överens om var deras olika mandat och gränser börjar och slutar och har de samma uppfattning om sig själva och sina medaktörer som dessa har om sig själva. Med andra ord; utgår de samverkande parterna från samma världsbild?

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

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

Intressenter kring Eva-Britt



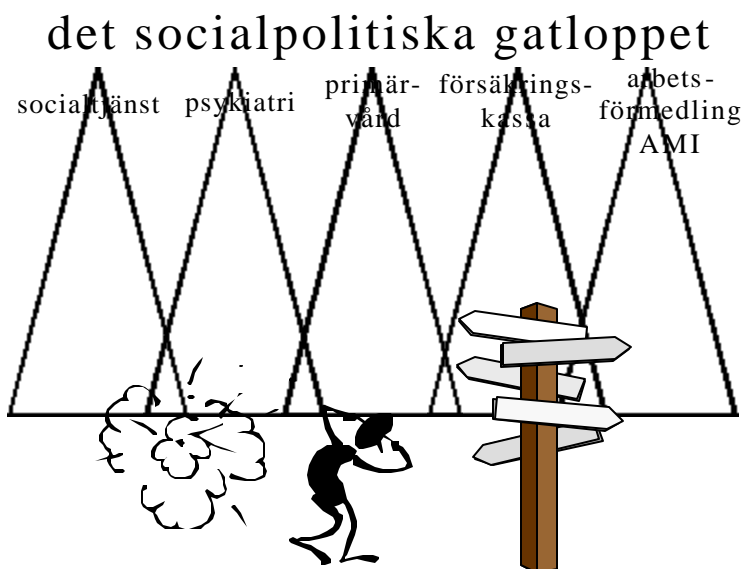
Detta mångfacetterade eller fragmenterade synsätt kring Eva-Britt, skulle i den bästa av världar kunna leda till ett helhetsperspektiv på hennes problem. Som verkligheten nu ser ut får vi i stället en massa negativa effekter av detta

- * **oklar rehabiliteringssyn** vilket innebär att de olika parterna kan ha olika bilder av både vad problemet är och hur lösningen kan se ut. Detta kan leda till att de olika parterna letar symptom och försöker dämpa negativa symptom, men att ingen part letar efter grundorsakerna till problemen i Eva-Britts liv.
- * **svartepetter kring ansvaret** vilket innebär att det kan finnas en benägenhet för varje aktör att slippa behöva ta ansvar för denna typ av besvärliga klienter. För Ami representerar Eva-Britt ett svårt och komplext problem, som ligger lite vid sidan av det egentliga uppdraget. För försäkringskassan leder hon till höga kostnader för socialförsäkringssystemet. Och kommunen vill till varje pris undvika att hon kommer in i socialbidragsbudgeten
- * därmed kommer ingen part att vilja att ta ansvar för helhetssynen kring Eva-Britt, eftersom helhetssyn leder till risken att få ansvaret i knäet. Det är överhuvudtaget oklart om någon har ansvar för Eva-Britts situation eller om hon – klämd mellan dessa olika sköldar – vid sidan av att hårbärgera och bearbeta sin sjukdom också ska vara den som skapar en helhetssyn och integrerar dessa olika aktörers perspektiv.

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

¹ se vidare SOU 1996:35, Egon Jönsson

Konsekvensen är att Eva-Britt får löpa en sorts **socialpolitiskt gatlopp²** mellan de olika aktörerna och på bästa vis försöka hantera de perspektivkonflikter hon utsätts för. Hon ska inte bara vara sjuk hon ska dessutom medla mellan dessa olika synsätt och integrerar dem i sig själv. **Man måste sannerligen vara riktigt frisk för kunna orka vara sjuk i en sådan värld.**



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

5.6 Gråzonsproblematikens moment 22

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

² se vidare Nilsson, Vi byggde nätverk, rapport till psykiatireformens ledningsgrupp i Södertälje.

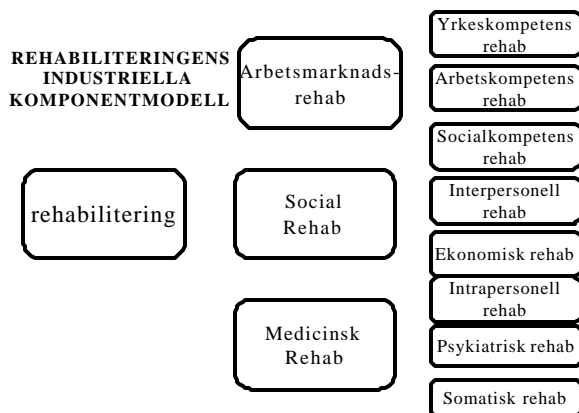
5.6.1 Rehabiliteringens löpande band

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

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

Ur **socialtjänstens** perspektiv behöver hon nu rehabiliteras både som individ och som individ i ett socialt sammanhang. **Intrapersonellt** innebär detta att hon nu måste återupprätta självkänsla och självförtroende. **Interpersonellt** innebär att med detta som utgångspunkt bearbeta sina relationer till andra. Att återupprätta sig själv i rollen som en förvärvsarbetande person.

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



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

5.6.2 För frisk och för sjuk på samma gång

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

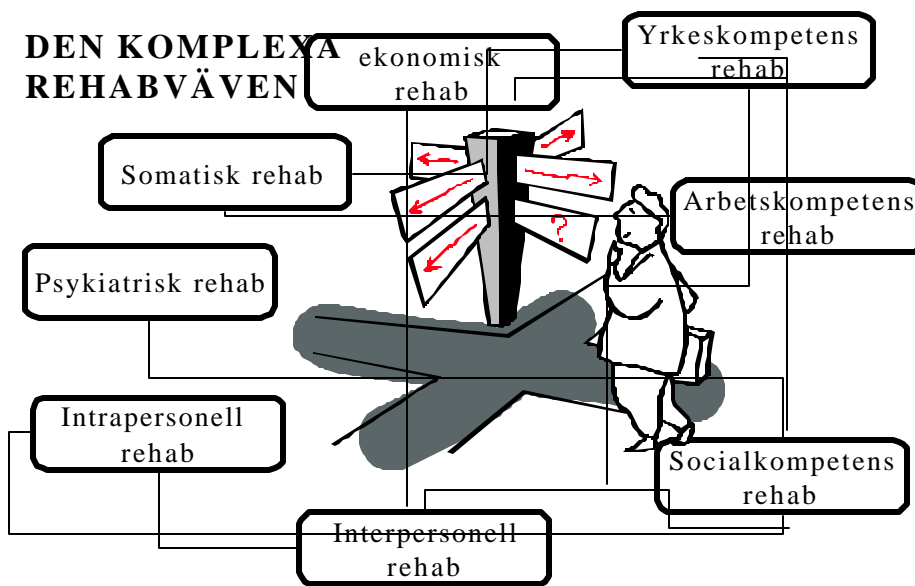
Vem ska betala för Eva-Britts försörjning? Är hon frisk eller sjuk? Står hon till arbetsmarknadens förfogande eller ej? Ska vi värna om Eva-Britts hälsa eller ska vi påskynda rehabprocessen? Några av de vanligaste perspektivkonflikterna finns illustrerade i figuren nedan.

PERSPEKTIV	AKTÖR A	AKTÖR B
frisk - anställningsbar	Fk; för frisk för sjukpeng	AMI; för sjuk för arbete
försörjningsansvar	Socialtjänsten, inte mitt bord	Fk; inte mitt bord
Rehabtempo	Fk, skynda, skynda	Psykiatrin, ta det lugnt
Problemdefinition	Psykiatrin, psykiskt sjuk	Arbetsförmedling, arbetslös
Sjukdom	Primärvård, ont i ryggen	Psykiatrin; ont i själen

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

5.6.3 Den komplexa rehabväven

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



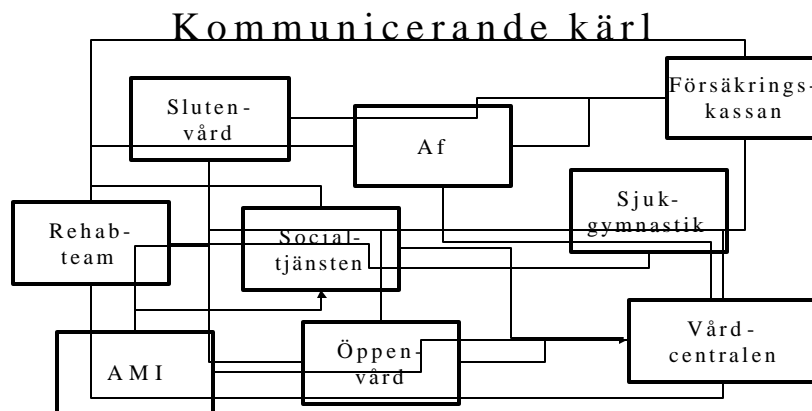
Man behöver inte vara särskilt insatt i frågan för att begripa att rehabiliteringens olika delar griper in i varandra och rimligtvis borde stödja varandra i det konkreta rehabarbetet. Det som görs bra eller dåligt i en av boxarna ovan påverkar naturligtvis – på gott eller ont resultatet i alla de andra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

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

5.7 De kommunicerande kärnen

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

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



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

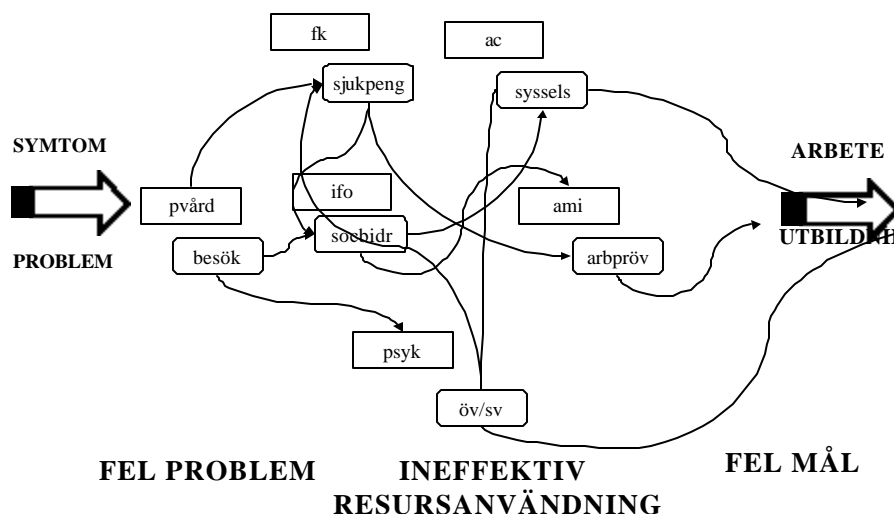
5.8 Agenda för en kordad rehabilitering

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

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

Slutligen finns det en stor risk att man inne i rehabiliteringssystemet använder sina resurser utan samordning och utan att skapa de synergieffekter som bör vara möjliga att uppnå. På så vis får man **en ineffektiv resursanvändning**.

Ensam är korkad - rehabilitering

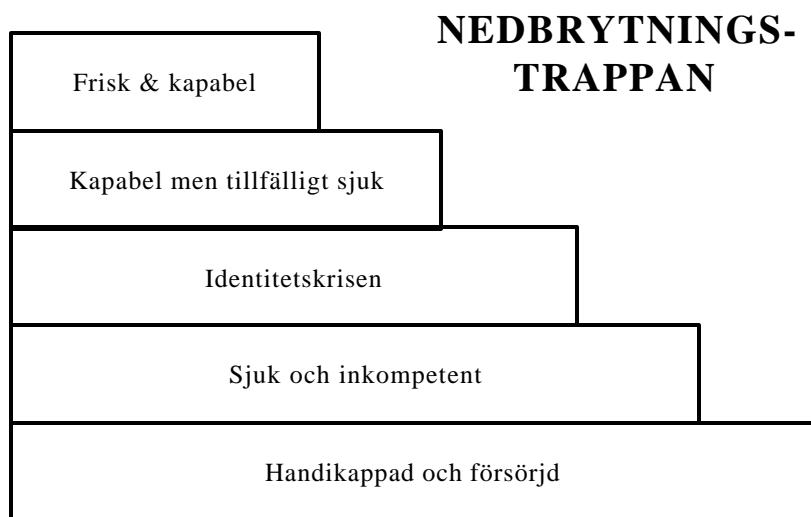


5.9 Utslagningsryssjan

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

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

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



6. EVA BRITT SOM VÄLFÄRDSKONSUMENT

Om vi nu stannar upp i vårt verbala resonemang så här lång komna och i stället fokuserar vår uppmärksamhet på Eva-Britt i rollen som storkonsument av våra offentliga tjänster. Vilka mönster kommer vi då att se.

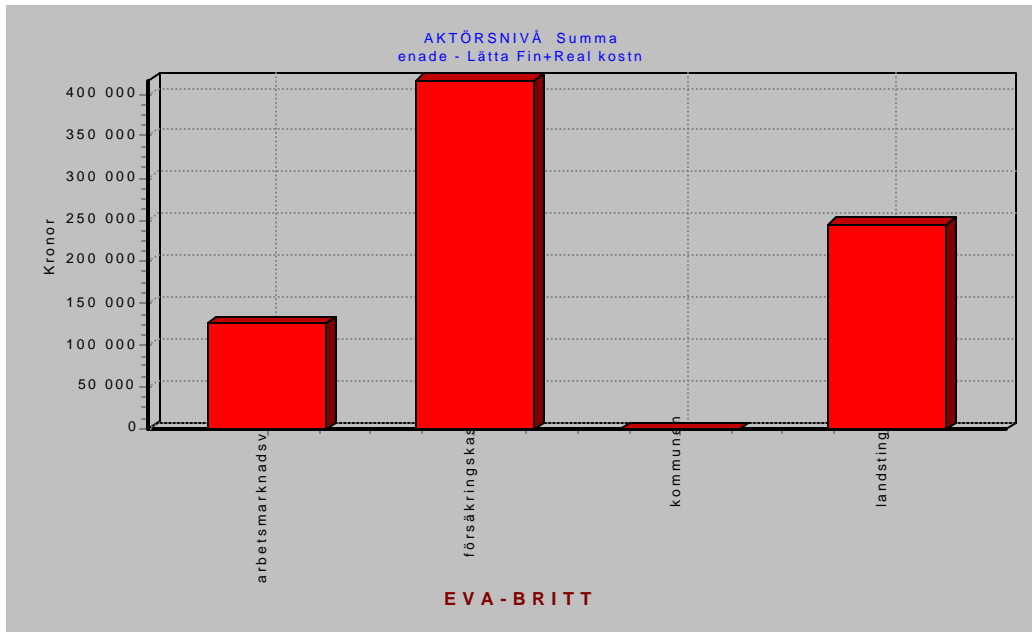
I kalkylerna nedan har vi räknat på de olika ingående aktörernas kostnader för femårsperioden 1998-2002 baserat på de livsförlopp vi ovan redovisat

6.1 Enade vi stå

Vi börjar med att studera det förlopp vi kallat ”enade vi stå, och som innebär att Eva-Britts familj härdar ut och stannar kvar hos henne under vår kalkylperiod.

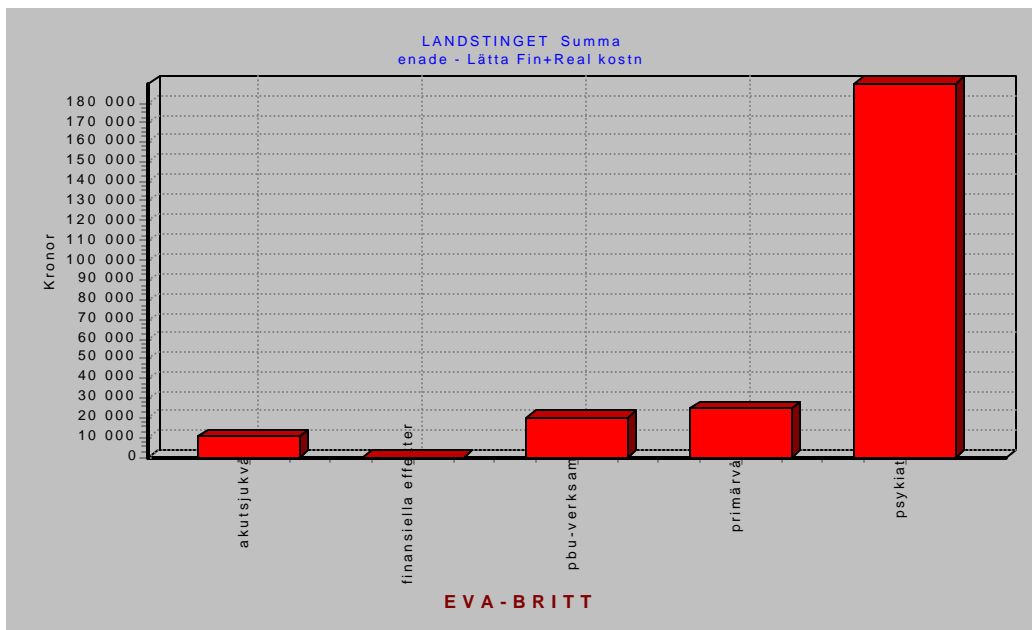
6.1.1 Totalt

De totala kostnaderna för detta scenario, som visas i figuren nedan, uppgår till knappt 800.000 kronor eller cirka 150.000 kronor på årsbasis (vilket kan vara intressant att jämföra med rehabprojektet som kostar 70.000 på årsbasis). Försäkringskassan är den stora kostnadsbäraren med cirka 50%, följt av landstinget med drygt 250.000 kronor eller 30% och arbetsmarknadsverket med knappt 20% av kostnaderna. Anmärkningsvärt är att Eva-Britt i detta scenario är praktiskt taget osynlig för de kommunala aktörerna – hon hålls finansiellt och socialt under armarna av sin familj.



