

MOTIVATION INOM FÖRSÄKRINGSKASSANS REHABILITERING

Matilda Ekström och Magdalena Helgesson

MOTIVATION INOM FÖRSÄKRINGSKASSANS REHABILITERING

Matilda Ekström¹ och Magdalena Helgesson²

1. Lokalkontor Björkhagen

2. Lokalkontor Södermalm

Nyckelord; Motivation, Motivationsarbete, Rehabiliteringshandläggarnas yrkesroll, Socialförsäkring, Rehabilitering

SAMMANFATTNING

Försäkringskassan har till uppdrag att samordna samhällets insatser för att få till stånd en så bra och effektiv rehabilitering som möjligt för alla berörda. All rehabilitering syftar till en förändring till det bättre. För att en individ ska delta i en förändring krävs att den har någon slags drivkraft till förändring; att individen har motivation till förändring.

Vi har velat undersöka hur man ser på motivation och motivationsarbete inom Försäkringskassans rehabiliteringsarbete. Denna studie bygger främst på intervjuer med arton rehabiliteringshandläggare vid tre olika lokalkontor i Stockholm.

De intervjuade handläggarna uttrycker att yrkesrollen som rehabiliteringshandläggare är oklar. Den innehåller både en stödjande och en kontrollerande sida. Handläggarna beskriver genom praktiska exempel att de arbetar med att motivera de försäkrade till att genomgå en förändring. De arbetar med motivationsarbete, men de benämner det inte så.

De försäkrade beskrivs vara motiverade eller omotiverade. Handläggarna beskriver att de försöker få de omotiverade försäkrade att bli mera motiverade. De lyssnar på de försäkrade och försöker så långt det är möjligt att följa deras önsningar. Lyckas de inte motivera en försäkrad att genomgå rehabilitering måste de ta till myndighetsutövning, det vill säga, ersättningen kan komma att dras in.

Hög arbetsbelastning gör att det är svårt att hinna med att utföra något motivationsarbete, som kräver tid och tålamod. Handläggarna har dessutom krav på sig att handlägga ärenden efter vissa målsatta tider.

Rehabiliteringsarbetet är enligt både vår och handläggarnas uppfattning ett mångfacetterat och kvalificerat arbete, som kräver både sociala, medicinska och juridiska kunskaper, samt att kunna lyssna, känna empati, sätta gränser och förhandla. Motivationsarbete är endast en del i arbetet, men det är enligt vår uppfattning en del som bör utvecklas.

Ökad kunskap och en teoretisk bas om motivation och motivationsarbete skulle kunna ge en klarare yrkesroll och därmed höja kvalitén på rehabiliteringsarbetet. Det finns etablerade teorier, bl. a. från socialt arbete, om motivation och motivationsarbete som skulle kunna användas i rehabiliteringsarbetet inom försäkringskassan.

1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND	2
2.1 Rehabiliteringshandläggarens roll	2
2.2 Finns det likheter i arbetet som rehabiliteringshandläggare och som socialsekreterare?	2
2.3 Vad säger lagen om rehabilitering ?	3
2.4 Vad säger riksrevisionsverket om motivation och motivationsarbete?	3
3 DEFINITIONER OCH TEORIER OM MOTIVATION	4
3.1 Definitioner	4
3.2 Teorier	4
3.2.1 Hedonism	4
3.2.2 Instinktteorierna	4
3.2.3 Drivkraftteorierna	5
3.2.3 Kognitiva teorier	5
3.3 Motivation och motivationsarbete i praktiskt socialt arbete	5
3.3.1 Motivation- omotiverade	6
3.3.2 Motivationsarbete	7
3.4 Metoder i motivationsarbete	8
3.4.1 Psykosocialt arbete	8
3.4.2 Lösningsinriktad korttidsterapi	8
3.4.3 Prochaskas och Di Clementes modell	9
3.4.4 Metod enligt Hester och Miller	9
3.5Handledning / förhållningssätt	10
4 SYFTE OCH PROBLEMFORMULERING	12
4.1 Syfte	12
4.2 Problemformulering	12
5 METOD	13
6 RESULTAT	15
6.1 Något om intervjupersonernas bakgrund	15
6.2 Motivation	15
6.2.1 Motivation -något man gör	15
6.2.2 Motivation-något positivt	15
6.2.3 Motivation-ett förändringsarbete	15
6.2.4 Motivation - de omotiverade	16
6.2.5 Motivationsarbete	17
6.2.6 Det finns hinder för att utöva motivationsarbete.	17
6.2.7 Handläggarnas motivation	19

6.3 Yrkesrollen	19
6.3.1 Hur ser handläggarna på sin yrkes roll	19
6.3.2 Vilka egenskaper och kunskaper bedöms som viktiga ?	20
6.3.3 Hur möter man människor ?	20
6.3.4 Vad är positivt och negativt i arbetet ?	21
6.3.5 Vilket stöd behöver / efterfrågar handläggarna ?	22
6.3.6 Hur enhetlig är handläggningen ?	22
6.3.7 "Vi ska inte vara några kuratorer"/ vad gör en kurator	23
6.3.8 Om utbrändhet i arbetet	23
6.3.9Handledning	24
7 DISKUSSION	25
7.1 Vad är motivation på försäkringskassan ?	25
7.2 Motivation ur olika perspektiv.	25
7.2.1 Handläggarnas motivation / de försäkrades motivation	25
7.2.2 Delaktighet i motivationsprocessen	25
7.2.3 Motiverad till / motiverad för	26
7.2.4 Mål, delmål, realistiska mål i motivationsarbetet	26
7.3 Yrkesrollen	26
7.3.1 En oklar yrkesroll	26
7.4 Utbrändhet	27
7.5 Empati	28
7.6 Ett kurativt förhållningssätt	28
7.7 Handledning	29
7.8 Högskoleutbildning	29
7.9 Vad hände med lagstiftarens intentioner ?	30
7.10 Vad säger rehabiliteringsberedningens betänkande SOU 1988: 41 om motivation ?	30
7.11 Rehabiliteringsprocess, en helhetssyn ?	30
7.12 Förändringar på arbetsmarknaden	31
8 SLUTDISKUSSION	32
8.1 Motivationsarbete - motivationsmetoder i rehabiliteringsarbetet.	32
8.2 Frågor kring yrkesrollen att gå vidare med	32
8.3 Några avslutande funderingar	32
9 LITTERATURLISTA	34
BILAGA 1	36
BILAGA 2	38

1 INLEDNING

VAD ÄR MOTIVATION INOM FÖRSÄKRINGSKASSANS REHABILITERING ?

Vad är motivation för rehabiliteringshandläggare ?

Hur tänker handläggare i rehabiliteringsarbetet när det gäller motivation och motivationsarbete? Ingår motivation /motivationsarbete i arbetsuppgifterna ?

Hur ser yrkesrollen ut ?

Vems motivation är det i första hand handläggarna tänker på - de försäkrades eller sin egen ?

Är motivation och motivationsarbete något man diskuterar när man arbetar som rehabiliteringshandläggare ?

Detta är några av de frågor som vi, som ganska nya handläggare ställde oss efter att ha arbetat ett tag med rehabilitering. Vi har båda arbetat inom socialtjänsten som socialsekreterare och då framförallt med social problematik, när det gäller missbrukare och psykiskt sjuka personer. Där fördes en diskussion om motivation, både genom utbildning och i handledning. Vi hade stor nytta av denna diskussion i det praktiska sociala arbetet.

2 BAKGRUND

2.1 Rehabiliteringshandläggarens roll

Vilken roll har en rehabiliteringshandläggare - eller snarare vilka roller, då det handlar om många olika perspektiv att arbeta från. En rehabiliteringshandläggare måste ta hänsyn till följande olika perspektiv i sitt arbete:

individperspektiv; att ta hänsyn till varje försäkrads personliga förutsättningar, möjligheter och behov.

arbetsplatsperspektiv; vad är möjligt på den befintliga arbetsplatsen - om en sådan finns ?

samhällsperspektiv; vilka krav ställs från politiker och medborgare på rehabiliteringsarbetet ?