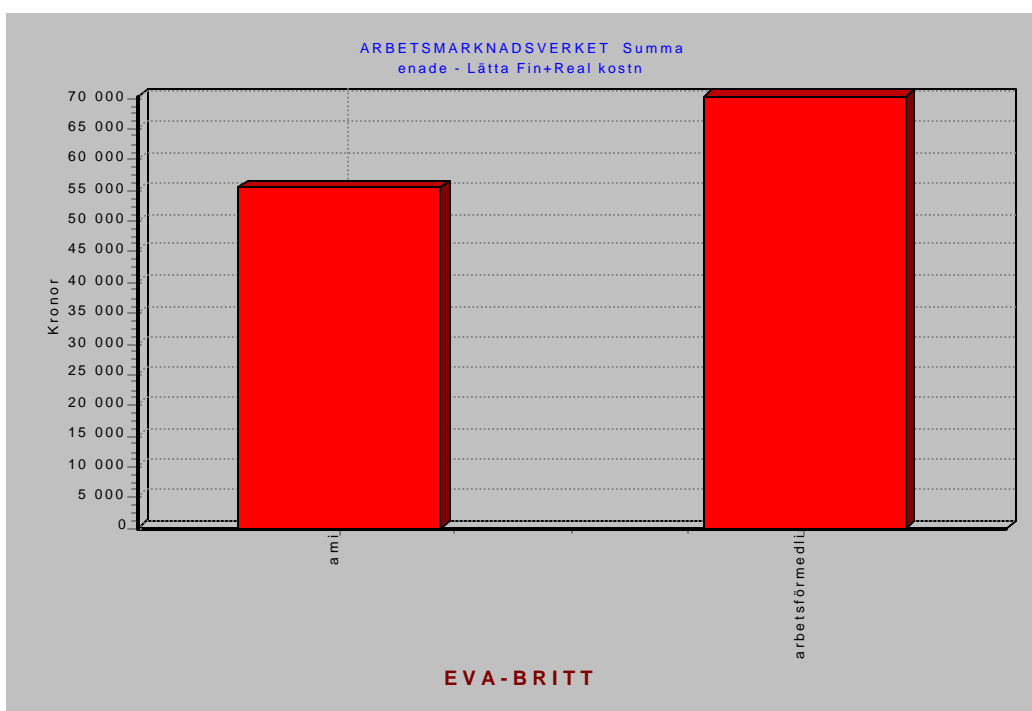
6.1.2 För landstinget

Den dominerande kostnaden för landstinget är naturligtvis de psykiatriska kostnaderna som uppgår till 75% av landstingskostnaderna eller strax under 200.000 kronor. Den dominerande delen utgörs av slutenvårdskostnaderna som utgör knappt 60% av de psykiatriska kostnaderna. Men kostnader för läkemedel och öppenvårdsbesök är inte obetydliga de uppgår till ungefär 40.000 kronor vardera under femårsperioden.



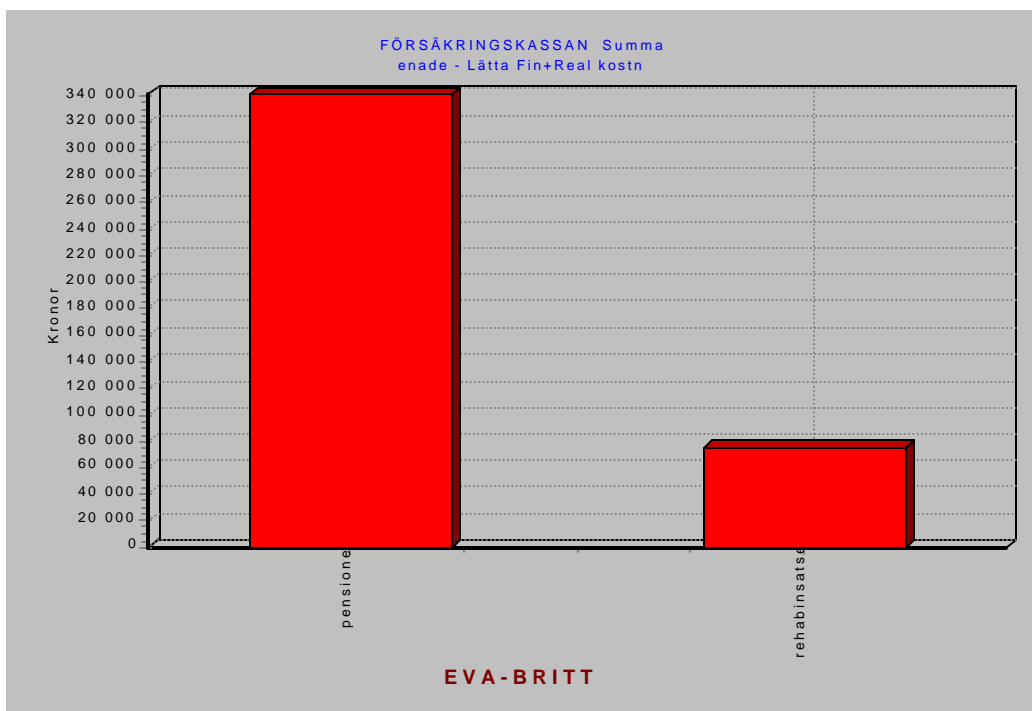
6.1.3 För arbetsmarknadsverket

Arbetsmarknadsverkets kostnader uppgår totalt sett till 125.000 kronor fördelat med ca 45% på AMI och 55% på arbetsförmedlingen. Den helt dominerande kostnaden för förmedlingen är A-kassa. För AMI fördelas kostnaderna mellan rena åtgärdskostnader (såsom utbildningsbidrag vilket uppgår till mer än hälften av AMI:s kostnad) till rena handläggarkostnader såsom psykologbedömningar och olika utredningar, vilka uppgår sammanlagt till 35% av AMI:s kostnadsbild.



6.1.4 För försäkringskassan

Försäkringskassan är den offentliga aktör som har mest att förlora på att Eva-Britt inte kommer tillbaka till arbete. Av de drygt 400.000 kronor detta kostar kassan utgöres mer än 80% av olika kostnader inom ramen för socialförsäkringssystemet. De rena handläggarkostnaderna av olika slag är totalt sett ganska obetydliga (30.000 kronor under femårsperioden) och uppgår till cirka 7% av de totala kostnaderna för Eva-Britt.

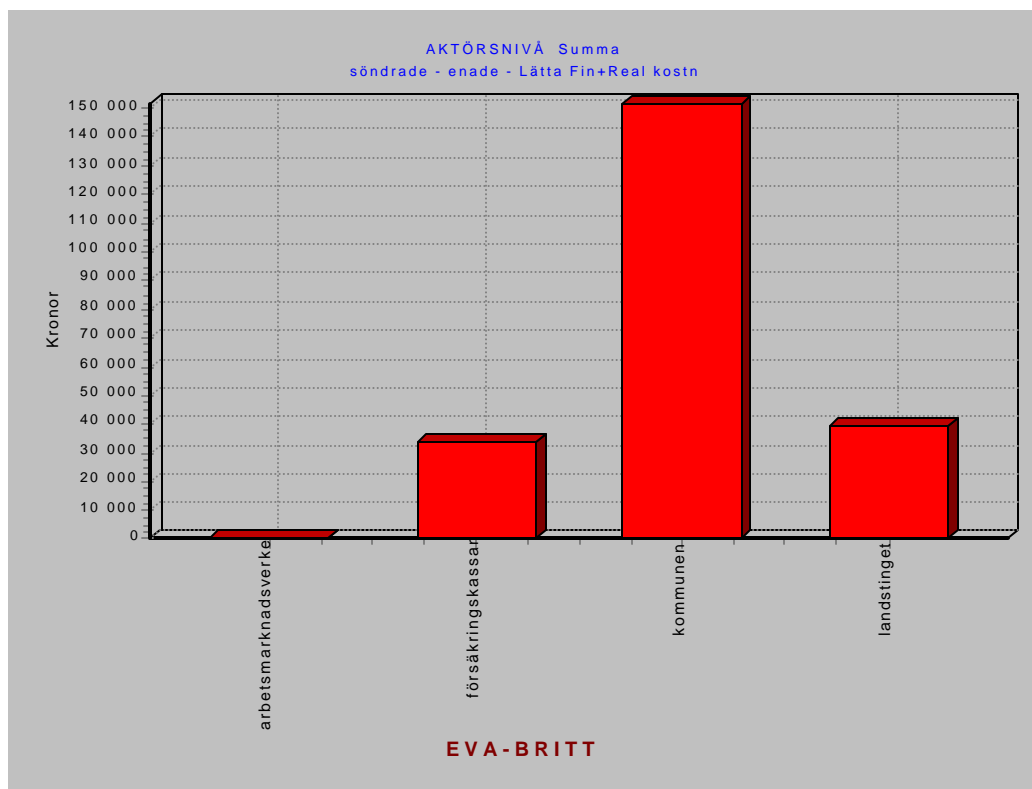


6.2 Söndrade vi falla

Studerar vi scenariot söndrade vi falla får vi en delvis annorlunda bild. Vi kan nu se vad som händer då det sociala skyddsnät som en familj utgör, faller samman. Det samhälleliga priset för en skilsmässa.

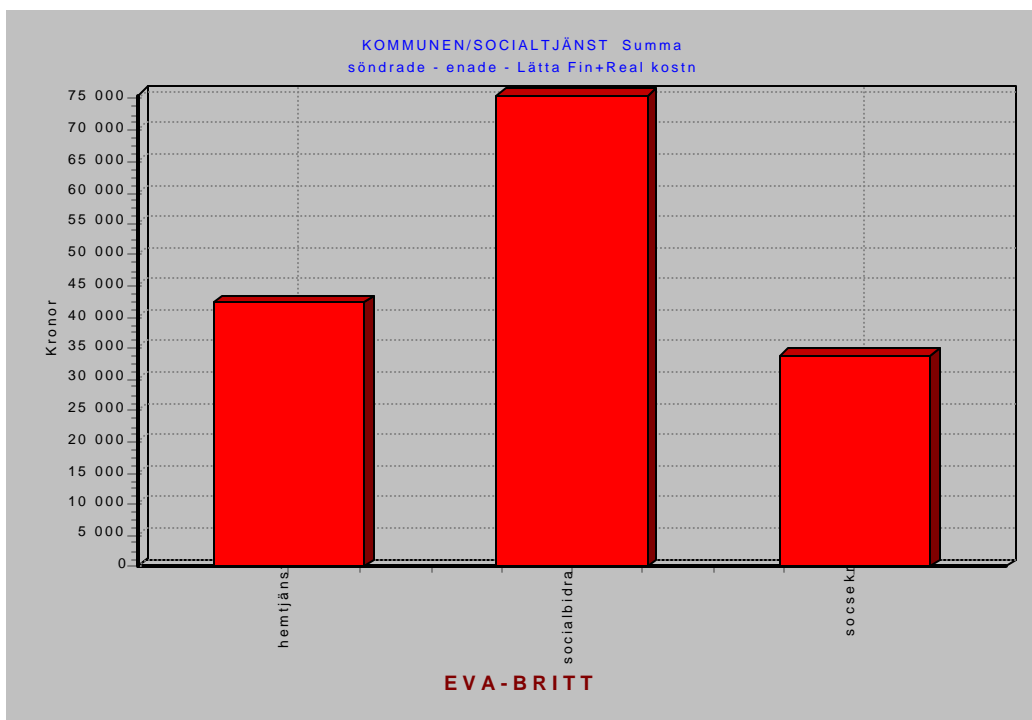
6.2.1 Skillnad mellan enade vi stå och söndrade vi falla –det samhälleliga priset på en skilsmässa

Den totala samhälleliga merkostnaden för scenariot ”söndrade vi falla” i förhållande till ”enade vi stå” utgörs av cirka 225.000 kronor, fördelade med knappt 70% eller 150.000 kronor för kommunen och cirka 35.000 vardera för försäkringskassa och landsting. Denna kostnad uppstår under åren 2001 & 2002, varför den på årsbasis kan anses vara drygt 100.000 kronor. Den allmänna förklaringen är att detta scenario utlöser inte bara ett större samhälleligt försörjningskrav för Eva-Britt (något som tidigare sköttes inom familjen) det utlöser också ett högre vård- och omvårdnadsbehov till följd av den kris skilsmässan utgör för henne.



6.2.2 Den kommunala kostnaden för söndrade vi falla

Scenariot söndrade vi falla innebär att Eva-Britt blir synlig för de kommunala myndigheterna. Hon är nu i behov av den form av bistånd som anges i socialtjänstlagen. Hon har ingen familj som kan utgöra finansiell eller social buffert. De kommunala merkostnaderna, som alltså uppgår till cirka 150.000 kronor är fördelade med cirka 50% i socialbidragskostnader och resterande 50% delas mellan handläggningkostnaderna för henne (cirka 20%) och kostnaderna för hemtjänst (cirka 30%)



Vi vet att för rehabprojektet i Södertälje gäller förhållandet att cirka 60% av deltagarna är skilda och ligger närmare söndrade vi fall scenariot och att 40% lever i en äktenskapsliknande situation som mera påminner om scenariot enade vi stå.

Ett vägt genomsnitt av de två scenarierna bår alltså till en tredjedel bestå av enade vi stå och till två tredjedelar bestå av söndrade vi falla inslag

7. PÅ VÄG TILLBAKA MED HJÄLP AV REHABPROJEKTET

Nej så gick det inte till. Eva-Britts liv blev helt annorlunda. Ett antal kloka personer i Södertälje hade kommit överens om att man ville kortsluta svarte-petterspelet kring Eva-Britt och skapa möjligheter för henne till ett bättre liv.

7.1 Vi har fel verktyg i verktygslådan

7.1.1 Man kan inte slå i en skruv med en hammare

Grundproblemet kring Eva-Britt var att hennes problem för det första inte gick att **upptäcka och definiera** inom ramen för de traditionella rehaborganisationerna. För

det andra att de **lösningar som erbjöds inte passade** Eva-Britt. Man kan rentav påstå att i vissa situationer bidrog de till att förvärpa hennes problembild och stämpla henne som mer sjuk än hon kanske var.

Traditionellt sett är det enklaste sättet att hantera denna typ av problem att omformulera/omdefiniera eller omskapa dem så att det passar de lösningar som finns. Man försöker omskapa terrängen så att den passar kartan. Detta leder med nödvändighet till ett visst våld både på verkligheten och de personer som berörs. För Eva-Britts del ledde detta till utomordentligt negativa effekter. För samhället en stor och onödig kostnad.

7.1.2 Att skaffa en skruvmejsel

Låt oss se på det på ett annat vis. Samhällets problem kring personer som Eva-Britt är inte att man saknar resurser eller instrument. Tvärtom tycks man vara beredd att betala i storleksordningen ett par - tre miljoner kronor för att, utan någon form av motprestation, försörja henne resten av hennes liv. Det kanske kan vara intressant att se på ett alternativt och mera förnuftigt sätt att använda dessa pengar.

Varje aktör i bilden nedan har en uppsjö av resurser till sitt förfogande. Ett problem är att de **inte matchar Eva-Britts behovsbild**. Ett annat problem är att det ibland finns **betydande gap** mellan de olika aktörernas insatser. Det tredje problem är att de olika aktörerna faktiskt mer eller mindre omedvetet stundtals **motverkar varandras insatser**. Den naturliga lösningen är då att skapa en lösningsmodell som överbryggat gapet mellan det som erbjuds och de behov Eva-Britt har. I en mer marknadsorienterad värld skulle man kalla detta för **kundanpassning**.

Det vi söker är en arbetsform eller en modell där alla de erbjudanden samhället har, kan omvandlas till ett konstruktivt förlopp för Eva-Britt. Vi vet då redan från början några olika saker. För det första att **gapet mellan vårdsektorns krav och arbetsmarknadens krav är för stort**. För det andra att det **erfordras en sorts helhetsbild** av Eva-Britt för att kunna bistå henne under resans gång.

Om slutmålet för Eva-Britt är att gå vidare till någon form av arbete eller någon form av utbildning, vet vi erfarenhetsmässigt att vi tillsammans med Eva-Britt måste genomlöpa tre olika steg

- a) **en problemdefinieringsfas** som innebär att vi skapar oss en sorts helhetsbild av vilket problem som Eva-Britt bär på och hur de olika insatser man kan göra kan stödja varandra
- b) **en förberedelsefas** omfattande bl.a. social träning och motivation vars syfte är att återskapa Eva-Britts sociala förmåga och självförtroende samt att hitta tillbaka till lusten
- c) en mer eller mindre konventionell arbetsträningssyftande till att Eva-Britt ska kunna **återta sin identitet som kapabel individ** på arbetsmarknaden

7.2 Rehabprojektet i Södertälje – en kort beskrivning

Rehabprojektet kom till stånd genom att man från arbetsmarknadscentrums socialkooperativa sektion kunde se att det var ett stort gap mellan psykiatrins verksamhet och AMI's och Fk's möjligheter till rehabilitering. En del patienter remitterades till AMI för utredning, av dessa var det ca **65% som avslutades utan åtgärd och återgick till psykmottagningen** eller kommundelen. Med andra ord, två tredjedelar lyckades inte ens "kvala in" på den arbetsmarknadspolitiska arenan. Det saknades nödvändiga steg för att uppnå och träna funktioner som kunde leda till arbete/sysselsättning. Rehabprojektet startade i oktober 1997. Man hade då nästan tio års goda erfarenheter av det synsätt och den metodik som tillämpats i de kooperativa projekt som bedrivits kring psykiatireformens målgrupp.

Målet för projektet är att **öka livskvalitén** och därmed minska ohälsan hos målgruppen och att **minst 40% av deltagarna kommer ut i arbete eller studier**. Dessutom är avsikten att utveckla **en rehabiliteringsmodell** som överbryggar gapet i rehabiliteringstrappan samt att **minska rundgången** mellan olika offentliga aktörer.

Målgruppen för projektet är personer med psykiska arbetshinder som ej tillhör "psykädelgruppen" och som bär problem som ångest, isoleringsproblematik och depressioner.

Projektet finansierades inledningsvis med s.k. stimulansmedel och numera med s.k. Dagmarmedel (sluttidpunkt 991231) och har en årsbudget på cirka 850.000 kronor. På denna budget kan man skapa 12 årsplatser, dvs. en årsplats kostar cirka 70.000 kronor. Den årliga genomströmningen av deltagare i projektet har varit cirka 20 personer. Av dessa har 5 st. återgått till arbete, 6 st. till studier, 3 st. till fortsatt rehabilitering och 6 st. har återremitterats. Sålunda har **55% återgått till arbete eller studier. Det uppsatta målet har sålunda överträffats med 15%**

Av de 30 personer som deltagit i projektet har ca 40% varit gifta eller sammanboende. Ca 60% har varit ensamstående eller skilda. De har innan de kommit i projekt haft en upplevd sjukdomstid som varierat mellan 1 och 30 år, men för de allra flesta (80%) har sjukdomstiden varit mellan 3 och 5 år innan de kommit till projektet. Under projekttiden är cirka 55% försörjda genom sjukbidrag, 20% genom rehabersättning och cirka 20% genom socialbidrag. De flesta har varit borta från arbetslivet mellan 2 och 5 år. Drygt hälften av deltagarna har gymnasieskolekompetens och av dessa har cirka 15% högskolekompetens. Knappt hälften av dem har endast grundskola. De som deltar i projektet har remitterats dit av försäkringskassan, psykiatrin eller socialtjänsten.

Den metod man arbetar med bygger på en människosyn som utgår från att alla människor har lika värde och att **man har möjlighet att utvecklas i en respektfull och tillitsfull miljö**. Deltagarna ska själva ta ansvar för sin egen rehabilitering och hitta sin egen drivkraft. Genom att formulera mål kan deltagarna se att hon har ett eget val att göra och kan därmed befrias från offerrollen. Man får hjälp att se möjligheter

och val, vilket kan vara svårt eftersom det är frestande att stanna kvar i den gamla offerrollen och därmed slippa ta ansvar.

I metoden ingår också att våga pröva saker som man inte vågat pröva tidigare. För att **öka sitt självförtroende, våga bejaka det friska hos sig själv och öppna sig själv för lust och glädje**.

Personalen är **handledare och inte arbetsledare**. Man ger inte färdiga lösningar utan pekar på alternativa möjligheter och val. Genom att vara tillsammans med människor i grupp ökar man sin **sociala kompetens**, speglar sig själv för att få en mer realistisk självbild, bli en reflekterande människa.

Tiden är ett viktigt instrument i arbetet. Man har möjlighet att ta olika steg i sin egen takt och vara kvar i projekt upp till ett år. Man har varit sjuk under en lång tid och det krävs en längre tids rehabilitering för att träna upp sina funktionsförmågor. Ett arbete som ofta är av typen två steg fram och ett tillbaka

Det som finns att erbjuda i form av **sysselsättning** är olika legoarbeten, skapande arbeten (såsom krukmålning, screentryck, sömnad etc.) friskvård. Datakunskap samt studiebesök ingår också för att öka färdigheten och delaktigheten. Man har temadiskussioner som handlar om arbete och studier med syfte att väcka tanken att det handlar om att så småningom gå vidare från detta projekt samt projektarbete där man har möjlighet att i grupp utveckla ett speciellt ämne för att bl.a. träna på samarbete och se sin egen roll i en grupp

Varje månad genomför **den enskilde ett planeringsarbete med handledarna** där man pratar om huvudmål och delmål. Vad man behöver träna på för att komma vidare etc.

Man **samverkar regelbundet** från projektets sida med övriga rehabaktörer på den offentliga arenan.

Man vill hjälpa de enskilde deltagaren **att hitta tillbaka till den egna förmågan – att hitta den egna drivkraften, att formulera mål och att se att man har ett val i livet**. Kanske att sluta vara offer. På så sätt kan man säga att projektet baseras på **en existentiell människosyn**

7.3 Förloppet

7.3.1 1998

Eva-Britt börjar tycka att livet som sjukskriven är ganska trist. Det är tråkigt att gå hemma och titta på fyra väggar utan att få någon yttre stimulans. Hon känner sig utanför samhället och träffar inga människor på dagarna och börjar längta efter något annat att göra än bara städa.

Under 1998 har Eva-Britt en kontaktperson inom psykiatrins öppna verksamhet - Susanne, en kurator som hon får träffa någon timme varannan vecka. Från försäkringskassans sida är man nu klar över att Eva-Britt är ett svårt rehabiliteringsärende. Erika, som är rehabiliteringshandläggare, är angelägen om att få igång en aktiv rehabprocess. Eftersom rehabprojektet startat i Södertälje föreslår hon Eva-Britt detta. Men hon är väldigt skeptisk mot att vistas tillsammans med en "massa psykfall". Hon tycker att hon är av en något annan sort.

Tillsammans med Erika besöker hon projektet och förstår ganska snart att det är människor precis som hon och med ungefär likartade problem. Problem som inte direkt går att upptäcka från utsidan.

Hon ringer återbud vid två tillfällen innan hon kommer på ytterligare ett studiebesök och nu sätter sig handledarna på rehabprojektet Inger och Torbjörn ner med henne och tillsammans försöker man få en bild av vilken förändring hon skulle vilja uppnå och hur rehabprojektet kan bistå henne med detta. Man diskuterar hur hon kan bryta sina mönster och hitta ett nytt och mera offensivt förhållningssätt.

Eva-Britt har höga ambitioner. Hon säger att hon vill ut i arbete så fort som möjligt. Hon har bråttom. Hon säger att hon vill få ordning på sitt liv.

Hon bestämmer sig för att börja och en kall måndagsmorgon i februari är hennes första dag. Det är ganska motigt. Bara att ta sig upp, klä upp sig och ta bussen dit blir en jättegrej. Hon har vant sig vid en helt annan livsrytm. Den första tiden har hon fullt upp med att bara ta sig dit. Hon vågar inte prata med de andra vid fikabordet. Hon håller sig på sin kant. Vi ett par tillfällen under den första månaden får hon en attack av panikångest och rusar ut ur lokalen.

Eva Britt pratar med Inger om detta och börjar så sakta få klart för sig att detta är OK, och till och med ganska vanligt att man reagerar på detta vis. Så småningom avtar attackerna och Eva-Britt börjar gradvis att delta i samtalen vid fikabordet. Hon förstår nu att alla bär likartade problem som hon själv. Därför behöver hon inte hålla masken. Det är en oändlig lättnad för henne att kunna slappna av.

Flera gånger kommer hon för sent i till "jobbet". Detta leder till att Inger sätter sig ner med henne och pratar om de krav man har på henne i projektet. Det är ovant för Eva-Britt att på nytt börja vänja sig vid begreppet krav utan att drabbas av ångest. Men gradvis växer i samtalen med Inger fram en sorts insikt hos henne som får henne att steg för steg ta detta ansvar. Hon upphör så småningom med att komma sent.

Hon ringer också vid flera tillfällen och säger att hon mår så dåligt att hon inte orkar komma. Men handledarna pratar också med henne om detta och hon kommer till slut fram till att det är bättre att pröva att ändå komma än att ge upp redan i förväg. Och hon upptäcker att när hon väl är där och träffar de andra i gruppen, lättar ångesten. Hon får annat att tänka på. Man skulle kunna säga att hennes ångest blir avledd.

Den första tiden arbetar hon med enkelt beställningsarbete. Hon monterar vindspel och spikar Xylofoner. Ändå är hon fullständigt utmattad då hon kommer hem på eftermiddagen. Hon är inte van vid den påfrestning som alla de sociala aktiviteterna utgör.

Hon pratar med de andra deltagarna och hör att även de har liknande svårigheter. Hon är inte längre ensam. Eva-Britt börjar släppa lite på masken, berättar lite om de problem hon har med sina barn och makens oförmåga att förstå vad som sker. Hon får höra hur andra har gjort. Gruppen får allt större betydelse för henne. Eva-Britt känner sig snart rastlös om hon är ledig någon dag. Hon känner tydligt hur ångest och oro minskar då hon är på sin arbetsplats i rehabprojektet.

Sakta men säkert börjar hennes självförtroende växa och självkänslan återvänder. Det första tecknet på detta är att hon åter börjar bry sig om sitt yttre. Då hon ser att hon lyckas med det hon tar för sig växer självförtroendet ytterligare och hon börjar ta egna initiativ. Hon upptäcker att hon är duktig på att måla, vilket hon aldrig vetat. När hon kommer hem på kvällarna har hon något positivt att förmedla. Hennes barn och maken förefaller slappna av då de kan börja se glimtar av den gamla Eva-Britt.

Under tiden fortsätter samtalen med Susanne på den psykiatriska kliniken, men det blir glesare och glesare. Arbetet fungerar för Eva-Britt som en spegling av hur hon fungerar i stort. Handledarnas roll blir att fungera som denna spegel. Gradvis hjälper de henne att ta ansvar för sin egen rehabilitering (man utgår från synsättet att ingen kan rehabilitera någon annan – man kan bara bistå en person att rehabilitera sig själv). Hon slutar mer och mer se sig själv som hjälplöst offer. Gradvis börjar hon hitta sin egen inre drivkraft. Ibland tycker hon att Inger och Torbjörn ställer för höga krav på henne och att de borde fixa mycket mer åt henne. Det är ju därför de är anställda kan hon då tycka.

Kontakterna med Erika på försäkringskassan sker med vissa intervall för att försäkra sig om att processen går åt rätt håll. Kontakterna sker alltid tillsammans med någon av handledarna på rehabprojektet. Under denna tid har hon beviljats sjukbidrag för sin försörjning.

Den första tiden i projektet var Eva-Britt en ”snäll” person som sällan höjde rösten eller sa ifrån. Hon försökte vara till lags och även här vara ”duktig flicka”. Tillsammans med sina kamrater börjar hon upptäcka möjligheten att sätta gränser och vågar ställa krav och bli arg och märker att världen inte går under trots att hon ger uttryck för sin ilska. Till barnens stora förvåning börjar hon ställa krav på dem att delta i familjens gemensamma hushållsarbete. Maken vet inte om han ska bli glad eller förskräckt. Förvirrad blir han i varje fall. Eva-Britt håller på att bli mindre av offer och mer av tydlig person. Hon märker att andra lyssnar till henne. Till sin egen förvåning ler hon en majmorgon åt ett par sädesärlor i en vattenpuss.

I slutet av maj får hon ett ”återfall”. En morgon stiger hon inte upp. Hon tycker att kraven på att vara duktig rehabiliteringspatient blivit för höga. Hon tycker inte det går tillräckligt fort och hon börjar misströsta. Hon vill ju inte ”gå här och dra”. Hon vill tillbaka till riktigt arbete. Torbjörn tar kontakt med henne och efter ett par samtal återvänder hon veckan därefter till rehabprojektet. Denna kris var viktig för Eva-Britt. Den fick henne att förstå att hon måste ge sig själv mer tid och sänka sina krav och inte spänna bågen för högt. Eva-Britt reflekterar nu mycket över både sig själv och sitt liv. Detta får henne att bli medveten om all den sorg, all den ilska och all den bitterhet hon bär på.

Under sommaren börjar Eva-Britt formulera mål för sig själv och sitt fortsatta liv. Hon tänker också mycket på hur hon ska nå dit. Hennes huvudmål är att komma ut i arbete igen. För att komma dit behöver hon öka sin uthållighet och koncentrationsförmåga, men också sin förmåga att samarbeta och våga uttrycka vad hon tycker och tänker.. Under hösten arbetar hon med detta i projektet bl.a. genom att vara med och planera studiebesök, skriva protokoll vid arbetsplatsträffar, komma med idéer till nya projektarbeten. Eva-Britt vill att hela gruppen skall göra en stor väggbonad. Hon och några andra bildar en arbetsgrupp kring detta.

Regelbundet strålar hon, Inger och Erika samman för att diskutera Eva-Britts framtid. Under oktober månad känner hon att hon vill gå vidare ut i världen. Man kommer fram till att Eva-Britt skulle kunna ta ett steg till. För försäkringskassan är detta ett steg i rätt riktning.

Inger hjälper henne med kontakt med en firma som sysslar med paketering av sjukvårdsprodukter. Hon börjar arbeta där några timmar i veckan inledningsvis på fortsatt sjukbidrag. Denna lösning blir möjlig efter diskussion mellan rehabprojektet, AMI och försäkringskassan.

Det fungera bra och tillsammans med AMI funderar man nu över om hon skulle kunna få arbetsprövning på 50% nivån på denna arbetsplats samtidigt som hon skulle behålla 50% av sitt sjukbidrag.

Det blir nu också tydligt att Inger och Torbjörn inte bara fungerar som handledare åt Eva-Britt. Deras roll är också att vara kontaktperson och **mäklare mellan olika rehabaktörer och att genom sitt nätverk och sina kontakter skapa lösningar som utgår från Eva-Britts behov kanske mer än vad än strikt regeltolkning skulle ge utrymme för.** Genom att handledarna ser hela personen är det lättare att se vilka behov som finns och hur och i vilken takt utslussningen kan ske.

7.3.2 1999

I februari 1999 blir det klart att Eva-Britt får en mer regelrätt arbetsprövning vid paketeringsföretaget. Detta har föregåtts av en intensiv kontakt mellan rehabprojektet, rehabhandläggaren på försäkringskassan och arbetsvägledaren på AMI. Man är överens om att pröva detta under 6 månader genom att Eva-Britt får arbetspröva till 50%, fyra timmar per dag. De övriga 50% erhåller hon sjukbidrag.

Hon fortsätter med sina stödsamtal inom psykiatrin men i betydligt mindre omfattning. Behandling inom den psykiatriska slutenvården är det ingen som ens överväger nu. Hon får regelbunden, men tämligen gles behandling hos en sjukgymnast för sitt ryggonda, som alltmer tenderar att försvinna.

Arbetsprövningen löper väl även om det vissa dagar fortfarande kan kännas tungt för henne att gå till jobbet. Vid ett par tillfällen uteblir hon några dagar. Hon sjukskriver sig då tillfälligt.

Hon kontaktas då av en kollega från arbetsplatsen som genom stöd och uppmuntrande samtal förmår henne komma tillbaka. Vid några tillfällen intensifieras också kontakterna med den psykiatriska öppenvården som ett led i att hantera dessa ”återfall”.

Efter sommaren tycker man från försäkringskassans och AMI´s sida att Eva-Britt kan gå vidare och man diskuterar tillsammans med Eva-Britts arbetsgivare fram en halvtidsanställning med lönebidrag. Företaget ersätts inledningsvis med 75% av Eva-Britts lönekostnad, men avsikten är att detta gradvis ska reduceras.

För första gången på flera år firar Eva-Britt och hennes familj en jul som andas optimism.

7.3.3 2000

Vintern 2000 blir kall och lång. Stark kyla växlar med dimma och regn. Detta blir tungt för Eva-Britt som en måndagsmorgon i början av februari inte lyckas hålla tillbaka sina negativa och depressiva impulser. En dag stiger hon inte upp. Hon gråter förtvivlat och värjer sig desperat mot trycket att åter en gång agera duktig flicka. Efter gemensamma insatser från maken och öppenvårdsteamet inom psykiatrin skrivs hon in några dagar på Emy-hemmet. Redan på fredagen är hon tillbaka i hemmet. Hon har nu erhållit antidepressiva medel. Hennes ångest är stark och hon oroar sig för att hela hennes process med att komma tillbaka har gått om intet.