En rehabiliteringshandläggare ska arbeta med sjukskrivna personer som av någon anledning inte kommer tillbaka till arbetslivet av egen kraft. Förebyggande arbete ingår också. Samarbete med sjukskrivande läkare ingår i arbetet, liksom med arbetsgivare. Det kan även ingå kontakter med facket och med företagshälsovården. Målet för rehabiliteringsarbetet är att undvika långa sjukskrivningar och förtidspensioneringar. De försäkrade som har svårt att komma tillbaka i jobb kan tex erbjudas utbildning. Rehabiliteringshandläggaren ska ta fram medicinskt underlag för den försäkrade, utreda behovet av rehabilitering, stötta och företräda den försäkrade och knyta ihop alla berörda parter.

2.2 Finns det likheter i arbetet som rehabiliteringshandläggare och som socialsekreterare?

När vi började arbeta med rehabilitering på försäkringskassan slog det oss att arbetet som socialsekreterare har en del likheter med rehabiliteringsarbetet. Enligt en befattningsbeskrivning från socialtjänsten ska en socialsekreterare "utföra kvalificerat socialt arbete riktat till enskilda, familjer, grupper eller miljöer. I arbetet ingår bl. a att svara för allmänna, individuella och strukturinriktade insatser samt vid behov att delta i uppsökande och utåtriktad verksamhet. Socialsekreteraren ska även självständigt svara för kvalificerat rådgivnings- och behandlingsarbete för individer, familjer och grupper".

Det är viktigt att utveckla informella och formella etablerade metoder för att hålla rehabiliteringsarbetet levande och för att komma vidare. Vi har utgått från att mycket av den kunskap och metoder som vi fått från arbetet inom socialtjänsten om motivation är överförbar till det arbete som bedrivs på försäkringskassornas rehabiliteringssektioner.

En likhet vi mött är de människor med sociala problem som man möter, både på försäkringskassan och i socialtjänsten. Det kan vara svårigheter i familjesituationen, missbruk, eller psykiska problem, som kan visa sig i oklara diagnoser och ekonomiska bekymmer. En annan likhet är att man ofta ska försöka motivera människor till att förändra sin livssituation. Inom socialtjänsten talar man om motivation och motivationsarbete. Det är något som ingår i yrkesutövningen och finns med i metoddiskussioner och handledning. Man är medveten om att det tar lång tid att få människor att genomgå förändring. På försäkringskassan ser vi att man arbetar med motivationsarbete. Men det är inte uttalat från

centralt håll. Vad vi ser, när vi arbetar, är att det inte avsätts någon tid för att vidareutveckla och diskutera metodfrågor. Detta varierar säkert utifrån de enskilda kontorens initiativ.

2.3 Vad säger lagen om rehabilitering ?

Här presenteras några delar ur Lag om allmän försäkring, AFL.

22:2: "Rehabilitering enligt detta kapitel skall syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Rehabiliteringsåtgärder skall planeras i samråd med den försäkrade och utgå från dennes individuella förutsättningar och behov".

22:4: "Den försäkrade skall lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga hans behov av rehabilitering och efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen".

22:5: "Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt denna lag. Försäkringskassan skall i samråd med den försäkrade se till att hans behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering".

22:6: " Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd, för vilken ersättning kan utges enligt detta kapitel, skall försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planen skall såvitt som möjligt upprättas i samråd med den försäkrade".

2.4 Vad säger riksrevisionsverket om motivation och motivationsarbete?

Riksrevisionsverket, RRV, har påtalat vikten av att öka handläggarnas medvetenhet om motivation och motivationsarbete inom försäkringskassans rehabiliteringsarbete.

"Med tanke på den betydelsefulla roll motivationen har i rehabiliteringsarbetet ser RRV även behov av att Försäkringskassan utvecklar informella metoder för att fånga upp och stärka den enskildes motivation." (RRV: Att återupprätta 1994:18 s.50) RRV har i sin revisionsrapport, en effektivitets granskning "Rehabilitering av arbetslösa sjukskrivna", 1996:8 dragit ett antal slutsatser och gör flera rekommendationer t e x citat sid 94: " RRV anser att RFV:s och FK:s fortsatta utveckling av metoder och arbetssätt i rehabiliteringsverksamheten särskilt bör fokusera frågor om motivation."

3 DEFINITIONER OCH TEORIER OM MOTIVATION

3.1 Definitioner

"Motivation" kommer av det latinska ordet "*movere*" som betyder "att röra sig". Motivation är ett begrepp som kan definieras på många olika sätt och har sina rötter i många olika teorier. Här presenteras några definitioner av begreppet *motivation*: (citerat av Jenner 1987 s.16).

”*De *samtidiga* påverkningarna på riktningen, kraften och varaktigheten av en handling (Atkinson 1964).

*Hur beteenden *startas*, får energi, är upprätthållna, styrda, blir avbrutna; och vilken typ av subjektiva reaktioner som finns hos organismen medan allt detta pågår. (Jones 1955).

*En *process* som styr valen som personer (eller låga organismer) gör emellan alternativa former av verksamheter. (Vroom 1964).”

Ovanstående definitioner fokuserar på följande aspekter:

- 1) en inre drivkraft
- 2) beteenden och handlingar
- 3) mål.

3.2 Teorier

Vi har valt att först redovisa några klassiska teorier om motivation, (Jenner 1987), därefter kommer olika metoder i att arbeta praktiskt med motivationsarbete att presenteras.

3.2.1 Hedonism

De flesta teorier om motivation har sina rötter i principen om "hedonism".

Denna princip innebär att människan i allt hon gör strävar efter *njutning* och välbefinnande och försöker undvika smärta. Tanken formulerade redan av de gamla grekerna "men var mest framträdande som förklaring till mänskligt beteende bland 1700-och 1800-talens filosofer, (t.ex. Locke, Bentham, Mill).

I början av 1900-talet började motivationsteorin förflyttas från filosofi till de nya beteendevetenskapliga ämnena psykologi och pedagogik.

3.2.2 Instinktteorierna

Dessa teorier utvecklades kring sekelskiftet inom psykologin. Förgrundsgestalter var bl. a Sigmund Freud. Man hävdade att hedonismen var otillräcklig och att varje individ har *instinkter eller drifters* som ligger bakom allt beteende. Instinktteoretikerna, t.ex. Freud, ägnade sig åt att peka ut de grundinstinkter som kunde förklara allt beteende, exempelvis

aggressivitet och sexualitet. Andra teoretiker fokuserade på föräldrastinkten, hungerinstinkten och flockinstinkten. Instinktteorin dominerade fram till 1920-talet. Därefter började den kritiseras, då andelen instinkter växte med nya teoretiker. När instinkterna uppgick till 6.000 blev det ohållbart att försöka hitta en förklaring till motivation. En del psykologer började ifrågasätta grundtesen att allt beteende är instinktivt eller styrt av drifterna. De menade istället att mänskligt beteende är *inlärt* och denna tes bildar basen för rivkraftteorin.

3.2.3 Drivkraftteorierna

Dessa teorier utgår från att ju starkare *drivkraften och vanan* är, desto större blir ansträngningen. Vanan handlar om styrkan av tidigare erfarenheter. Clark Hull lade fram denna teori i början av 40-talet. Ett exempel är "bränt barn skyr elden". Hur starkt barnet skyr elden, är enligt Hull beroende av hur bränt det blev och hur många gånger som det har bränts. Exemplet illustrerar en vana att undvika ett tidigare beteende. Om en individ istället blivit belönad för ett visst beteende uppstår en vana att bete sig så igen.

Maslows motivationsteori (1954) utgår från att en inre drivkraft är grundad i behov. Med behov avses både fysiologiska behov, som behov av mat och vila, och sociala behov, som behov av gemenskap. Enligt Maslow finns en "behovshierarki".

- 1) De fysiologiska behoven (hunger, törst etc.)
- 2) Trygghetsbehovet
- 3) Samhörighets och kärleksbehovet
- 4) Behovet av social uppskattning
- 5) Behovet av självförverkligande

Enligt Maslow kan varje behov utvecklas först sedan det föregående behovet har tillfredsställts. En utsulten människa måste först få mat och dryck för att sedan tillgodose sitt behov av trygghet och kärlek. Först sedan en människa fått tillräcklig social uppskattning kan hon börja tänka på att självförverkliga sig genom t.ex ett intressant arbete.