Hon blir sjukskriven några veckor, men genom insatser från kontaktpersonen inom psykiatrin uppmärksammas handläggaren på försäkringskassan på situationen och tillsammans med Eva-Britt besöker hon arbetsplatsen, där hon blir väl bemött och känner då att hon saknar sina arbetskamrater.

Eva-Britt får arbetsträna under ett par veckor och detta går bra och hon är snart åter uppe i halvtidsarbete. Gemenskapen på arbetsplatsen är mycket viktig för henne. Hon känner att hon ingår i ett sammanhang.

7.3.4 2001

Efter årsskiftet fortsätter hennes lönebidragsanställning på ett halvtidsjobb. Lönebidragsersättningen utgör nu 50% av lönekostnaden. Hon erhåller sjukbidrag på resterande 50%. Hon har fortsatt men allt glesare kontakter med psykiatrin

Hennes liv i stort har förändrats dramatiskt. Hon börjar få en aktiv fritid. Hon är mer aktiv. Går på Friskis och svettis varje vecka. Hon har återupptagit kontakten med gamla vänner. Hon får positiva kommentarer om sitt utseende, att hon ser pigg ut osv. Relationerna i familjen förbättras stadigt.

7.3.5 2002

Hon har nu ett deltidsarbete där hon arbetar fyra dagar per vecka. Hennes arbetstid uppgår till 80%. Denna del finansieras till 20% med lönebidrag. Resterande ersättning (20%) utgörs av sjukbidrag

Hon har en kraftigt reducerad vårdkonsumtion. Hon har mycket glesa kontakter med både psykiatri och primärvård.

Eva-Britt har fortfarande perioder när hon mår sämre, men hon blir inte så rädd längre. Nu när hon har hittat en strategi för att klara livets svängningar.

Vi lämnar Eva-Britt nyårsafton 2002. Då har hennes lönebidragsdel reducerats till 10%.

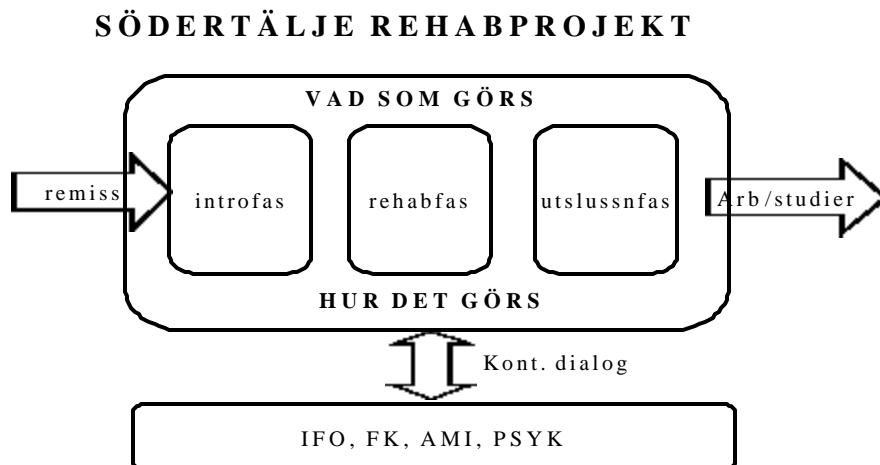
8. ETT MIRAKEL ELLER?

Då man studerar verksamheter som rehabprojektet kan man ibland med en viss misstänksamhet ta del av beskrivningar som den ovan. En aning tvivlande ställer man sig frågan. Kan det vara så enkelt? Kan en person som under andra omständigheter skulle gå under (worst case) med så pass till synes enkla insatser ta en helt annan och betydligt mera konstruktiv livsbana? Är det ett mirakel eller handlar det om att vi här överdriver effekterna av dessa åtgärder? Denna typ av intyck dämpas knappast av det förhållandet att det för den oinvigde ser ut som om man inte tillämpar någon konkret behandlingsmodell på Eva-Britt.

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

8.1 Metodik och vardagsarbete

Alla dessa synsätt och värderingar som spänner över ett flertal vetenskapliga discipliner allt från filosofi, via pedagogik och psykologi till utvecklingsteori (och som inte ens behöver vara formulerad i projektet men ändå vara tillämpade) ligger sedan till grund för en konkret metodik och konkreta handlingsmönster i vardagen i rehabprojektet på bl.a. följande vis.



Verksamheten i och kring projektet består alltså av fem olika delar. Först har vi en **remissdel** som handlar om hur den enskilde kommer i kontakt med och kommer in i projektet. Arbetet i projektet inleds med en **introduktionsdel** som varar i ett antal veckor. Därefter kommer själva **rehabiliteringsarbetet** – projektets kärnverksamhet. **Utslussningsfasen** handlar om att bistå den enskilde med att komma vidare till **arbete och/eller studie** r som är rehabarbetets sista del Dessa delar beskriv mera i detalj nedan

8.1.1 Remissförfarandet

Deltagarna i projekt kommer efter en remiss från någon eller några av projektets samarbetspartners, försäkringskassa, IFO eller den psykiatriska verksamheten.

Remissförfarandet är enkelt och obyråkratiskt och kan ske såsom ett enkelt telefonsamtal mellan någon myndighet och handledarna i projektet.

8.1.2 Introduktionsfasen

Man introduceras i projekt genom två studiebesök. Därefter får man möjlighet att pröva på att vara i projektet under tre veckor. Syftet med denna provotid är att

- Få möjlighet att se om verksamheten kan **erbjuda** mej något
- Tydliggöra att den enskilde själv **väljer** om man vill bli deltagare
- Får klarhet över att en **egen önskan om förändring** är förutsättningen för att börja i projektet

Efter Introduktionsdelen tar man gemensamt ställning till om personen skall gå vidare in i Rehabiliteringsprogrammet och bli deltagare eller om han skall gå tillbaka till remitterande myndighet. En orsak till att gå tillbaka kan vara att det är i ett för tidigt skede för personens rehabprocess. Han kan behöva ytterligare tid. När man väljer att gå in i Rehabiliteringsprogrammet kallas man **deltagare**, detta för att vi ser på människan som en **aktiv** varelse med möjligheter att **välja**

Det görs en **noggrann kartläggning** av deltagarnas tidigare erfarenheter av arbete, praktik och utbildning. Man tittar på positiva och negativa erfarenheter. En första planering för att formulera ett huvudmål för rehabprocessen sker också. Regelbunden uppföljning av detta sker varje månad.

8.1.3 Rehabiliteringsprogrammet

I rehabiliteringsprogrammet har man ett antal olika aktiviteter såsom arbete, skapande verksamhet, friskvård, data, studiebesök, temaarbete, projektarbeten, studier, fika, laga mat tillsammans etc. Samtliga aktiviteter är till för att deltagaren skall ha möjlighet att se möjligheterna till att

- Ta **ansvar**
- **Välja** att kliva ur offerrollen
- Vara **delaktig**
- **Samarbeta**, spegla sig i gruppen
- **Bryta negativa mönster**
- **Återupptäcka glädjen**
- Öka sin **uthållighet**
- Öka sin **koncentration**
- Öka sin **stresstolerans**

De olika aktiviteterna kan omfatta bla.:

- * **Arbete:** Bl.a. montering av vindspel. Dessa arbeten är bra för deltagare som känner sig osäkra eller mår dåligt eftersom varje moment görs exakt lika varje gång. På så sätt ges möjlighet att kommunicera samtidigt som man jobbar
- * **Skapande aktiviteter:** Bl.a. krukmålning fotoscreentryck. Måla fritt. Genom dessa aktiviteter får deltagaren möjlighet att skapa och därigenom utveckla sin fantasi och känna glädje.

- * **Friskvård:** projektet har många deltagare med psykosomatiska besvär från rygg och nacke. Syftet är att öka kroppsmedvetenheten, se samband kropp och själ.
- * **Data** De flesta deltagare har aldrig använt data tidigare. Alla får möjlighet att lära sig de enklaste begreppen.
- * **Projektarbete:** Deltagarna har varit indelade i två grupper, som gemensamt kommit fram till ett projekt. Ex orientalisk dans, väggbonad. Här har man tränat **samarbete ansvar och delaktighet**.
- * **Temadiskussioner.** Projektets första tema blev synen på arbete. Deltagarna har arbetat i små grupper som redovisats i den stora gruppen. Man har återigen tränat på **ansvar, delaktighet och samarbete**. Syftet har även varit att väcka tanken på att man skall gå vidare från projektet till arbete-studier eller annan meningsfull sysselsättning.
- * **Fika. Det är i det lilla det stora sker!** När deltagarna kommer till projektet är de så osäkra att de inte ens vågar prata vid fiket. Det är till stor del här den sociala träningen sker, i form av ”vanliga” samtal. Kan du inte fika på en arbetsplats har du mycket svårt att komma ut i arbetslivet!
- * **Laga mat.** Projektet har för tillfället en f.d. deltagare som kommer hit en gång per vecka och leder en enklare matlagningskurs- hon är en ” **god förebild**”.

Deltagaren väljer själv delar ur programmet utifrån de **mål** han/hon har satt upp. Varje månad **planerar** deltagarna tillsammans med handledarna huvudmål och delmål. Samtliga deltagare har sitt **eget rehabiliteringsprogram**

De första tre veckorna är deltagarna i projektet tre förmiddagar per vecka, därefter utökas tiden till alla förmiddagar i veckan. Maxtiden att delta i projektet är ett år.

8.1.4 Utslussning

Projektet har regelbunden kontakt och planering med remitterande myndighet under hela tiden deltagaren vistas där. Man kan erhålla praktik via Arbetsmarknadscentrum, arbetsprövning via Ami, arbetsprövning på egna arbetsplatsen, studier etc.

Genom sättet att arbeta får man en helhetsbild av deltagaren. Detta gör att handledarna har möjlighet att se vad som behövs för att deltagaren skall kunna komma vidare i sin rehabiliteringsprocess. Man försöker hitta skraddarsydda lösningar för var och en, otraditionella vägar. För att detta skall vara möjligt måste samverkan ske.

8.2 Synsätt, pedagogik, teorier och modeller

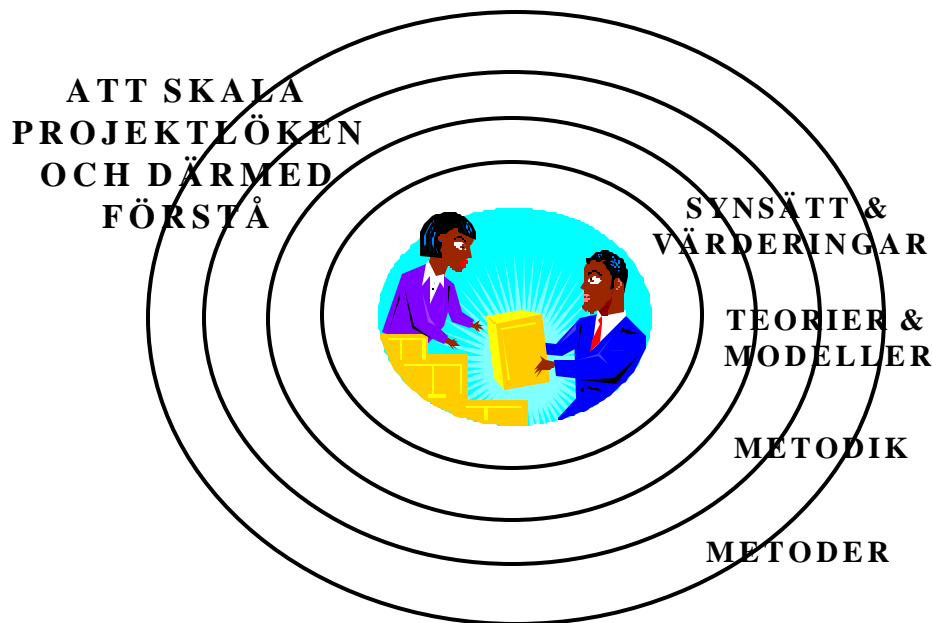
Vad är det då som på ett mer underliggande plan utmärker verksamheten i rehabprojektet? Vi tror att man kan dela in svaret i två helt olika delar. Vilket synsätt präglar det man gör och vilken metod, pedagogik och metodik tillämpar man? Då det gäller synsätt har vi lyckats urskilja följande delar;

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

gruppdynamiskt sammanhang blir en sorts laboratorium i rehabiliteringsarbetet. På så sätt kan man sägas både utgå från den *socialpsykologiska teoribildningen och den s.k. FIRO-teorin för gruppprocesser*

8.3 Att skala löken och upptäcka hemligheten

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



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

Ty i nästa skikt av löken döljer sig **en mycket genomtänkt metodik**, som beskriver **hur** man använder sig av arbetet med väggbonaden. Man använder den som ett

redskap för att öka förmågan att hantera och bearbeta konflikter, förmågan att agera i och spegla sig i en grupp, som ett träningsredskap för att utveckla sin förmåga till ansvarstagande, som ett hjälpmedel att sätta upp mål och planera sin tid etc.

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

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

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

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

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

9. ETT SAMHÄLLSPERSPEKTIV PÅ EVA-BRITT

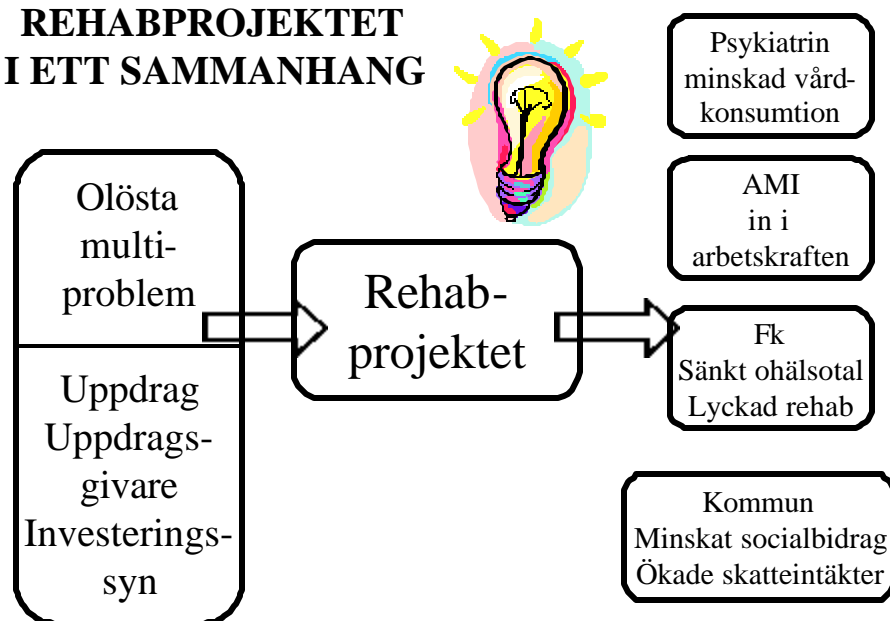
9.1 Den samhällsekonomiska nyttan av samverkan

En av de stora problemen med rehabprojektet i Södertälje ligger i att det saknar projektägare. Det finns många aktörer i och kring projektet som stödjer det, men projektet hänger just nu i luften därför att ingen enskild aktör anser att det är just deras projekt.

Lite förenklat kan man säga att det projektet gör är att man tar tag i en olöst rehabiliteringsproblematik för människor med s.k. multipla problem. Men hjälp av tillfälligt skapade resurser (projektmedel, Dagmarmedel) sätter man igång arbetet.

Man löser med detta ett antal problem för de olika aktörerna. **För psykiatrin** minskar man vårdkonsumtionen och bidrar till psykisk hälsa. **För kommunen** reducerar man socialbidragskostnaderna och ökar på sikt de kommunala skatteintäkterna. Ur **arbetsmarknadsmyndigheternas** perspektiv ökar man andelen personer som ingår i arbetskraften, dvs. man skapar en gynnsammare kvot mellan andelen försörjare och försörjda i samhället. För **försäkringskassan** slutligen bidrar man med en lyckad rehabiliteringsprocess, sänker ohälsotalen och minskar belastningen på socialförsäkringssystemet. Detta visas i figuren nedan.

REHABPROJEKTET I ETT SAMMANHANG



Alla parter har rimligtvis något att vinna på projektet. Försäkringskassan kanske mest i rent finansiella termer. AMI/Arbetsförmedling kanske minst. Likväl står projektets överlevnad på spel.

Situationen ser alltså ut på följande vis, alla parter är delaktiga i ett komplext problem som man vill ha löst. Alla tjänar på att få det löst. Ingen vill satsa pengar på det just nu. Varför?

Svaret finns till vänster i figuren ovan. Det är tre faktorer som kommer att vara avgörande för projektets överlevnad. För första att de ingående aktörerna anlägger ett **investeringsperspektiv** på projektet. För det andra hur ska projektets **uppdrag och framgångsmått** formuleras. För det tredje, och allra viktigaste; vem är projektets **uppdragsgivare**. Vår erfarenhet är entydig; utan en väldefinierad projektägare och uppdragsgivare har aldrig så framgångsrika projekt ingen chans att långsiktigt överleva. Ej heller detta projekt.