3.2.3 Kognitiva teorier

En grundtes här är att de viktigaste styrfaktorerna i mänskligt beteende är de tankar och förväntningar som individen har när det gäller framtida händelser. Beteendet ses som målorienterat och grundat på medvetna avsikter. Det målsökande beteendet hos individen styrs av tänkande och övervägande. Kurt Lewin är en forskare från det här området. De teorier han och andra har utvecklat kallas ibland konflikt-eller balansteorier.

3.3 Motivation och motivationsarbete i praktiskt socialt arbete

Under stycket *MOTIVATION* kommer Jenner och Revstedt som skriver om motivation först att presenteras. Under rubriken *MOTIVATIONSARBETE* beskrivs en del av de tankar och vetenskap om motivationsarbete. Fyra exempel på metoder som vi använt i socialt arbete

presenteras.

Motivation och motivationsarbete hör ihop och det är svårt att dela upp dessa begrepp. Uppdelningen mellan begreppen motivation och motivationsarbete bör inte övertolkas.

3.3.1 Motivation- omotiverade

Jenner och Revstedt som presenteras här har bla erfarenhet av arbete med motivation när det gäller utsatta människor inom socialtjänstens ansvarsområde.

Jenner (1987) menar att motivation påverkas av avstånd till "*målet*". Det gäller att ha realistiska mål. Det kräver också tålamod och uppmärksamhet på de små förändringarna när man arbetar långsiktigt med realistiska mål. Motivation kan inte enbart ses som något som finns hos individen alldeles isolerat.

Motivationen påverkas av uppnåendets värde, ett subjektivt mått. Det som jag tycker är viktigt är det också viktigt för klienten? Motivationen påverkas av *misslyckandets sannolikhet*, dvs. individens bedömning av sina chanser att lyckas, hur eftersträvansvärt är det? Förväntningarna har betydelse. Framgång och misslyckande betyder olika för olika människor

Notera:

"Klienter" är det kundbegrepp som socialtjänsten använder. Jämför med försäkringskassan som använder begreppet "de försäkrade". Vid referat och hänvisning till teorier och litteratur innehållande begreppet "klient" kommer detta att användas.

Att ha kunskap om *attributionsmodellen* som Jenner (1987) beskriver, kan ge en förståelse och förklaring på, hur olika människor beroende på sin *självuppfattning*, förklarar framgång och misslyckanden ;

-Individer med *stark självuppfattning* förklarar sin framgång med sin begåvning, flit m.m. och misslyckanden med brist på ansträngning, inte brister i sin egen förmåga. De tvivlar aldrig på sig själva.

-Individer med *låg självuppfattning* däremot, har en tendens att förklara misslyckanden med en bristande förmåga och framgången som en följd av tur, lätta uppgifter, oberoende av den egna insatsen. De tror aldrig på sig själva.

Revstedt (1995) beskriver motivation som "latent" eller "manifest".

Latent motivation: motivationen finns, men märks inte i handlingar, den är vilande. Klienten har inte kontakt med sina positiva inre kärna menar Revstedt, det vill säga klienten har inte kontakt med sina konstruktiva och välfungerande krafter.

Manifest motivation: manifest betyder synlig, tydlig. En manifest motiverad person upplever sig ha valmöjligheter och konstruktiva alternativ. De positiva och konstruktiva krafterna har tagit över de destruktiva.

Skillnaden på manifest och latent motivation är inte problemets art, utan *hur personen väljer*

att handskas med problemet. Det kan pendla mellan manifest och latent motivation. Det som Revstedt betonar är det viktiga i motivationsarbete är *relationen mellan motivationsarbetaren och klienten*. Det är i mötet mellan motivationsarbetaren och klienten som en förändringsprocess skapas och som motivationen växer hos klienten. Revstedt menar att *alla människor har ett ansvar för sin livssituation*. Den som väljer en flykt in i missbruk väljer det som en flykt från outhärdliga livsvillkor.

Utgår man från Revstedts tankar om latent motiverade personer, eller Jenners tankar om att ha ställt realistiska mål är det svårt att definiera någon som omotiverad. Någon kan vara omotiverad till att gå in på en rehabilitering. Skälet till detta kan vara just förslaget till åtgärden. Det kan komma för tidigt; motivation är en process som tar tid. Motivationen kanske inte är synlig vid det aktuella tillfället.

Revstedt menar att motivationsarbete inte är att få omotiverade människor motiverade, utan att få latent motiverade människor att åter bli manifest motiverade. Motivationsarbete bygger på att människor endast kan förändras genom möten med andra. Det viktigaste och mest grundläggande i motivationsarbetet är relationen mellan motivationsarbetare och klient.

3.3.2 Motivationsarbete

Motivationsarbete kan beskrivas som den process som genomförs när man vill åstadkomma en förändring. Förändringen kan av olika skäl se helt olika ut och även tillvägagångssättet.

Motivationsarbete sker inte bara inledningsvis utan är en ständigt pågående process. Motivation uppfattas ofta som någonting som antingen finns eller inte finns. Motivation är inte bara vilja. Att få uppleva framgångar och slippa misslyckanden är minst lika viktigt - viljans grogrund. Istället för att utröna vem som är, respektive inte är motiverad, bör man rikta in sig på varför personen inte verkar vara motiverad. Vilka förväntningar på framgång finns? Finns det rädsla för misslyckanden?

Det kan vara lätt att glömma att mål, som för en själv som handläggare verkar självklara, inte alltid är det för klienten. Det som har betydelse för motivationen är vad klienten lägger in i det.

Motivationen påverkas av avståndet till målet. Det understryker att behandlaren inte bör döma klienten utifrån hans bristande vilja att ställa upp på ett vagt och avlägset slutmål - som att han skall bli en "ny människa". Istället måste handläggare arbeta med mer konkreta och kortsiktiga mål. Hellre räkna framstegen än ständigt mäta sträckan till målet. Klienten kan vara motiverad för en viss förändring, han kan vara motiverad att försöksvis inleda en behandlingskontakt etc. När delmål har uppnåtts kan man formulera nya högre behandlingsmål (Jenner 1987).

Det finns en mängd orsaker till att klienter saknar motivation och inte vill ta emot någon hjälp. Det som klienten uppfattar som ett ekonomiskt problem kan socialarbetaren se som ett relations-problem. (Lennéer-Axelsson & Thylefors 1987).

3.4 Metoder i motivationsarbete

Under denna rubrik behandlas några exempel på arbetsmetoder:

- psykosocialt arbete
- lösningssinriktad korttidsterapi
- en förändringsmodell enligt Prochaska och Di Clemente
- metod enligt Hester & Miller

3.4.1 Psykosocialt arbete

Karaktären i det sociala arbetet präglas starkt av att man har en *helhetssyn* på människan. Man ser till den totala livssituationen och väger in både psykiska och fysiska faktorer. Inom socialtjänsten har vi utgått mycket från teori i psykosocialt arbete, en teori som tar hänsyn till människors dubbla verklighet- den yttre samhälleliga och den inre personliga (Lennéer-Axelsson Thylefors 1987).

Psykosocialt arbete omfattar allmänt inriktade insatser och förebyggande sådana. Förutom samtal och stöd av skiftande karaktär, ingår även motivationsarbete. Man arbetar både med individer, familjer och grupper (Bernler Johnsson 1988). Jämför kapitel 2.1

Ett enkelt exempel på individinriktat arbete är klienten Pelle, som är arbets- och bostadslös. Genom stödsamtal får socialarbetaren kännedom om hans livssituation och en kontakt skapas. Pelle får sina basala behov i form av mat och tak över huvudet tillgodosedda. Samtalen fortsätter under en tid för att stödja och stärka Pelles fungerande sidor, och skapa motivation för att Pelle ska försöka åstadkomma en förändring i sin livssituation.

3.4.2 Lösningssinriktad korttidsterapi

Lösningssinriktad korttidsterapi är en metod som vi lärde och använde som socialsekreterare. Den är skapad av Steve de Shazer och Insoo Kim Berg, amerikanska psykoterapeuter. Det är ett arbetssätt som, förenklat beskrivet går ut på att ta fram och stärka personens egna resurser istället för att fokusera på problemen, vilket i sig kan ses som ett motivationsarbete. I lösningssinriktad korttidsterapi förstärker behandlaren det som fungerar hos klienten. Man använder *processlösande frågor* som; "när fungerar det ?"," hur gör du då ?" , " på vilket sätt ?"," hur tänkte du då ?" , "hur är det när du *inte* har ont ?" , "vad gör du då ?" Att ställa frågan "*varför* ?" är inte lyckat enligt den här metoden. Människor blir försvarsinställda och dialogen låses. Några grundantaganden och förhållningssätt är:

- Alla delar i ett system hänger ihop och påverkar varandra.
- En liten förändring i ett system, leder till större förändringar.
- Förändring är alltid pågående. Dra fördel av det genom att påverka i positiv riktning.
- Det är enklare att göra mer av något som är framgångsrikt än att stoppa något oönskat.
- Det är mer hjälpsamt att positivt formulera klientens beteende än att fokusera på det

negativa.

-Lägg märke till när problemet inte uppstår..... utan.... när det fungerar.

3.4.3 Prochaskas och Di Clementes modell

Prochaska och Di Clemente beskriver förändring som en process i olika delar och har delat in processen i sex faser (Hester & Miller 1989). Modellen inriktar sig främst på alkoholmissbrukare men den är överförbar på alla former av "missbruk" (rökning, matmissbruk).

Grundtanken är att behandlaren ska få sin klient motiverad att gå vidare från en fas till nästa i processen. Återfall betraktas som ett normalt inslag i förändringsprocessen.

I den *första fasen* är individen inte medveten om att det är något problematiskt. Problemet finns, omgivningen däremot är oftast medveten om att något är problematiskt.

I den *andra fasen* börjar individen förstå att det är problem men han ser både för- och nackdelar.

I fasen därefter, *den tredje*, tippas vågskålen över till förmån för en förändring och individen fattar ett beslut.

I den *fjärde fasen* agerar individen för en förändring.

I den *femte fasen* upprätthåller han sitt nya beteende och om han inte går ur förändringsprocessen med bibehållen förändring, återfaller han i det gamla beteendet.

Återfallet är den *sjätte fasen* som sedan följs av den första fasen etc.

Modellen utgår från att individen genomgår de olika faserna fler än en gång innan slutligen ett förändrat beteende kan upprätthållas. Som behandlare ska man först ta reda på var i processen klienten befinner sig och sedan anpassa sina interventioner därefter.

I den första fasen behöver klienten hjälp med att bli varse sitt problem, i den andra fasen behöver han hjälp med ambivalensen, att granska fördelar och nackdelar med missbruket och väga dem mot varandra. Därefter behöver klienten hjälp med att fatta beslut och sedan stöd för att genomföra det. När så individen ska upprätthålla sitt nya, nyktra beteende, kan han behöva hjälp med nya strategier för att klara svåra situationer som han tidigare löst med att t ex dricka alkohol.

3.4.4 Metod enligt Hester och Miller

Hester & Miller (1989) beskriver hur man kan öka en klients vilja och motivation till att delta i någon form av behandling genom att undanröja praktiska hinder; kostnader, resväg och liknande.

En faktor för att öka någons motivation, är om personen upplever att han/hon har haft *möjlighet att välja själv*, t.ex. när det gäller behandlingsinstitution. Det bör finnas alternativ

att välja bland. En metod att motivera en person att ändra sitt beteende kan vara att öka klientens *medvetenhet om* ex. rökningens eller alkoholens *kostnader*; att försöka minska attraktiviteten i missbruket eller sjukskrivningen etc.

Författarna beskriver ytterligare en påverkansfaktor när det gäller att öka missbrukares motivation; *yttre händelser* som kan tvinga klienten att ändra sitt beteende. Om en person riskerar att förlora sitt jobb om den inte slutar missbruka kan det öka sannolikheten att få denne att förändra sitt beteende.

Något annat grundläggande inom motivationsteknik när det gäller alkoholister är enligt författarna att behandlaren ger *positiv feedback*.

Behandlaren bör även sätta upp *realistiska mål* tillsammans med sin klient och ha en hjälpande och *empatisk attityd*. *Behandlarens optimism* påverkar också klientens motivation. Klienter som upplever att behandlaren *vill hjälpa* blir mer intresserade av behandling och mer förändringsbenägna.

3.5Handledning / förhållningssätt

Handledning är viktigt i allt kvalificerat arbete med människor, oavsett vilken teori man utgår ifrån. Nedan presenterar vi något om vad handledning kan vara och vad syftet med den är.

När vi talar om handledning menar vi en regelbundet återkommande grupsittning där man diskuterar pågående ärenden på ett strukturerat sätt. Gruppen träffas t.ex. var 14:e dag och leds av en person med därför avsedd utbildning, t.ex. en psykoterapeut eller en erfaren psykolog eller socionom med handledarutbildning.

Handledaren bör vara extern, alltså en person som normalt sett inte arbetar i den grupp den ska handleda. Handledaren behöver nödvändigtvis inte ha erfarenhet av att ha arbetat med samma arbetsuppgifter som gruppen den ska handleda.

I en handledning kan man bearbeta egna upplevelser av besvärliga ärenden och få hjälp med att hantera känslor som växer i mötet med de försäkrade. Handledning kan vara både ett sätt att dela erfarenheter med sina kollegor och att få ventilera sina upplevelser. Det kan vara ett sätt att förebygga utbränning hos personalen.

Syftet med handledning är enligt Lennéer-Axelsson & Thylefors (1987) att:

- *ge fördjupad metodträning

- *integrera teoretiska och praktiska kunskaper

- *öka behandlarens förmåga att använda sig av sina egna emotionella och intellektuella resurser i arbetet

- *öka förmågan att förstå pågående processer mellan klient och behandlare

- *öka förmågan till självobservation och självkännedom

Handledning kan vara ett medel, att utnyttja i det praktiska arbetet, för att få fördjupad kunskap. Det är en spännvidd mellan att få hjälp med ärendedragning till att få hjälp med omedvetna ställningstaganden, fördomar och åsikter som man kan ha mot sin klient.

4 SYFTE OCH PROBLEMFORMULERING

4.1 Syfte

Vårt syfte är att ta reda på hur rehabiliteringshandläggare ser på motivation och motivationsarbete och i vilken utsträckning motivationsarbete bedrivs på försäkringskassan.

4.2 Problemformulering

Motivation inom försäkringskassans rehabilitering

- hur ser yrkesrollen ut?
- hur ser handläggarna på sitt arbete ?
- motivation för rehabiliteringshandläggarna - vad är det ?
- möjligheter och hinder för att bedriva motivationsarbete ?
- motivationsarbete på försäkringskassan, hur ser det ut ?

5 METOD

Motivation inom försäkringskassans rehabilitering- vad är det ? Uifrån problemformuleringen har vi har valt att göra en kartläggning av hur motivationsarbete ser ut inom försäkringskassans rehabilitering. Eftersom det hittills är ett i stort sett outforskat område har vår studie ett undersökande syfte. Vi har använt kvalitativ metod.

Studien är representativ för de personer på de tre lokalkontor vi har intervjuat på.

Vi har gjort en litteraturstudie med sökord på motivation-motivationsarbete- rehabilitering. Vi fann inte så mycket som rörde kombinationen av ovanstående begrepp; ingenting som vi sedan har använt oss av. Intervjuerna är gjorda med arton rehabiliteringshandläggare i Stockholm. Studien är gjord under en begränsad tid på drygt tre månader.

Urval av kontor. Valet av kontor har skett på ett strategiskt sätt. Genom kontakter på de tre lokalkontoren har vi fått hjälp med förankring och information om vår undersökning, samt tidbokning av våra intervjuer.