Hur lönsamt är då projektet sett som ett investeringsproblem. Idag kostar en årsplats cirka 70.000 kronor. Vid 50% framgång i rehabarbetet (vilket är en underskattning i förhållande till de resultat som redan uppnåtts) är kostnaden för en framgångsrik rehabilitering cirka 140.000 kronor. Intäkten i form av minskade försörjningskostnader för Eva-Britt under 21 år är cirka 1.700.000 kronor. Avkastningen på insatt kapital är i så fall för **försäkringskassans räkning cirka 1200%. För kommunens räkning är intäktssidan under samma period cirka 500.000 kronor vilket ger en avkastning på mer måttliga 350%**

Så frågan vi måste ställa oss är; vilken eller vilka av de berörda fyra offentliga aktörerna är beredd att ta initiativ och **skapa den uppdragsgivargrupp som rimligtvis måste vara projektets ägare och framtida styrorgan?**

9.2 Aktörernas incitament och hinder

Det kan alltså vara intressant att studera samverkan som ett investeringsproblem för att vid sidan av alla de viktiga moraliska och humanistiska argumenten kring samverkan studera det som ett ekonomiskt beslutsproblem.

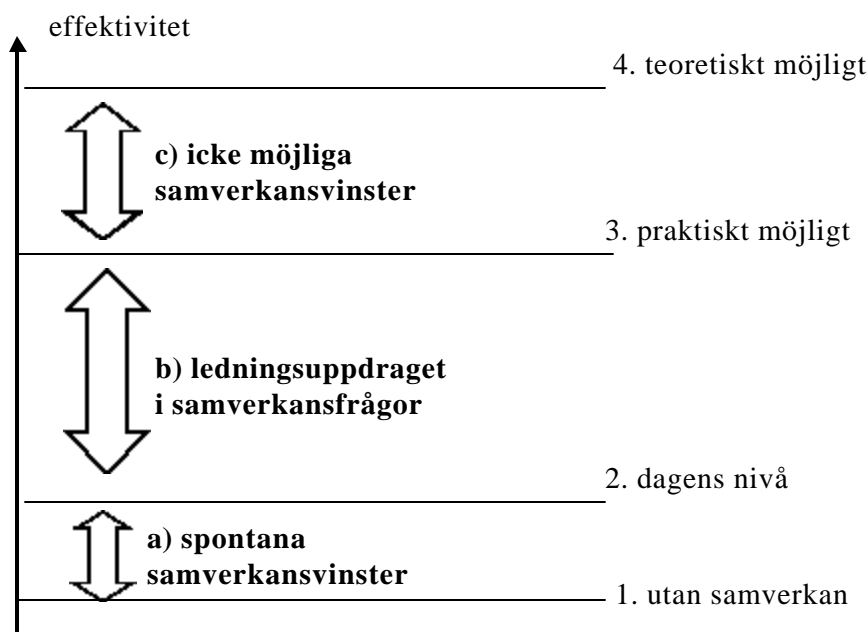
Men detta är inte bara ett ekonomiskt problem. Det är också ett perspektiv- kunskaps- och synsättsproblem. Vi vet från många tidigare studier att utvecklad samverkan i regel är en lönsam affär. Likväl är det ofta svårt att få denna samverkan till stånd. Vad kan detta bero på? Vi tror det finns flera alternativa förklaringar

- a) man ser inte vinsterna eftersom man saknar kunskap om den totala kostnadsbilden
- b) man tror inte på vinsterna. Man tror att kalkylerna är överdrivna. Felräknade eller baserade på glädjekalkyler
- c) man ser vinsterna och tror på dom, men tror att någon annan får dom. Man ser sig själv (på saklig grund eller ej) som förlorare i ett Svarte-Petterspel
- d) man ser vinsterna, tror på dom, tror att man själv kan få dom, men det ligger för långt fram i tiden för att det ska ha betydelse för dagens beslut (ettårsbudgetens förbannelse)
- e) det blir för besvärligt samverka och man vet inte hur man gör, varför man låter bli

9.3 Samverkans vinster och det offentliga ledarskapet

Men det finns också en annan problematik. Denna studie är inte den första i vilken det visas att en förändring till det bättre är möjlig att genomföra, t.ex. genom samverkan, och att man inom det beslutsfattande systemet ställer sig skeptisk till resultatet. Denna skepsis är helt naturlig. För **hur ska man kunna hämta hem vinsten?** Svaret på denna fråga beror lite grand på vilket perspektiv man anlägger. Erfarenhetsmässigt vet vi att varje gång en offentlig resurs friläggs tenderar den att ätas upp av något annat

angeläget och ännu inte tillgodosett behov. Därmed uteblir besparingarna. Vinsten blir "luftpengar". Men vi har också ett annat problem, man kan inte stänga en åttondels vårdavdelning, dra in en tjugofjärdedels rehabtjänst eller minska lokalytorna på en vårdcentral med 4,5 kvadratmeter. Vår kalkyl bygger indirekt på att detta skulle vara möjligt. På så sätt är kalkylen missvisande. Den visar på **de vinster som skulle vara möjliga att erhålla genom samverkan om inga omställningströgheter fanns** inne i de offentliga organisationerna. På så sätt skulle man kunna tala om den som ett idealfall. Blir därmed analysen reducerad till en teoretisk övning utan praktiskt värde? Nej, vi tror inte det. Vid sidan av att den ger en bild om hur man borde organisera arbetet kring Eva-Britt om man så att säga fick börja om från början, ger den en annan typ av information som enklast kan illustreras med följande diagram;



Vi har i diagrammet illustrerat fyra effektivitetsnivåer med avseende på samverkan 1) utan samverkan alls, 2) den samverkansnivå man ligger på idag, 3) den samverkan som praktisk skulle vara möjlig att uppnå samt 4) den samverkansnivå som teoretiskt sett skulle vara möjlig att uppnå. Vår kalkyl har i huvudsak fokuserat på gapet mellan nivå 1 och 4 i figuren ovan³.

Spontana samverkansvinster har uppnåtts på många ställen i landet till följd av kloka människors agerande vilket vi i figuren ovan illustrerat som språnget a). Kalkylen vi genomfört pekar också på vinster som endast teoretiskt sett är möjliga att uppnå under förutsättning att alla organisatoriska trögheter kan reduceras. Det finns en viss andel

³ detta är inte helt korrekt eftersom det i expertpanelens resonemang hela tiden funnits ett mycket starkt inslag av att betona det praktiskt möjliga, därför vårt best-case kanske ligger någonstans mellan nivå 3 och 4 i figuren

av samverkansvinsterna som i praktiken inte är möjliga att utvinna – språng c) i figuren ovan.

Men den intressanta, och såvitt vi kan förstå också största gruppen, utgörs av skillnaden mellan dagens samverkansnivå och det som skulle vara praktiskt möjligt att uppnå. All vår erfarenhet från ett stort antal konsultuppdrag pekar på att detta språng är mycket större än vad man vanligtvis föreställer sig. Men denna samverkansvinst uppstår inte med automatik. Det kommer att uppstå om det **utövas ledning för att uppnå detta mål**

Vi har därmed **identifierat ett ledningsuppdrag kring samverkan, uppdraget att hämta hem den möjliga samverkansvinsten – både ekonomiskt och kvalitativt**. Ett uppdrag som kommer att kräva ett något annorlunda synsätt och en någon annorlunda metodik än vad vi vanligtvis tillämpar i offentligt ledarskap⁴.

9.4 Rehabilitering till vad?

Framgång i rehabiliteringsarbetet vad är det? Då man studerar arbetet kring Eva-Britt så definieras begreppet framgång helt utifrån vilket perspektiv man anlägger. Vi kan hitta åtminstone följande fyra perspektiv på framgång i arbetet med Eva-Britt

INDIVIDEN =
bättre liv

VERKSAMHETEN=
bättre resultat, lyckas



SAMHÄLLET =
billigare & effektivare

PERSONALEN =
arbetstillfredsställelse

⁴ se Nilsson & Lundmark, Gränsöverskridande ledarskap, SEE, 1998. Ett sådant angreppssätt har för övrigt tillämpats i Södertälje med anledning av de resultat vår tidigare studie där kring psykiatireformen visade.

Beroende på vilket perspektiv man utgår från erhåller man helt olika svar då vi diskuterar begreppet framgång i samband med arbetet kring Eva-Britt. Här är några alternativa definitioner av begreppet som vi stött på under arbetets gång

- lägre vårdkonsumtion
- minskade samhälls- och/eller myndighetskostnader
- mindre rundgångseffekter mellan aktörerna
- ett mer stabilt socialt sammanhang
- arbete eller meningsfull sysselsättning i någon form
- ökad förmåga att försörja sig själv
- höjd livskvalitet för Eva-Britt
- återetablering av Eva-Britts sociala nätverk
- personal som känner att de gör ett bättre jobb och därför orkar mer

Ofta brukar man i olika rehabiliteringsprojekt formulera mål som att de människor man arbetar med ska hitta arbete eller komma i studier. Men om man inte når dit då? Om man ”endast” reducerar den samhälleliga försörjningsinsatsen med 50% är det ett misslyckande? Eller om man stoppar rundgången, ordnar Eva-Britts försörjning och dämpar hennes vårdkonsumtion?

9.5 Tre ambitionsnivåer för samverkan

9.5.1 De tre problemen

Då det gäller att organisera samverkan kring rehabiliteringsfrågor finns det tre grupper av problem som man klart och tydligt kan identifiera. För det första, hur skapar man en sammanhängande bild av det problem man vill lösa och hur skapar man tillsammans med den enskilde motivation och förmåga att delta i en sådan rehabiliteringsprocess? För det andra hur skapar man helt nya lösningar på rehabproblemet i det gap mellan de vårdande och de arbetsmarknadspolitiska systemen som finns idag? För det tredje hur ser man till att de individer som på kort sikt genomgår en framgångsrik rehabilitering i samverkan på lite längre sikt vidmakthåller och utvecklar sin förmåga och inte drabbas av onödiga återfall?

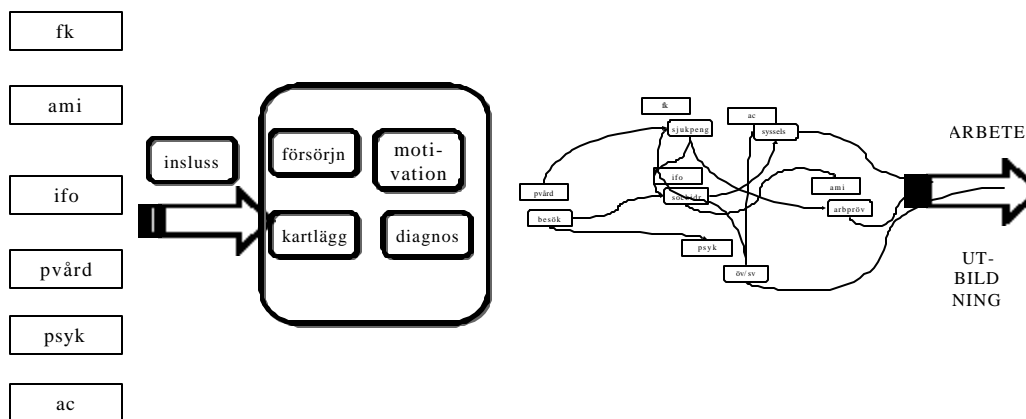
Var och en av dessa problem antyder en möjlighet att förlägga samverkan kring rehabiliteringsfrågor på olika nivåer

9.5.2 Ambitionsnivå 1; helhetssyn & motivation

På den första ambitionsnivån handlar samverkan om att skapa en sorts helhetssyn kring den enskilde. Ofta löser man detta genom att skapa någon form av partssammansatt grupp (kan kallas rehabgrupp, nätverksgrupp eller något liknande) med representanter från olika ingående aktörer.

Uppdraget är ofta att utifrån en helhetssyn minska "rundgången" i rehabsystemen genom att använda befintliga resurser mera effektivt. Den grundläggande verksamhetsidén i denna form av lösningar är att genom partsammansatta grupper få en allsidighet i problembelysningen och därigenom tackla inte bara de symtom den enskilde visar upp utan också att komma åt det underliggande grundproblemet.

Modellen bygger på att klienten slussas in i någon form av remissförfarande till den arbetande samverkansgruppen som efter genomfört diagnos- och motivationsarbete slussar ut henne i de olika former av åtgärder som redan existerar. Ungefär som i figuren nedan.



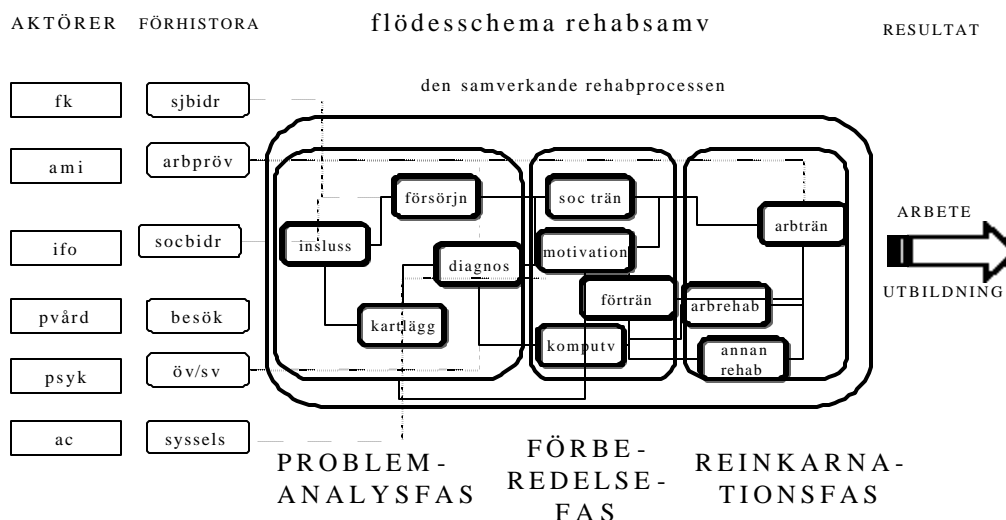
Modellen fungerar förbluffande bra för många individer och leder ofta till goda resultat. Svårigheter kan uppstå i samverkansgruppen vars roll kan bli oklar; man ska både sortera och diagnostisera, vara ombud för den egna hemmaorganisationen, slussa individer in i åtgärder, ta myndighetsbeslut, vara handläggare och följa upp.

Men det stora problemet med denna modell är att det inte löser gapet mellan de omvårdande och behandlande organisationerna å ena sidan och de arbetsmarknadspolitiska insatserna å den andra

9.5.3 Ambitionsnivå 2; gapförslutning & nya lösningar

Vi får då gå till en annan lösning. Den som man valt att arbeta med i rehabprojektet i Södertälje. Dvs. man tillskapar en projektorganisation såsom en förberedelsefas för den konkreta arbetsmarknadsrehabiliteringen. En förträningsfas för de personer som är för friska för att få sjukpenning men för sjuka för att kvala in på AMI eller Arbetsförmedling.

Man skapar alltså helt nya lokala lösningar för att organisera återanpassningsprocessen in på arbetsmarknaden. Den felande länken mellan arbetsmarknaden och vård- och omsorgssystemen.

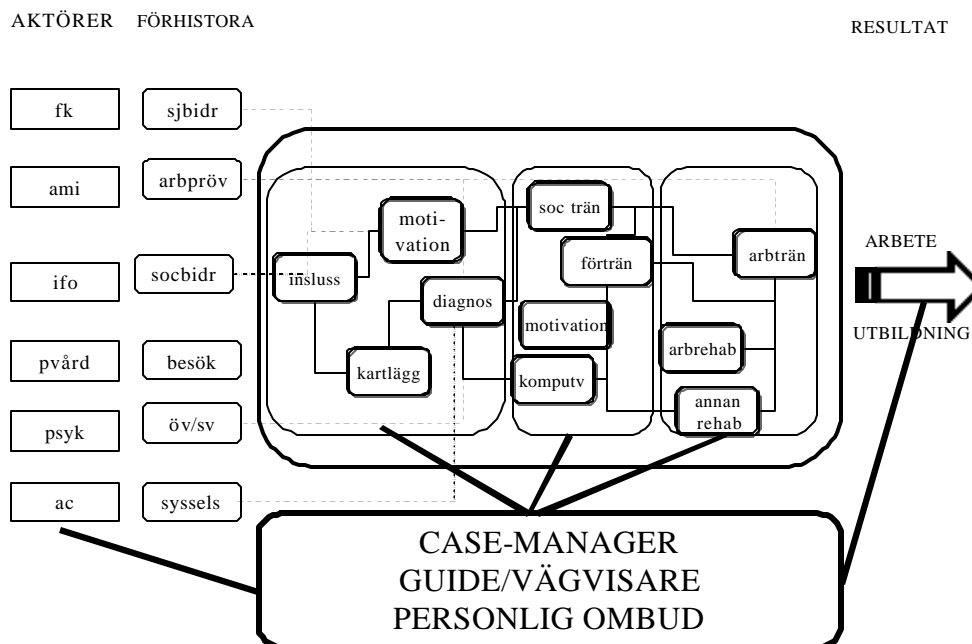


Denna modell fungerar, som vi visat tidigare i denna rapport mycket bra. Den bygger på en annorlunda metodik och ett annorlunda synsätt än båda de system den gränsar till. Den ger också bra resultat både för den enskilde och samhället.