De intervjuade kontoren är 1) ett kontor i innerstadsmiljö, 2) ett kontor i ett av hyreshus dominerat område byggt på 1970-talet och 3) ett kontor i ett villadominerat område. Kontoret i hyreshusområdet har mycket invandrare och ett högt ohälsotal. Innerstadskontoret har många ensamboende och psykiskt sjuka försäkrade. Kontoret i villaområdet har många, enligt handläggarna, mera motiverade försäkrade. Av tidsmässiga skäl har vi inte jämfört kontorens befolkningsunderlag på ett djupare sätt.

*Urval av handläggare.*Urvalet av handläggare har skett slumpmässigt med slumpstalstabell. Innan intervjutillfället fick varje intervjuperson ett kort informationsbrev om undersökningen (se bil 1). Sektionscheferna på de berörda rehabiliteringssektionerna fick samma brev. Vi har inte haft något bortfall.

Intervjuernas genomförande. Intervjuerna har genomförts utan bandspelare. Vi tror att bandspelare skulle kunna vara ett stressmoment i intervjusituationen. Vi har istället fört mycket noggranna anteckningar under varje intervju. Frågorna har ställts öppett till handläggarna. Varje intervjusession har tagit ungefär en och en halv timme.

Vi har delat upp intervjuerna mellan oss och intervjuat nio handläggare var. Vi har inte haft möjlighet att vara två vid intervjuerna på grund av tidsbrist. För att inte förlora något innehåll från intervjuerna har vi skrivit rent dem så snart som möjligt efter varje intervjutillfälle. Frågorna har fokuserat dels på handläggningen och yrkesrollen, dels på motivation. Intervjuerna är gjorda under vecka 7 - 9 1996. Handläggarna har varit mycket villiga att dela med sig av sina erfarenheter och synpunkter, så vi har haft ett rikt material att arbeta med.

Bearbetning av intervjuerna. Intervjuerna gjordes med öppna frågor (se bilaga 2). Vi grupperade svaren utifrån olika teman. Se exempel nedan: Frågan "Vad är motivation ?" ställdes till handläggarna. Vi grupperade deras svar i olika huvudområden; 1) något positivt, 2) en vilja, 3) något man gör, 4) något man har. Vi placerade de olika handläggarnas svar under de olika huvudområdena. Genom att lägga samman handläggarnas svar på detta vis, har

vi fått en tydlig bild av deras åsikter.

6 RESULTAT

6.1 Något om intervjupersonernas bakgrund

Den genomsnittliga anställningstiden på försäkringskassan för intervjupersonerna är 16.6 år. Den som har längst anställningstid har jobbat 30 år och den som har kortast anställningstid har jobbat i 5 år. De flesta av de intervjuade har en anställningstid på 20 år.

Tio handläggare av arton har gymnasieutbildning eller därmed jämförbar. Tre handläggare har någon form av högskoleexamen. Fem handläggare har grundskoleutbildning/folkskola. Två handläggare har dessutom (med ett leende) sagt att de har gått i LHS, livets hårda skola.

De flesta handläggarna har arbetat med andra yrken i olika omfattning innan de började på försäkringskassan.

Handläggarna fick under intervjun svara på ett antal öppna frågor om begreppet motivation och om handläggning/ yrkesrollen. Nedan redovisas handläggarnas svar efter de grupperingar av svar vi har gjort. Svaren kan ha hämtats från flera olika frågor till en rubrik. Se metod under rubriken "bearbetning av intervjuerna".

6.2 Motivation

6.2.1 Motivation -något man gör

Handläggarna svarar att motivation till största delen är något man gör; *man gör någon motiverad*. Det tar flera gånger, svarar ett par av handläggarna. Om det t.ex. inte fungerar vid första tillfället tar man upp det igen vid ett senare tillfälle. Handläggarna ser motivation som en process och *som en vilja*. En vilja att göra något, en vilja till förändring, en vilja att prestera. Saknas denna vilja beskrivs personen som omotiverad.

6.2.2 Motivation-något positivt

Flertalet handläggare ser motivation som något positivt. I samtal med de försäkrade ställer handläggarna deras motivation i relation till förvärvsarbete. Handläggarna berättar att de motiverar med de fördelar som följer av en återgång i arbete. Man använder då, förutom ekonomiska vinster, vinster med att komma bort från den passiva rollen som sjukskriven, och vinster socialt sett; den försäkrade kan börja träffa andra människor och få en bättre dygnsrytm. Det gäller t. ex. att motivera invandrarkvinnor med sociala skäl, då de många gånger inte har något socialt liv utanför familjen.

6.2.3 Motivation-ett förändringsarbete

Många handläggare ser motivation som ett förändringsarbete. De ser sig själva som de som lägger fram idéer, styr samtalet och ska få de försäkrade att inse värdet av en förändring.

"En inre kraft som människan har, hur människan själv ser på sin situation, jag försöker

övertyga om att det finns andra möjligheter än att städa, jag försöker prata om hur just den människan själv ser på det. Jag försöker förmedla en positivare bild, visa att det finns möjligheter"

Några handläggare beskriver motivation så här:

"Det är att göra motiverad och att bli motiverad".

"Motivation är att få och ge"

"Motivation ligger på alla punkter.."

*"Just idag tänker jag på **lirkning**, det är människor som varit sjuka väldigt länge...Man får prata, ge dem en idé, säga: prata med din doktor, det är ju en process liksom.....jag försöker få dem att se målet, de har ju ofta drömmar om ett mål, jag berättar om hur de kan nå målet. Jag brukar säga att det tar tid, jag brukar sätta målet ganska långt fram, sen följer vi upp under tiden. Jag är ganska generös med deras försörjning under tiden, för den är de väldigt oroliga för, det är det primära för många av dem".*

Hur man lyckas i rehabiliteringsärenden eller inte beror på vilket samarbete man har med arbetsgivare och andra myndigheter, den försäkrades motivation och när i sjukskrivningstiden handläggaren träffar de försäkrade.

6.2.4 Motivation - de omotiverade

En del handläggare säger att det finns människor som är helt omotiverade. Det som styrker det, är att dessa försäkrade beskrivs sakna vilja. Handläggarna ser rehabiliteringsmöjligheterna som små i dessa fall. Det är inte så stor idé att arbeta med dem. Det kan vara personer med smärtsymptom eller presumtiva sjukbidragstagare.

"Jag kan inte alltid motivera - det måste finnas någon liten motivation hos den försäkrade"

"Vad behövs för dem som inget vill? Någon slags samtalskontakt, ingen har tid med det idag.

Vi är ju inga behandlare. Ofta hamnar de på soc. och får socialbidrag. Ofta har de blivit så kränkta om man dragit in deras ersättning att inget går att göra. Det är ju svårt om de försäkrade inte vill".

"Ja, jag tror att det finns människor som är helt omotiverade. Jag kan jobba hur länge som helst, men det leder ingen vart. Jag måste ändå försöka motivera dem.....men man kan känna då i början att det leder ingen vart....man kan inte ge upp, man måste försöka minst en gång tycker jag".

" Det är svårt när en försäkrad kommer och tycker att allt är kört, när man måste motivera från botten."

Ett par handläggare säger att man vid försäkrades brist på motivation, kan använda sig av myndighetsutövning, t. ex. indragning eller avslag av ett förmånsslag.

"En människa som inte är motiverad har ju ingen grund för sjukbidrag".

"Jag kan inte alltid motivera - det måste finnas någon liten motivation hos den försäkrade. Annars måste vi utreda sjukpenningrätten".

6.2.5 Motivationsarbete

Vi frågade handläggarna vad de anser att motivationsarbete är och om det ingår i arbetet som rehabiliteringshandläggare.

Många handläggare säger att de arbetar med motivationsarbete i någon form. De flesta svarar att de ser motivationsarbete som en form av behandlingsarbete.

"Viss behandling gör man ändå - om man säger att nån kommer tillbaka till jobb, så har man väl deltagit i behandlingen".

Motivationsarbete handlar även om mål. Vilka mål den försäkrade och vilka har handläggaren? Det är viktigt att man arbetar mot samma mål. En handläggare berättar att hon lägger upp målen långt fram, sedan arbetar hon med hur den försäkrade kan nå målen. En annan handläggare beskriver hur hon lagt upp enkla mål till den försäkrade som är möjliga att uppnå, för att den försäkrade inte ska förlora kontakten med arbetsplatsen;

"Du kan ju gå till arbetsplatsen och dricka kaffe en gång i veckan".