Problemet med denna modell är att man trots den relativt långa rehabprocessen ändå inte har ett uppföljningsansvar inför det arbete man utfört. Det finns heller ingen självklar mekanism med vars hjälp man fångar upp och dämpar de "återfall" som är oundvikliga i denna typ av processer.

9.5.4 Ambitionsnivå 3; case-management och uppföljning

En lösning på detta problem är att ålägga rehabprojektet ett case-management ansvar i förhållande till den enskilde. Dvs. vara den offentliga aktör som dels entydigt står på den enskildes sida (en sorts rehabombud), dels är den som i de olika rehabstegen ska svara för helhetssyn och kontinuitet och dels den som efter genomförd rehabilitering kan vara den enskildes kontaktperson



Man skulle kunna tänka sig att rehabprojektet fick ett case-management ansvar för sina deltagare under själva processen samt därefter ett uppföljningsansvar t.ex. 12 eller 24 månader. På så sätt skulle man inte bara försäkra sig om ett bra kortsiktigt resultat utan även att de positiva effekterna blir bestående.

9.6 Eva-Britts systrar och bröder

Eva-Britt är en person som är till föremål för samhällets rehabinsatser eftersom hon beskrivs som en person med psykosociala arbetshinder och hon har svårt att försörja sig själv. Hur representativ är hon? Och hur udda är hon. Låt oss ge ett par siffror. Inom ramen för psykiatireformen i Södertälje finns cirka 350 personer. De tillhör organisatoriskt psykosektionen inom den psykiatriska sektorn. Eva-Britt tillhör den allmänpsykiatriska sektionen. Den har årligen cirka 1.200 patienter, dvs. nästan fyra gånger fler. Det är ur denna grupp Eva-Britt rekryteras. Det kan faktiskt vara vem som helst. Sådana som du och jag, en dag när livet blir oss övermäktigt. Det kan handla om depressioner, paniktillstånd, utbrändhet. Tillstånd som börjar som en smärre avvikelse från en i övrigt normal livsbana och som efter en tids vistelse i det vi kallar nedbrytningstrappan kan leda till permanent sjukdom.

Men det finns en annan infallsvinkel (och här hämtar vi våra erfarenheter från ett stort antal rehabprojekt vi arbetat med runt om i landet). Det är möjligt att det är en slump att det är just den här typen av symptom Eva-Britt uppvisar. Hon kanske lika gärna skulle kunna ha uppvisat problem med rygg-nacke-axlar eller i värsta fall tablett- eller alkoholmissbruk

Det visar sig nämligen ofta att människor inom dessa tre grupper (se figuren nedan) lite slumpmässigt tycks hamna inom olika delar av rehabstrukturen. Det beror inte bara på symtombilden utan också var man först börjar söka hjälp. Eller som en distriktsläkare sa under en utbildning vi genomfört kring samverkan. Jag har haft 20.000 patienter de sista åren, men bara två av dem har uppgivit att de sökt mig för alkoholproblem. Jag är övertygad om att hundratals av de övriga patienterna haft samma problem men inte vågat lyfta fram det.

Samverkan – kring vem?



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

25

Alla dessa patienter (och vi tror att det i Södertälje mycket väl kan handla om upp emot 1000 personer, kanske fler) har det gemensamt att deras problembild är komplex, att de ytliga symtomen är tecken på mer underliggande och sammansatta problembilder, att symtomdämpning därmed sällan är en lösning på rehabproblemet. De har också det gemensamt att de alla är storkonsumenter av den offentliga sektorns tjänster. De har nästan alla det gemensamt att de har eller kan återskapa en viss ofta inte obetydlig produktionsförmåga och därmed aktivt bidra till samhällets försörjningsbas

Vad innebär det socialt, finansiellt, vårdpolitiskt etc. att dessa människors förmåga inte ianspråktas? Svaret på detta är i högsta grad en politisk fråga. I Södertälje är det en fråga som i högsta grad bör ställas till kommunledningen som är välfärdssamhällets lokala bärare.

9.7 Ett stort eller litet problem?

Är detta ett stort eller litet problem? För Eva – Britt och hennes familj är detta naturligtvis ett stort problem. Men är det ett stort problem för Södertälje (och samhället i stort)? Det uppriktiga svaret är att vi vet inte – inte någon annan heller för den delen. Däremot kan vi på goda grunder göra en kvalificerad gissning.

Här gäller i högsta grad att som man ropar får man svar. Det förhåller sig nämligen så att varje myndighet har sitt sätt att definiera denna grupp av **gråzonsmänniskor** – både då det gäller att definiera hennes problem och sätta en etikett på henne. Ur försäkringskassans perspektiv är hon ”den försäkrade” som har ett rehabiliterings- och försörjningsproblem. För psykiatrin en patient med en depression. För arbetsmarknadsmyndigheten en arbetssökande med ett kompetensproblem.

Om man ställer frågan till de olika myndigheterna i Södertälje hur många sådana här gråzonsmänniskor finns det får man kanske ungefär följande svar

* personer som är svårplacerade på arbetsmarknaden	700
* personer med depressioner	300
* personer med sjukbidrag eller förtidspension av psyk & diffusa skäl	800
* personer försörjda med socialbidrag under lång tid	300

Problemen med dessa siffror är många. För det första vet vi inte om vi ska addera dem eller inte. Många av dessa personer är till föremål för samhällsinsatser från flera myndigheter. För det andra vet vi inte vad vi ska kalla dem; patient, klient, arbetssökande, den försäkrade eller vad? För det tredje vet vi inte vilket deras egentliga problem är.

Det vi vet är att de flesta är försörjda på olika vis av de offentliga systemen samt att de flesta av dem sannolikt är storkonsumenter av olika former av välfärdsresurser.

Låt oss göra ett ekonomiskt tankeexperiment. Låt oss säga att det finns 400 personer i Södertälje som bär på en problematik som är av ett sådant slag att den direkt eller indirekt påminner om Eva-Britts, dvs. personer som från 40 års ålder och framåt, strängt taget i onödan försörjs av samhället pga. rehabiliteringssystemens oförmåga och som genom bättre rehabinsatser skulle kunna erhålla ett arbete.

Enbart de samlade produktionsförlusterna från dessa 400 personer uppgår till cirka 1.200 miljoner kronor.

Den kommunala kostnaden för dessa utgöres av cirka 200 miljoner kronor.

Och de totala samhälleliga försörjningskostnaderna för dem uppgår till cirka 680 miljoner kronor.

Men vi vet trots allt vissa saker

- * dessa människor **försörjs redan idag** i samhället till betydande kostnader. Det finns alltså pengar för deras försörjning.
- * dessa människor har alla i större eller mindre omfattning **en viss produktionsförmåga** som i regel inte alls tas tillvara av samhället
- * dessa människors kompetens passar inte alltid med självklarhet in i **arbetsmarknadens villkor**

- * det finns **mängder av angelägna samhällsuppgifter som behöver utföras** och som skulle kunna utföras av dessa människor

Det är i högsta grad en politisk fråga att dra slutsatser utifrån ovanstående fakta

9.8 Rehabprojektets roll i ett samhällsperspektiv

Den svenska arbetsmarknaden har i takt med teknikutveckling och globalisering blivit allt hårdare. Inträdeskraven för att komma in på arbetsmarknaden höjs ständigt. Det handlar dels om yrkes- och utbildningskompetens. Utan gymnasieskola är man idag strängt taget utestängd från huvuddelen av arbetsmarknaden. Men det handlar också om social kompetens som förmåga att hantera konflikter, umgås i grupp, bemöta andra människor etc. Saknar man denna kompetens är man i många arbetsgivares ögon inte anställningsbar. Slutligen handlar det om personlig kompetens framförallt förmågan att hantera osäkerhet, högt tempo, stress och ständig förändring. Människor som inte har denna förmåga mals snabbt ner i ett föränderligt arbetsliv.

Detta kan väl kanske anses vara värt sitt pris om vinsterna är tillräckligt stora i förhållande till de uppoffringar som görs. Men idag har vi en arbetsmarknad där trots högkonjunktur mellan trekvarts och en miljon människor i åldersintervallet 18-65 år står utanför den traditionella arbetsmarknaden. Många av dem hittar vi aldrig i arbetslöshetsstatistiken. De finns i hemmen, förtidspensionerade, sjukbidragare, kunskapslyftet, komvux, i arbetsmarknadsåtgärder och öppet arbetslösa etc. Börjar då priset för arbetslivets nya villkor bli för högt? Detta är åter igen en politisk fråga.

Men det finns andra frågor som vi måste ställa oss. Vad händer i ett samhälle där en stor del av personerna i produktiva åldrar ställs utanför delaktigheten och gemenskapen? Vad händer i ett samhället där proportionerna mellan försörjare och försörjda förändras på detta vis. Hur länge kommer försörjarna vara beredda att försörja och hur länge kommer de försörjda att finna sig i att ställas vid sidan?

Vad ska vi med andra ord göra? Några saker kan man säga med säkerhet. För det första finns det idag pengar för att försörja alla våra medborgare i form av olika trygghetssystem. För det andra har i stort sett alla dessa försörjda någon produktionsförmåga kvar. För det tredje finns det mängder av angelägna samhällsuppgifter som behöver tas om hand. Allt från städernas grönområden, behov av vuxna inom skola och barnomsorg, någon för de gamla inom äldreomsorgen att prata med etc.

Handlar det hela då inte om att föra samman pengar, förmåga och behov? Med andra ord behövs det **en ny lokal social arbetsmarknad** för alla dessa människor? Återigen är detta en politisk fråga. Ofta får vi reaktionen kring detta förslag att det skulle vara att permanenta en B-lagsekonomi. Vi brukar då säga att det har vi redan. Frågan är om vi ska skapa en ny lokal ekonomi baserad på människors delaktighet och ianspråktagande eller om vi ska acceptera den förnedrande B-lagsekonomi vi har idag.

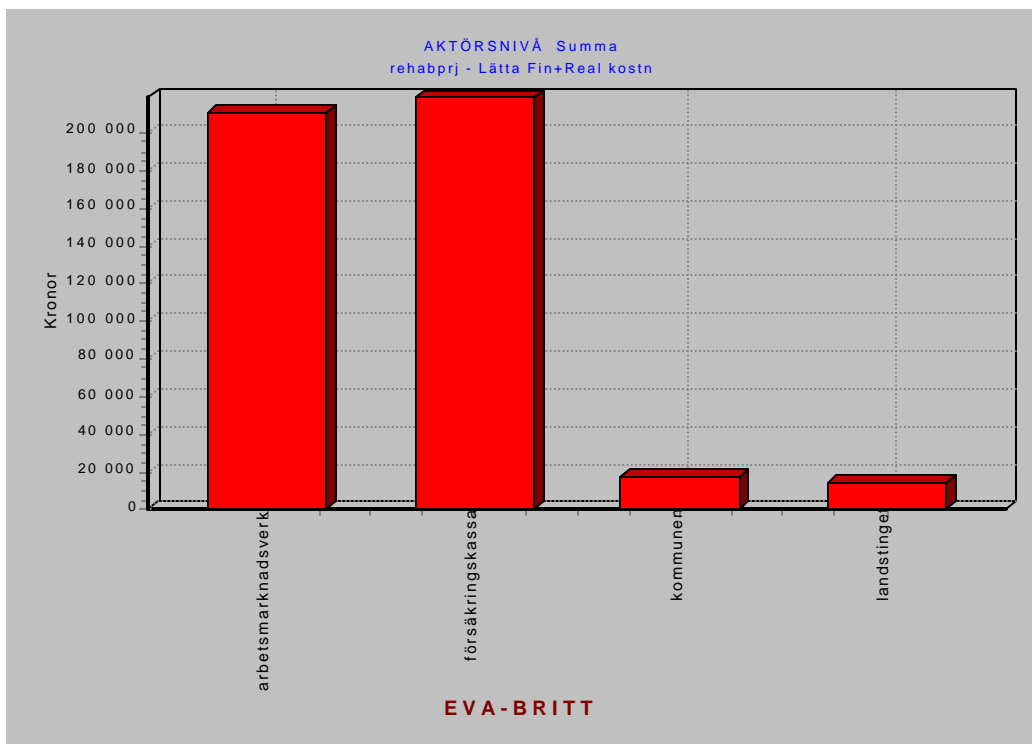
10. EKONOMISKA KONSEKVENSER AV VÄGVALET

Det är nu dags att mera i detalj studera de ekonomiska konsekvenserna av att Eva-Britt medverkar i rehabprojektet. Annorlunda uttryckt; vad är den samhälleliga vinsten av att lyckas i ett rehabarbete med Eva-Britt? Precis som tidigare gäller dessa beräkningarna för perioden 1998-2002. Då det gäller kostnaden för rehabprojektet antar vi att kostnaderna för detta fördelas lika mellan kommun och försäkringskassa.

10.1 Eva-Britt som producerande varelse

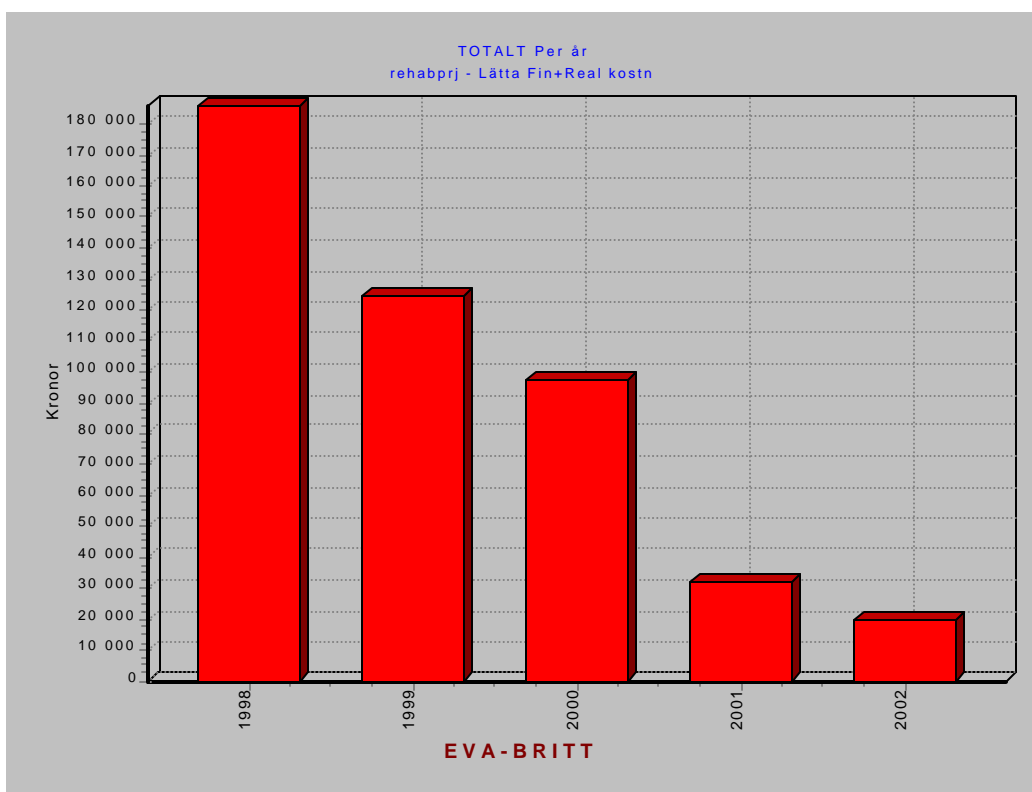
10.1.1 De totala kostnaderna

Låt oss börja med att studera de totala samhälliga kostnaderna för Eva-Britt då hon medverkar i rehabprojektet. De uppgår till cirka 450.000 kronor eller 90.000 kronor på årsbasis. Dessa kostnader domineras av olika arbetsmarknadsåtgärder och försörjningsåtgärder från försäkringskassan och arbetsmarknadsverket som tar ungefär vardera 45% av de totala kostnaderna. Det kan handla om sjukbidrag, lönebidrag eller rehabersättning.



10.1.2 År för år

Bilden på årsbasis är emellertid ännu mera intressant. Följande hypotes borde vara rimlig; om rehabarbetet är någorlunda framgångsrikt bör **de samhälliga kostnaderna för Eva-Britt trappas av efterhand som arbetet framskrider**. Detta är också det vi kan se i figuren nedan. Man skulle med detta perspektiv kunna säga att 1998, med en total kostnad på cirka 185.000 kronor utgörs av en investeringskostnad, medan kostnaden 2002 på cirka 20.000 kronor utgörs av en sorts restpostskostnad samhället kommer att ha för Eva-Britt för att hon aldrig till 100% kommer att bli helt produktiv i konventionell mening. Kostnaden för resterande sjukbidrag och/eller lönebidrag.

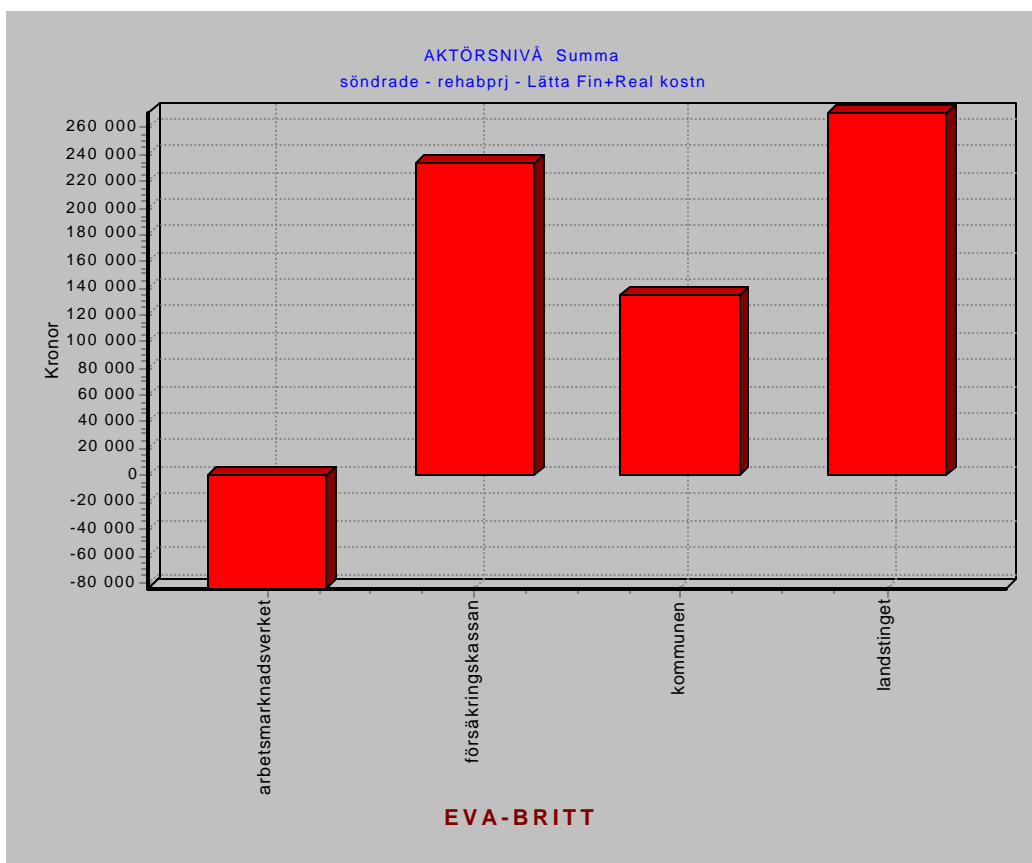


10.2 Värdet av en framgångsrik rehabinsats

Låt oss emellertid nu gå över till den verkligt intressanta kalkylen, nämligen det samhälleliga värdet av en framgångsrik rehabilitering av Eva-Britt. Vi har valt att som huvudalternativ redovisa beräkningarna för skillnaden mellan scenariot ”söndrade vi falla” och insatser med rehabprojektet, eftersom detta scenario bäst stämmer överens med cirka 60% av målgruppen i rehabprojektet idag.

10.2.1 Totalt

Den totala samhällsliga vinsten för rehabprojektet, som redovisas nedan **uppgår till cirka 550.000 kronor, eller drygt 100.000 kronor på årsbasis**. Vinsternas fördelas med 230.000 kronor eller cirka 40% till försäkringskassan och 270.000 kronor eller cirka 50% till landstinget. Kommunens vinst uppgår till 130.000 kronor eller cirka 25% av den totala vinsten. Intressant att observera är att rehabprojektet för arbetsmarknadsverket utgör en förlustpost på cirka 85.000 kronor. Orsaken är uppenbar. Så länge Eva-Britt är så sjuk att hon inte kan bli till föremål för arbetsmarknadspolitiska åtgärder, kommer hon inte heller att belasta arbetsmarknadsverket. "Förlusten" för arbetsmarknadsverket utgör en illustration av att Eva-Britt gått över till **arbetslinjen**.

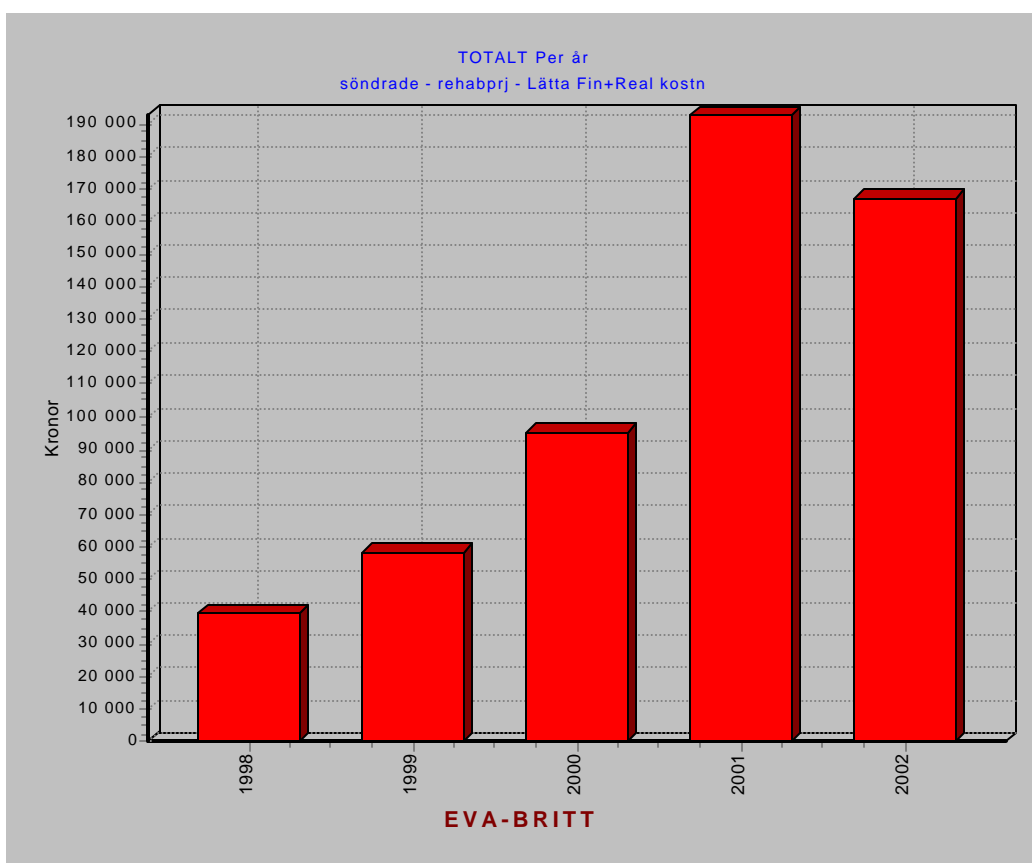


10.2.2 På årsbasis

Hur ser då vinsterna av rehabprojektet ut på årsbasis. Nu kan vi ju börja fundera över projektet som ett investeringsprojekt. Är det framgångsrikt borde vinsterna i början vara små för att sedan stiga. Detta är precis vad vi ser i figuren nedan. Om vi tar den genomsnittliga vinsten för de två sista åren – dvs. **då effekterna av rehabprocessen**

fått fullt genomslag - uppgår den till cirka 180.000 kronor per år. Om detta värde är någorlunda stabilt och man extrapolerar, skulle man kunna säga att varje år från och med 2003 och framåt leder effekterna av rehabprojektet till en årlig vinst för de fyra ingående aktörerna på cirka 180.000 kronor. **På 21 års basis (dvs. tiden fram till Eva-Britts ålderspension) leder detta till cirka 3.780.000 kronor.** Nu får man vara försiktig med denna typ av extrapoleringar, men de kan ändå vara av ett visst intresse att ha som ett någorlunda kvalificerat räkneexempel för den lyckade rehabiliteringens samhällsekonomiska effekter.

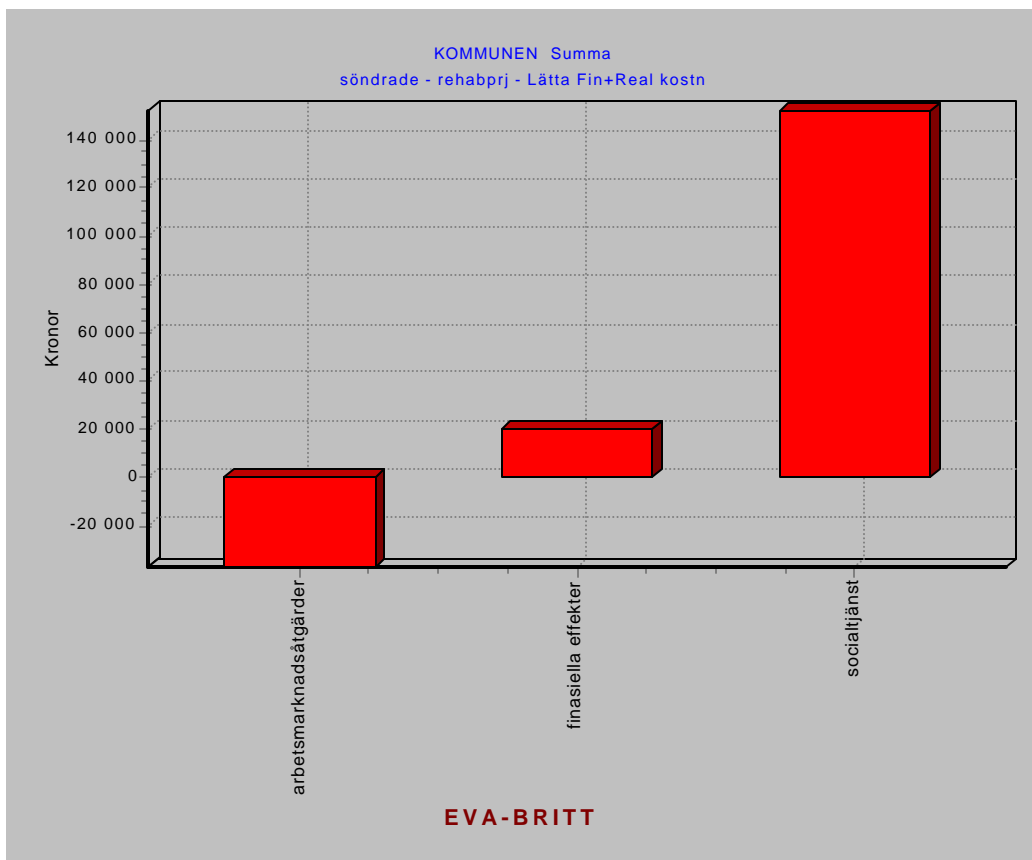
Vad som kanske är ändå mer intressant i figuren nedan är att projektet redan från år ett leder till ett överskott – ett överskott på cirka 40.000 kronor. **Dvs. investeringskostnaden för projektet är (vid framgång) återbetald redan inom den första 12-månadersperioden, vilket kan vara av ett visst intresse för den som tänker i ettårsbudgetperioder.**



10.2.3 Kommun

De kommunala effekterna av projektet (**en total vinst på 130.000 kronor**) uppstår på tre olika vis. För det första leder själva rehabprojektet till investeringskostnader på knappt 40.000 kronor. För det andra leder projektet till skatteintäkter på cirka 20.000 kronor under femårsperioden och för det tredje leder det till minskade

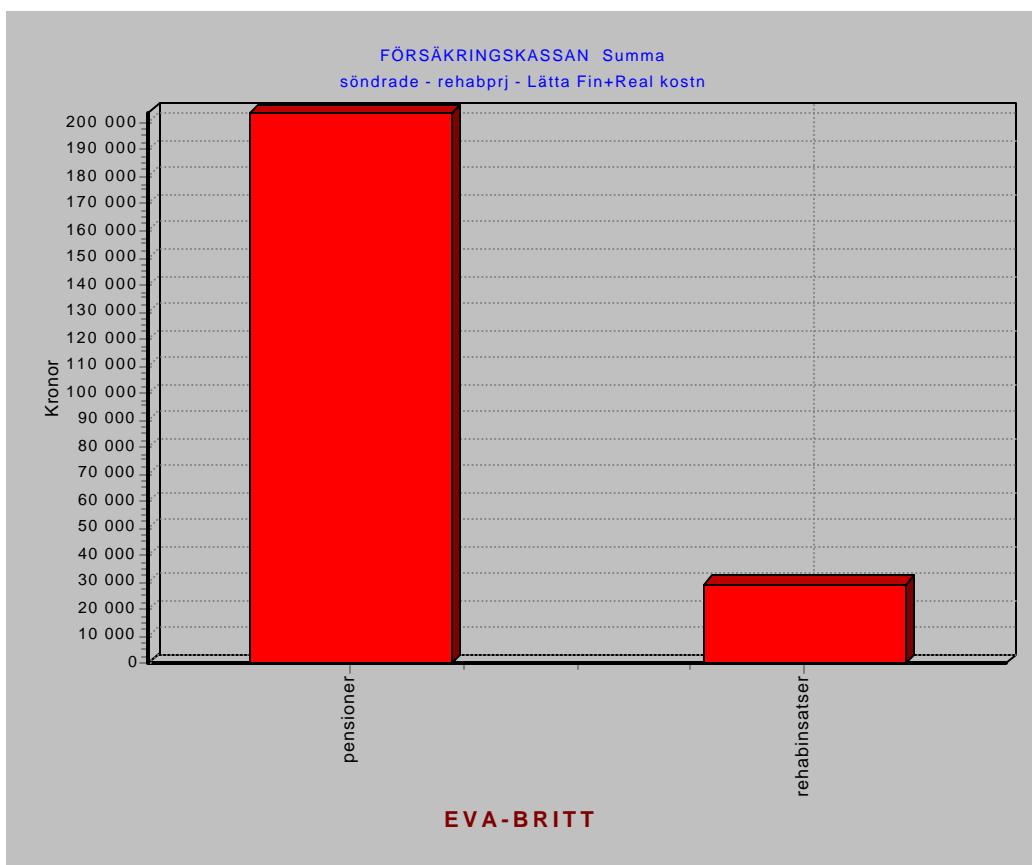
socialbidragskostnader på cirka 150.000 kronor. Om man väljer att bara fokusera på de ökade skatteintäkterna från Eva-Britt innebär dessa från år 2003 och framåt till en årlig intäkt på knappt 7.000 kronor. **För de resterande åren till Eva-Britts ålderspension innebär detta totalt sett cirka 150.000 kronor. En mycket försiktig skattning av övriga sociala kostnader under resterande period leder till totalsumman 350.000 kronor** (baserat på olika sociala kostnader för Eva-Britt med 1400 kronor på månadsbasis)



10.2.4 Försäkringskassa

Den stora vinsten för försäkringskassan utgörs av de minskade kostnader man får för olika former av försörjning såsom sjukpenning, sjukbidrag och eventuell förtidspension. **Totalt utgörs denna vinst av cirka 200.000.** Till detta kommer en mindre vinst bestående av minskade kostnader för handläggning och olika åtgärder, i takt med att Eva-Britt mer och mer klarar sig på egen hand. Studerar man försäkringskassans kostnader över tid finner man **att redan 1998 är ett vinstår** (om än med en mycket måttlig vinst på cirka 5.000 kronor) trots att man finansierar rehabprojektet till 50%. **I slutet av kalkylperioden uppgår den genomsnittliga vinsten till cirka 70.000 kronor på årsbasis.** Detta betyder att **den förväntade återstående vinsten för försäkringskassan av Eva-Britts framgångsrika**

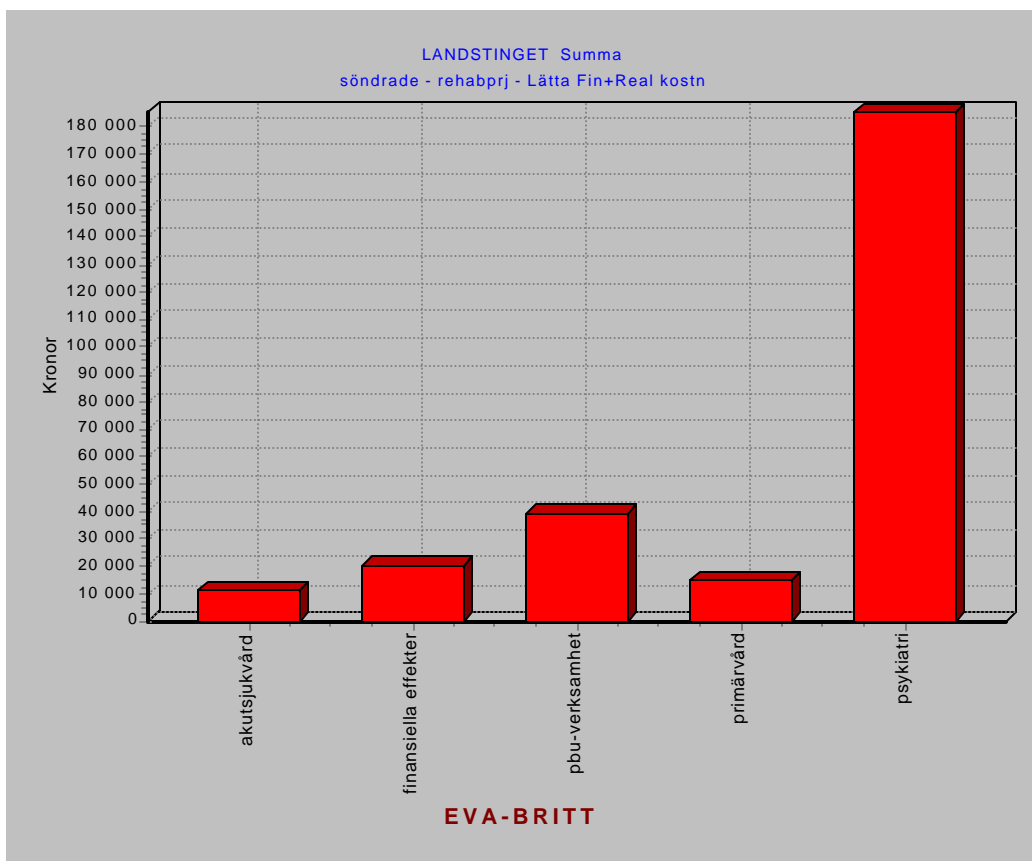
rehabilitering uppgår till cirka 1.500.000 kronor utöver de cirka 230.000 kronor som redovisas för perioden 1998-2002.