En annan handläggare beskriver hur hon peppar de försäkrade att komma vidare. Hon letarefter undantag för att förstärka det friska, och betona det som fungerar.

"Kan du inte berätta för mig hur det är när det inte gör ont?"

Några handläggare säger att man arbetar med motivationsarbete, men det är inte direkt något man talar om. Det är något som bara utförs och finns med i arbetet. En handläggare säger att det är något man hört på olika kurser och anser att det är det man måste jobba med.

*"Ja, det gör vi, eftersom man träffar på omotiverade människor. Det är nästan den största delen, man måste hela tiden driva ärendet framåt. Människor som inte måste motiveras hamnar knappast här, de fixar sitt själva, det är en stor del av jobbet, men man pratar inte om att man gör det. Det är väl det som gör att man blir utbränd - man orkar inte motivera människor- **det har** liksom runnit över. När jag fick ert brev förstod jag först inte vad ni menade. Man lirkar eller kör hårda vägen att man drar in".*

6.2.6 Det finns hinder för att utöva motivationsarbete.

Det som särskilt sägs av handläggarna är att de har för många ärenden de ska arbeta med. Man hinner helt enkelt inte med. Det är svårt att prioritera. Handläggarna upplever att alla arbetsuppgifter bedöms vara lika viktiga från arbetsledarhåll. Det finns ingen uttalad prioritering.

Handläggningstiderna ska helst hållas korta och, som några handläggare säger: det tar flera

gångar att motivera någon till en förändring. Om det inte fungerar vid första mötet får man ta upp det vid nästa, ibland får man ta upp det på ett annat sätt.

6.2.7 Handläggarnas motivation

Motivation är, som tidigare nämnt, något som handläggarna säger att de gör till största delen; *man gör någon motiverad*. Samtliga handläggare syftar i intervjuerna på *de försäkrades motivation* när de talar om motivation i rehabiliteringsarbetet. Endast en handläggare nämner handläggarnas motivation:

"Handläggarnas motivation diskuterar ingen, men man ger naturligtvis sina signaler själv. Det handlar om vad man får för signaler från sin arbetsgivare. Lönemässigt är mitt arbete inte så mycket värt. Det handlar ju också om hur närmaste arbetsledaren ser på mitt arbete, hur viktigt är det med rehabilitering?"

Flertalet handläggare berättar att de diskuterar ärenden med varandra för att stötta varandra och komma framåt i ärendena. Det finns olika konstellationer för att diskutera ärenden.

Ett av kontoren har en speciell grupp där de diskuterar ärenden. På ett av kontoren kan man ta upp knepiga ärenden på sektionens informationsmöten. På alla kontoren berättar handläggarna att de alltid kan ta råd och hjälp av varandra, men samtidigt säger de att alla är väldigt upptagna av sina egna pågående ärenden. Möjlighet finns också att rådfråga försäkringskonsulterna. De flesta handläggarna säger att de har idéer om utformningen av rehabiliteringsarbetet som de både framför och genomför. Som exempel nämns olika typer av teamarbete på lokalkontoret och aktiviteter för de försäkrade.

"Framför idéer? Ja, det gör jag. Min arbetsgivare lyssnar, jag får gehör, jag blir kreativ. Bara jag kan motivera".

6.3 Yrkesrollen

För att få reda på hur handläggarna upplever sitt arbete har vi ställt frågor kring yrkesrollen och handläggningen.

6.3.1 Hur ser handläggarna på sin yrkes roll

Handläggarna som vi intervjuade pekar vid många tillfällen ut exempel på en oklar yrkesroll: En yrkesroll som är oklar på flera nivåer. De ska både vara ute bland samarbetspartners och helst tillgängliga för de försäkrade inne på kontoret samtidigt:

"Jag känner mig ganska otillgänglig. Man skulle önska att man fick ha två dagar telefonfritt och resten av veckan ta besök. Ledningen säger emot sig själva, när de säger att man inte ska vara på kontoret, man ska ju vara ute på arbetsplatsbesök. Jag hinner inte med journalföring och bilagenumrering."

"Definitionen av vår roll efterlyses - det skulle underlätta mycket, om man ska få större effektivitet. Och det vill ju statsmakterna. Vad ska vi jobba med? frågar vi cheferna, ja, vi ska jobba med allt, svarar vi då."

Man är en myndighetsperson säger flera av handläggarna. Det är viktigt att vara medveten om

detta och tydliggöra ramarna inom kassan för de försäkrade. Man har som handläggare en viss makt, som man måste vara vara klar över.

"Jag har stora påverkansmöjligheter, man har mycket makt, jag tror de försäkrade ser en som en myndighetsperson. Jag tror att vi upplevs som en myndighet, kanske ännu mera nu. Man ska granska allt som kommer in, det vet folk, man ifrågasätter och förtroendeläkaren ifrågasätter. Det finns ju siffror på allt!"

6.3.2 Vilka egenskaper och kunskaper bedöms som viktiga ?

Vilka egenskaper och kunskaper måste handläggarna ha för att klara av sitt arbete ?

Att kunna känna *empati* och att ha människokänedom är grundläggande anser handläggarna. Vidare säger de att man behöver omvärldskunskap, man behöver kunna sätta gränser och bör vara stresstålig. Man måste vara flexibel och gärna ha tidigare yrkeslivserfarenhet

Det är mycket viktigt för handläggarna att kunna *lagen*. (Lag om allmän försäkring). Detta för att alla försäkrade ska få en så lika handläggning som möjligt. Juridiska kunskaper samt kunskaper i medicin bedömer handläggarna som viktigast.

"Man bör vara serviceinriktad, flexibel, det ställs höga krav nu, man ska kunna förhandla med arbetsgivare, man ska kunna sätta gränser, man ska vara stresstålig, kunna hålla många bollar i luften samtidigt. Man ska vara allt-i-allo och både sortera post och koka kaffe."

"Man måste ha kunskaper om försäkringen för att veta hur man handlägger ett ärende. Man måste kunna ta folk så att det inte blir konflikter. Det är ofta sjuka människor vi träffar, sjuka på olika sätt."

6.3.3 Hur möter man människor ?

Nästan alla handläggarna anser att det är viktigt att de kan lyssna, hjälpa och stötta den försäkrade. De är noga med att skapa ett bra möte med sina försäkrade. Att försöka skapa ett sådant klimat att den försäkrade vill berätta själv. Detta gör de genom att först prata lite om väder och vind, för att försöka få den försäkrade att känna sig avspänd. Flera handläggare säger att det är viktigt att man kan skratta tillsammans ibland. Efter "uppvärmningsfasen" låter de den försäkrade berätta. Handläggarna tycker att det är viktigt att de är förberedda innan mötet genom att ha läst akten och ha tillräckligt medicinskt underlag.

För att ett möte ska bli bra menar handläggarna att det är viktigt att den försäkrade är motiverad. Det är viktigt att vara tydlig i sin framtoning; tala om syftet med mötet och berätta vad kassan kan göra och inte göra.

Flera handläggare säger att de *"bara"* ska samordna. De ska samla in uppgifter och slussa den försäkrade till rätt instans. Handläggaren ska vara en *slags spindel i nätet* mellan arbetsgivaren, sjukvården, facket och övriga instanser som kan finnas med i rehabiliteringsarbetet.

" Man är en samordnare egentligen, man ska förklara kassans roll, man talar om ganska tydligt vad det är vi gör, syftet, man har en ganska viktig roll, många försäkrade ärvilsna , ofta får man ju vara en kurator. Det kan vara svårt att sätta gränser gentemot de försäkrade. En del försäkrade har ju inte de kanaler man tror att de har; att tala med någon. Man får ta den biten också när man skapat ett förtroende."

Handläggarna beskriver att det är ett väldigt komplext arbete med många infallsvinklar och många kontakter att sköta parallellt. Det är en ständig avvägning mellan att engagera sig och att hålla en lagom distans till den försäkrade och övriga parter i ärendet.