10.2.5 Landsting

Det är kanske något överraskande att landstingets vinster av en framgångsrik rehabilitering är så höga som de vi funnit – **totalt sett 270.000 kronor**. Den dominerande delen av denna vinst finner vi inom psykiatrin – 185.000 kronor eller knappt 70% av landstingets vinst. Studerar man denna vinst lite mera i detalj ser man att **den klart dominerande delen (110.000 kronor eller 40% av landstingets totala vinst) handlar om minskad slutenvårdskonsumtion**.

Kanske skulle man med dessa siffror som underlag kunna hävda att det skulle kunna finnas ett finansiellt egenintresse från psykiatrins sida att medverka i och finansiera rehabprojektet. Gör man en analys på årsbasis är **den genomsnittliga årliga vinsten för landstingets räkning cirka 55.000 kronor** och redan år 1998 är vinsten över 60.000 kronor, att jämföra med en årsplats i rehabprojektet som kostar cirka 70.000 kronor.

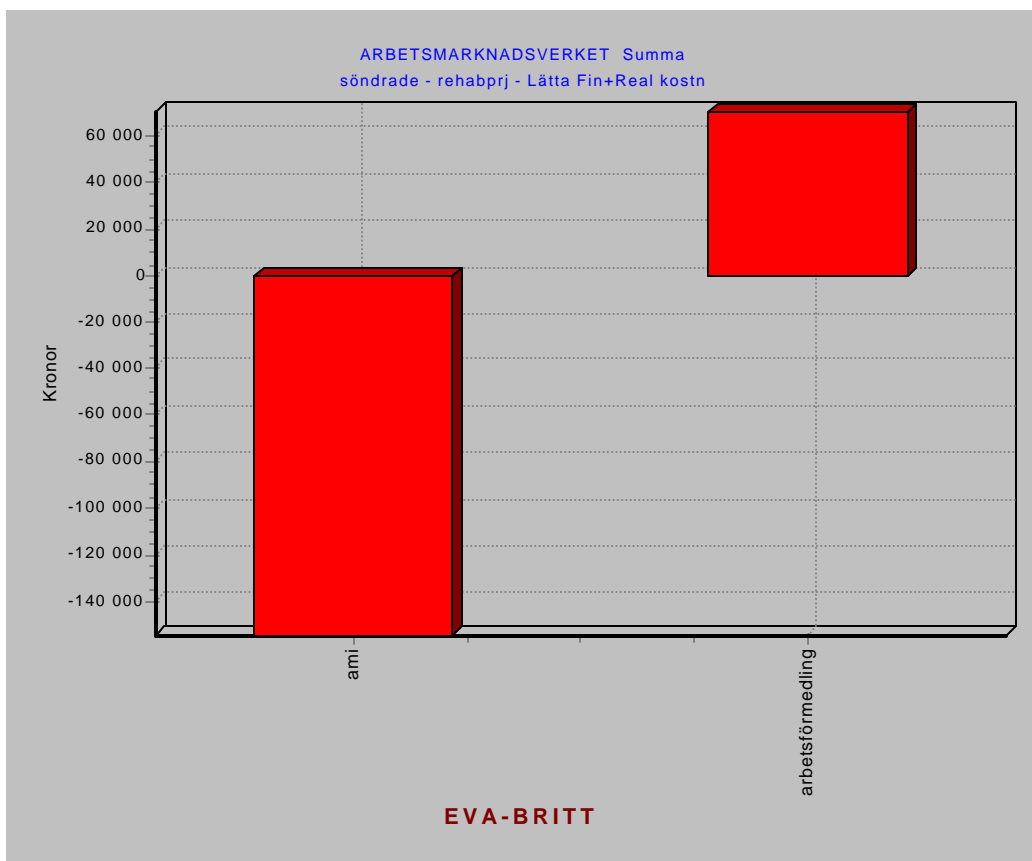


10.2.6 Arbetsmarknadsverket

Arbetsmarknadsverket är den enda offentliga aktör som egentligen inte har något att vinna rent finansiellt på rehabprojektet. Till att börja med är projektet en främmande fågel i AMI's och AF's värld. Eva-Britt är dessutom en svårt klient. Hon är på intet vis lättrehabiliterad. Slutligen belastar hon de olika arbetsmarknadspolitiska systemen utan att som "motprestation" leda till snabbt och mätbart resultat. Man kan säga att i en tid med brist på medel för olika åtgärder, tränger Eva-Britt undan andra kanske mer lättrehabiliterade personer från AMI's olika åtgärder.

Detta kan vi också se i figuren nedan. **Arbetsmarknadsverket får en nettokostnad av projektet som uppgår till cirka 85.000 kronor,** fördelat som en vinst för AF i form av minskade kostnader för A-kassa, och en förlust för AMI på cirka 150.000 kronor. Dessa kostnader handlar dels om kostnader för olika former av lönebidrag och dels rena utredningskostnader för Eva-Britt.

Av detta kan vi rimligtvis dra slutsatsen att för att få med AMI som en aktiv part i rehabarbetet kring Eva-Britt kan det komma att krävas någon form av åtgärder för att göra en sådan medverkan tillräckligt meningsfull och intressant.

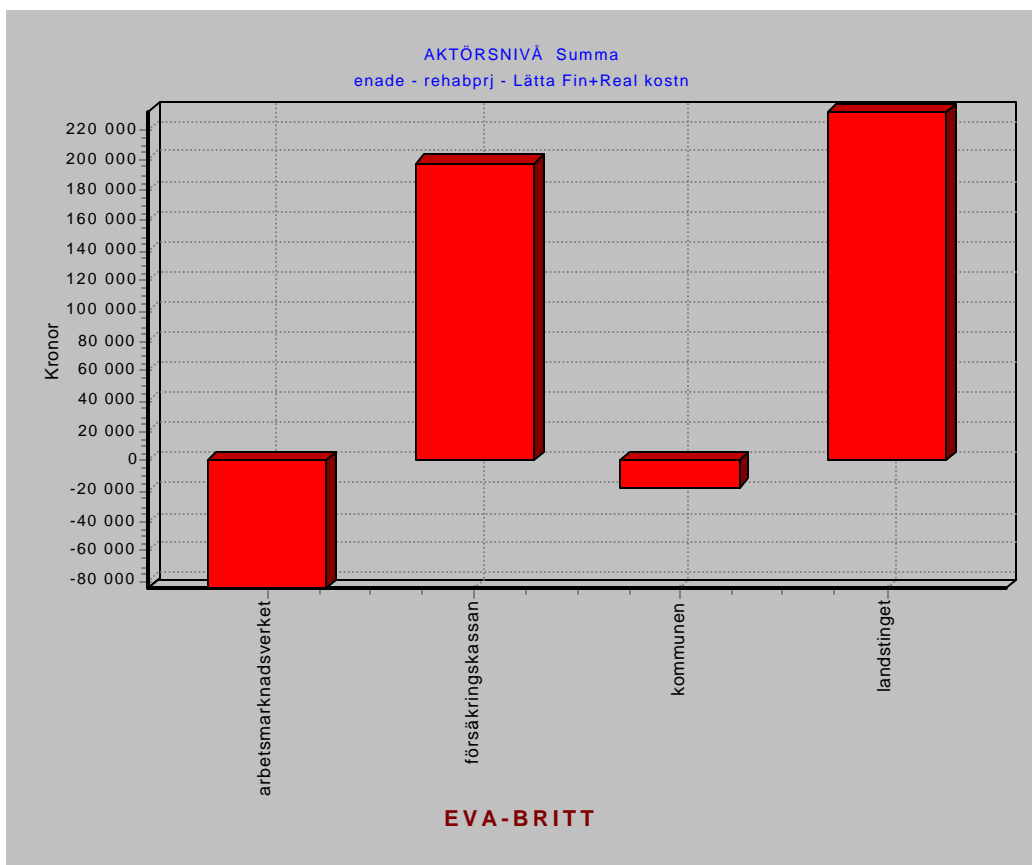


10.2.7 Scenariot enade vi stå

Slutligen har vi valt att för fullständigheten skall redovisa de ekonomiska effekterna av en framgångsrikt rehabilitering i scenariot "enade vi stå". **Vi finner då att de totala samhällsvinsterna uppgår till cirka 320.000 kronor fördelade med cirka 200.000 kronor för försäkringskassa och 230.000 kronor för landsting.** Även i detta fall blir det en förlust för arbetsmarknadsverket på cirka 85.000 kronor.

Vad som kanske är ännu mera intressant är att i detta scenario uppstår en måttlig förlust för kommunen på cirka 20.000 kronor. Vi ska komma ihåg att i detta scenario utgör familjen Eva-Britts sociala och finansiella skyddsnät.

Studerar man detta över tid finner man emellertid något intressant. Hela den kommunala förlusten uppstår till följd av finansieringskostnaden för rehabprojektet (cirka 35.000 kronor), vilka uppstår 1998. Intäktsidan består i huvudsak av ökade kommunala skatteintäkter vilka från år 2002 och framåt uppgår till knappt 7.000 kronor per år. Extrapolerar vi dessa belopp framåt ser vi att även i detta scenario blir rehabprojektet ett vinstprojekt om vi förflyttar tidshorisonten ytterligare 3-4 år framåt. **Studerar vi det under tiden fram till Eva-Britts pension uppgår den kommunala nettovinsten till cirka 130.000 kronor.**



10.3 Rehabprojektet som ett investeringsprojekt

Nå hur ska vi då avslutningsvis värdera rehabprojektet utifrån ett rent kommersiellt investeringsperspektiv. En normal kalkylmodell är **att värdera en investeringens kända kostnader i förhållande till dess förväntade intäkter inklusive en viss riskpremie.**

Studerar vi rehabprojekt på detta vis vet vi att en årsplats kostar cirka 70.000 kronor. Sannolikheten för ett framgångsrikt resultat är enligt hittills uppnådda resultat 55%. Låt oss för att ta med en riskfaktor anta att endast en tredjedel av alla Eva-Britt lyckas i rehabiliteringsprocessen (detta vet vi är en grov underskattning av projektet). Då blir **kostnaden för en framgångsrik rehabilitering 200.000.**

Vilka blir då bruttointäkterna av en lyckad rehabilitering? Låt oss studera svaret i tre tidsdimensioner. Det första året, för femårsperioden som kalkylen ovan redovisar samt för de resterande 21 åren till Eva-Britts ålderspension. Vi får då följande siffror.

	1 år	5 år	21 år ⁵
Fk	+5.000	232.000	1.700.000
Kommun	-30.000	134.000	500.000
Landsting	+65.000	270.000	300.000
AMS	+/- 0	-85.000	???
Totalt	40.000	553.000	3.700.000 ⁶

Nu måste man vara utomordentligt försiktig med denna typ av tabeller. Se den i första hand som ett räkneexempel och ett tänkbart underlag då beslut ska fattas om rehabprojektets framtid, inte som en exakt kostnadsredovisning.

Lite förenklat skulle man kunna säga att rehabprojektet inte leder till vinst på ett års basis, om man ska lägga in **rimliga riskbedömningar och lämna utrymme för misslyckanden i rehabarbetet.**

Men om man tittar **på fem års sikt** och grovt underskattar de framgångar som redan är uppnådda är projektet **en utomordentligt god affär**. Avkastningen på insatt kapital är även med en rejäl riskpremie cirka 250%. Projektet når normalt sett sitt break-even under året efter det att deltagarna medverkar i rehabprojektet, dvs. 1999 i vår kalkylmodell.

Om vi slutligen har ett mera långsiktigt tidsperspektiv infinner sig hissnade avkastningstal; totalt sett pratar vi **om möjliga vinster på mer än 1800%**

⁵ För kommun och landsting har vi i denna kolumn valt att göra skattningar som ligger grovt i underkant. För Fk baseras kalkylen på rimlig kostnad för förtidspension eller sjukbidrag

⁶ Denna summa utgör ej summan av de ingående tabellvärdena utan är hämtad från den extrapolering som är gjord tidigare i vår text

11. SLUTSATSER & FÖRSLAG

11.1 Några övergripande slutsatser

De övergripande slutsatserna av denna studie är följande

- Rehabprojektet uppnår med god marginal de mål som varit uppsatta. Projektet måste därför med utgångspunkt i de kriterier som sattes vid projektstart anses vara **framgångsrikt**
- Man har i rehabprojektet **utvecklat en modell och arbetsmetodik** som fungerar för målgruppen. Modellen har en **generaliserbarhet och tillämpning långt utanför denna målgrupp**
- Rehabprojektet är **en utomordentligt lönsam affär** för de flesta berörda parter, i all synnerhet försäkringskassa, landsting och kommun. Projektet är så lönsamt att det sannolikt tävlar med de mest framgångsrika företagen på Stockholmsbörsen i avkastningstal
- Det finns **ett stort behov av projekt av denna typ**. En försiktig bedömning ger vid handen att i Södertälje kommun finns det sannolikt **flera hundra personer** som skulle kunna rehabiliteras framgångsrikt med hjälp av denna typ av projekt
- Projektet har fokuserat all sin verksamhet på att utveckla modeller och arbetsmetoder varför man i viss mån kan sägas vara **övergiven av den omvärld man betjänar**.
- Projektet saknar en uppdragsgivare och ägare varför **projektet trots sin framgång och trots de behov som finns hotas av nedläggning**

11.2 Vägval

Då vi åtog oss detta uppdrag förstod vi att projektets överlevnad stod på spel. Den underförstådda diskussionen handlade om huruvida projektet skulle avvecklas eller bestå.

Då vi nu genomfört vår analys drar vi en helt annan slutsats. Frågan var strängt taget felställd. Projekt har en samhällsekonomisk lönsamhetspotential som skulle göra en börsspekulant grön av avund. Vi talar om avkastningstal på gjorda rehabinvesteringar på flera hundra procent.

Projektets potentiella målgrupp består av många hundra personer i Södertälje. Vi talar om totalvolym, fortfarande i Södertälje på flera hundratals miljoner för denna

målgrupp, som till stora delar sannolikt är en onödig och ineffektiv resursanvändning av offentliga medel.

Därför kan det enda förnuftiga och ekonomiskt rationella beslutet vara att utveckla projektet så att det får än större omfattning och ett utökat mandat i dessa frågor. Alla andra beslut skulle sannolikt vara ekonomiskt obegripliga, eller i varje fall högst irrationella

11.3 Förslag kring rehabprojektet

Detta kommer emellertid inte att ske av sig självt. Ett antal åtgärder måste vidtas. Vi föreslår därför att följande åtgärder vidtages

1. **en uppdragsgivargrupp bildas** bestående av chefspersoner från försäkringskassan, kommundelarna, AMI samt den öppna psykiatrin. Gruppens uppgift bör vara att kollektivt utgöra projektets styrgrupp och formulera uppdrag för projektets fortsatta arbete. I gruppens uppdrag ligger naturligtvis **att skapa arbetsförutsättningar och resurser för rehabprojektets fortsatta arbete**
2. projektet **bör få ett vidgat uppdrag** för den enskilde som utsträcker sig kanske till en 12 månaders uppföljningsperiod efter projektiden i en sorts case-managementroll – det vi ovan kallat rehabsamverkan på ambitionsnivå 3
- 3 i detta ligger också att projektet med stöd av sin uppdragsgivargrupp får möjligheter att **utveckla och fördjupa sina samverkansrelationer** med de partners med vilka man idag redan samverkar
4. utifrån **ett uppdragsgivarperspektiv** finns det slutligen skäl att fundera över om insatser av denna omfattning är tillfyllest mot bakgrund av hur stor den potentiella målgruppen är och hur mycket offentliga medel som idag används på ett ineffektivt vis för denna målgrupp