6.3.4 Vad är positivt och negativt i arbetet ?

Det som alla handläggarna berättar att de tycker om i sitt arbete som rehabiliteringshandläggare, är alla kontakter med människor och med andra rehabiliteringsaktörer.

Några handläggare beskriver hur tillfredsställande det känns när de ser att den försäkrade är på väg ut i jobb och när de känner att de lyckats med att hjälpa en försäkrad.

"Jag tycker väldigt mycket om människor.Jag får ta mycket egna initiativ.Vi har en kurs för försäkrade, som leds av två psykoterapeuter. Går ut på att vända kris till möjlighet, en lättare form av gruppterapi, en resursinventering av sig själv".

"Det är roligt att jobba med människor. Jag försöker göra det bästa möjliga för dem Eftersom vi jobbar med sjuka måste man försöka göra det, samt att få dem i arbete, det är ju målet"

Det som beskrivs som svårt är bl.a när samarbetet med andra rehabiliteringsaktörer inte fungerar. Flera handläggare nämner att de har svårt att koppla av arbetet och funderar på ärenden på fritiden. De får dubbla budskap i form av att de både ska vara en stödperson och ska sätta gränser gentemot de försäkrade. En del handläggare har svårt att avgränsa vad som är deras arbetsuppgifter eller inte. De upplever en osäkerhet när det gäller andra myndigheters insatser och ansvar i ärendena.

"Den största svårigheten är läkare som inte tar sitt ansvar. De lämnar över mycket. Arbetsgivare har i många fall en ovillighet att ställa upp.Det är svårt och tråkigt. Det är bara ekonomi och pengar.....känsligt fördelat.....Alla skjuter ifrån sig, landstinget, socialtjänsten, arbetsgivare, fel, det är fel grejor som sätts in.....En tråkig bit som skall skötas bättre. Det finns för lite kunskapertrist att tjafsa om pengar i onödan, man hör hur man låter. Den biten skulle man kunna slippa ,men i och med att ingen har pengar blir de försäkrade hänvisade till att "hör med kassan". Det är" självklart" på landstinget." (not :att man hänvisar till försäkringskassan)

Administrativa rutiner beskriver många handläggare som en svårighet i arbetet, exempelvis LUS-mätningar (lokalt uppföljningssystem av långa sjukfall). Handläggarna säger vidare att det är svårt med försäkrade som betraktas som omotiverade. Då beskriver handläggarna situationen som helt låst. Det är ingen idé att arbeta med de försäkrade som beskrivs sakna vilja att göra något.

6.3.5 Vilket stöd behöver / efterfrågar handläggarna ?

Vad behöver handläggarna i sitt arbete? Vilket stöd efterfrågar de? Några av de intervjuade uppger att de har lite stöd från arbetsledningen, både när det gäller att lansera egna idéer och när det gäller stöd i yrkesrollen. Det är svårt att prioritera bland alla olika arbetsuppgifter och många upplever att de inte får stöd av arbetsledningen att göra detta.

"Man stöter på patrull när det gäller att framföra idéer, det gör att man har tystnat litegrann"

"Det finns nästan inte några riktlinjer.... det finns inte uttalat uppifrån. Det finns många olika signaler från ledningen"

Handläggarna efterfrågar flera olika typer av stöd:

- telefonsvarare, telefonfri tid
- bättre datastöd
- mera samarbete mellan olika kontor
- handledning
- tid att fundera och reflektera
- fungerande ärendedragningsgrupper
- gemensamt ansvarstagande för varandras ärenden vid sjukdom eller annan frånvaro
- stöd från kassans ledning, mera stöd från försäkringsrådgivare eller -konsult

".....kanske mera stöd från kassan överhuvudtaget, att man från kassans sida bemöter den kritik som har varit, många vet ju inte riktigt vad kassan gör."

".....När jag är borta har ingen tid med mina ärenden, det är svårt att komma tillbaka då, det skulle finnas en "pool" med extraanställd personal för det. Även de försäkrade har ju åsikter om det, det handlar om rättssäkerhet".

6.3.6 Hur enhetlig är handläggningen ?

Hur enhetlig bedömer man att handläggningen av rehabiliteringen är ? De allra flesta handläggarna svarar att man jobbar olika i handläggningen. Man tror att det beror på skillnader när det gäller att bemöta människor och skillnader i människosyn. Många påpekar att likheten finns när det gäller lagar, ramar och arbetsmetodik.

Men några handläggare säger att det kan bli slumpmässiga beslut beroende på vilken handläggare som har fattat beslutet. Många av handläggarna säger att de diskuterar ärenden med kollegor - första bästa. Ett kontor har en speciell grupp där man diskuterar ärenden.

"Vi har på kontoret en arbetsmetodik som vi ska följa. Jobbar ganska lika. Ingen har samma bedömningssätt. Diskuterar mycket med varandra och pratar med andra innan t.ex ett köp av tjänst. Resonerar med varandra. Man märker då"

"Vi tror att vi jobbar lika men det är tvärtom. Vi lägger upp möten på olika sätt. En del tar möten med försäkrade rätt upp och ner och "klipper", andra gör "kuratorsjobben" med de försäkrade och pratar längre."

6.3.7 "Vi ska inte vara några kuratorer"/ vad gör en kurator

Tidigare i denna rapport har beskrivits att handläggarna anser att det är viktigt att låta de försäkrade berätta, att kunna lyssna, stötta och hjälpa. Detta kommer igen i flera av de frågor vi ställt. Samtidigt är många av handläggarna noga med att understryka att de inte ska vara några kuratorer. De säger att man inte får komma för nära de försäkrade och måste vara noga med att sätta gränser gentemot dem. Man får inte bli för privat.

"Jag är representant för en myndighet. Jag knyter en person till mig om jag avviker från det. Inte bli "du och bundis" för då knyter jag personen till mig....Man ska inte binda någon till sig för det är viktigt för varje person att styra sitt liv.....Jag har ett bra förhållande till mina försäkrade - säger aldrig deras namn, då kommer man in på det privata."

Några handläggare säger att de ibland får fungera som kurator, eftersom många av de försäkrade är ensamma och helt enkelt inte har någon annan att tala med. Har de en bra relation med sina försäkrade vill dessa gärna berätta om mycket som ligger utanför "ärendet".

"De försäkrade behöver mycket stöd. Sjukvården har inte tid och till soc. går man inte gärna".

Eftersom uttrycket "vi ska inte vara några kuratorer" kommit upp i flera sammanhang under vår studie frågade vi handläggarna vad de anser att en kurator gör.

De flesta av handläggarna beskriver kuratorns jobb som ett praktiskt arbete. Kurator är någon som "fixar" och hänvisar till andra instanser. Kurator beskrivs som en person som ordnar vårdplats och handikaphjälpmedel, en som är en länk från sjukvården och utåt och har kunskaper om samhället. Det är ett arbete där det ingår rådgivning och stödsamtal. Många av handläggarna beskriver arbetet som en "lättare terapeutisk kontakt". Ett fåtal handläggare svarar att kuratorsjobbet är ett rent terapeutiskt arbete och då syftar de på kuratorer inom den psykiatriska vården.

6.3.8 Om utbrändhet i arbetet

Det är svårt att jobba med rehabilitering, när det inte finns tillräckligt med arbeten eller rätt sorts arbeten att rehabilitera till

Flera handläggare nämner att de känner sig tyngda av arbetsbelastningen, och att de tar med sig arbetet hem.. Ett par av handläggarna berättar att de har idéer hur de vill förändra arbetet, framförallt när det gäller handläggarrutiner, men några av de äldre handläggarna beskriver att de inte har så mycket idéer längre. Lusten och orken har minskat med åren. Några handläggare berättar att det är tungt med de försäkrade som beskrivs som omotiverade.

"Man får prata med de försäkrade som med barnungar. Man blir utbränd själv. Man orkar inte".

"Det är svårt att få kontakt med tragiska människor...tar med sig problemen hem....till sig.Det är mycket arbete med ärendena. Tiden till annat räcker inte till.Det är svårt att hitta rätt grejor för rätt person när det gäller rehabilitering".

6.3.9 Handledning

Ett kontor har handledning vid intervjutillfället. Ett kontor har haft handledning i samband med en tidigare sammanslagning.

Ett kontor hade handledning för ett och ett halvt år sedan. De handläggare som har haft handledning har tyckt att det har varit bra.

"Vi har haft handledning för ett och ett halvt år sedan. Jag var med....det var jättebra. Man hjälpte varandra att bena upp ärenden, man fick stöd hur man skulle gå vidare, eller ta hjälp utifrån. Det är av ekonomiska skäl vi inte har handledning nu också."

Några handläggare har valt att inte vara med i handledningen, även om möjlighet har funnits.

"Vi har handledning sen två veckor tillbaka. Jag är inte med själv. Jag har valt att inte vara med för min arbetsbörda är så tung. Jag jagar tid....."

De som inte har haft handledning har sagt antingen att de inte har tid med handledning eller att de anser att de inte behöver det, då de tycker att de kan hantera sina försäkrade.

"Handledning - nej vi tycker vi är proffsiga på lokalkontoret. Man kan diskutera med FL (försäkringsläkare)."

Några handläggare har inte fått möjligheten att ha handledning.

"Ärendehandledning har jag inte haft . Det skulle vara väldigt bra - man är ju ensam i sina ärenden. Kollegerna är ju ofta upptagna, även om man kan diskutera med dem."

"Ibland tycker jag att man behöver hjälp då vissa ärenden är så svåra , det kan vara jättesvåra samtal, ibland har jag haft tankar om detta över helgen, om man t.ex. har haft ett svårt samtal på fredagen."

7 DISKUSSION

7.1 Vad är motivation på försäkringskassan ?

Vad är motivation för en rehabiliteringshandläggare ?

Motivation beskrivs i huvudsak som en vilja, av de handläggare vi har intervjuat; en vilja till förändring. Många av handläggarna menar att man antingen är motiverad eller inte. De beskriver också att de som är motiverade, är det sällan några problem med. Problemen finns hos de försäkrade som är omotiverade. Många handläggare säger att de känner en hopplöshet inför omotiverade personer. Det är svårt att komma vidare. Ett sätt att hantera detta är att skaffa kunskap om motivation, arbetsmetoder och att ha handledning.

Som tidigare nämnts hänger begreppen motivation och motivationsarbete ihop och att det är ibland svårt att "klassificera" dessa begrepp. Läs dem gärna sammanhängande.

I bakgrunden beskrivs olika sätt att arbeta med motivation. Dessa metoder kom vi i kontakt med när vi arbetade inom socialtjänsten och genom studier. Två, av oss utnämnda, ledstjärnor har vi följt i motivationsmörkret, Jenner och Revstedt (se bakgrundsavsnittet). Vi utgår från att mycket av detta är överförbart till försäkringskassans rehabiliteringsarbete, både teoretiskt och praktiskt. Vi vill försöka ge praktiska exempel på hur vi resonerar.

7.2 Motivation ur olika perspektiv.

7.2.1 Handläggarnas motivation / de försäkrades motivation

På frågan kring motivation, vems motivation det handlar om, (frågan är öppet ställd) svarar handläggarna; *de försäkrades motivation*. Det är de försäkrades motivation de tänker på. De ska som handläggare "göra de försäkrade motiverade".

7.2.2 Delaktighet i motivationsprocessen

Det är viktigt att understryka att den *enskilda handläggaren är viktig i mötet med de försäkrade*. Mycket viktig. Som vi beskriver i bakgrunden kommer den "latent" motiverade inte igång av egen kraft. Av det skälet behöver rehabiliteringshandläggare mer kunskap om att deras initiativ till förändringar, deras relationer, engagemang och attityder med de försäkrade är viktiga komponenter i motivationsarbetet. Det innebär inte att man måste lyckas med alla klienter. Det är inte heller handläggarens skuld om en klient inte blir motiverad, men handläggaren har ett ansvar, för att motivationsrelationen blir så bra som möjligt (t.ex. med de arbetslösa sjukskrivna, som saknar stödet från arbetsgivare och företagshälsovård).

Att ha *ansvar för att motivationsrelationen blir så bra som möjligt* är naturligtvis inte helt lätt. Även här är det viktigt att resonera så att det inte blir en tyngd för handläggarna. Spännvidden på arbetsuppgifter som ska utföras är stor. Problemen i samband med att det ser ut så följer efter.

I avsnitten om yrkesrollen längre fram kommer vi att diskutera detta. En viktig del när det

gäller motivation och motivationsarbete är att spegla sin egen motivation som handläggare och att förstå sin egen delaktighet. När man som handläggare känner det hopplöst och svårt att komma vidare är det viktigt att ha kunskap om *olika sätt att se på motivation*. Detta för att känna någon form av meningsfullhet i envisa strävanden med försäkrade och stora svårigheter att hålla målsatta tider. Känslan av meningsfullhet, envisa strävanden och beredskapen att handskas med svårigheter kan ha sin förklaring just i *motivationen*, den upplevda, både hos sig själv och hos de försäkrade.

7.2.3 Motiverad till / motiverad för

Istället för att se motivation som något man har eller inte har (omotiverad ses som en statisk egenskap) kan man se de personer man möter, som motiverade i förhållande *till / för* något. Då ger det en vidare syn på begreppet motivation och själva motivationsarbetet en innebörd. Det ger förmodligen också en mera hoppfull inställning till de människor man möter som handläggare.

7.2.4 Mål, delmål, realistiska mål i motivationsarbetet

En annan viktig kunskap för att lyckas i motivationsarbete, är att man formulerar realistiska mål, motivationen ställs i relation *till något mål*. Ett sätt är att sätta upp mindre delmål för att på sikt nå större mål. Motivationsarbete på försäkringskassan kan t.ex. handla om *tillvägagångssättet* att få en till synes omotiverad person tillbaka till arbete, på hel eller deltid. Här måste man som handläggare arbeta med mer *konkreta och kortsiktiga mål*, för att inte snabbt dra slutsatsen att om en försäkrad inte visar vilja att förändra sitt sätt att leva, saknar han motivation. Här kan det gälla att ta fasta på den motivation som finns. Det är viktigt att inte döma klienten utifrån bristande vilja att ställa upp på ett avlägset slutmål - som att bryta ett sjukbidrag eller en långtidssjukskrivning. Den försäkrade kan vara motiverad för en viss förändring, t.ex. att försöksvis inleda en kontakt med försäkringskassan etc. När delmål har uppnåtts kan man formulera nya högre mål, t. ex kontakt med AMI.

7.3 Yrkesrollen

Det som absolut måste lyftas fram ordentligt är den *oklara yrkesroll* som handläggarna upplever att de har.

7.3.1 En oklar yrkesroll

Rehabiliteringshandläggarna beskriver yrkesrollen som otydlig. Den omfattar allt från att vara en skarp förhandlare med arbetsgivare och att ha kunskaper i ekonomi, juridik och psykologi till att sortera post. En oklar yrkesroll kombinerat med hög arbetsbelastning och i förekommande fall med otillräckligt arbetsledarstöd ger hög stressnivå i arbetet. Många rehabiliteringsärenden där man ska arbeta med människor med psykiska problem, med långa sjukskrivningar och med komplicerade sjukdomar är svåra. Diffusa sjukskrivningsorsaker förekommer ofta. Allt detta ställer stora emotionella krav och kunskapskrav på de handläggare som ska arbeta med rehabilitering.

Det finns inte någon som verkar kunna precisera vad en rehabiliteringshandläggare egentligen ska göra, av dem vi har intervjuat. Handläggarna själva säger att det inte finns klart uttalat från arbetsledarhåll heller. De säger att det är problem; de har för många ärenden, hinner inte med och det finns ingen prioritering.

De förväntas jobba lika mycket med alla arbetsuppgifter och allt är lika viktigt, från att göra arbetsplatsbesök till att koka kaffe. Dessutom ska alla administrativa rutiner skötas, parallellt med arbetet med de försäkrade. Målsatta tider av ärendehandläggningen ska hållas och ohälsotalet ska sänkas. Flera av handläggarna beskriver hur de har svårt att koppla av arbetet på fritiden och att de upplever arbetsbelastningen för hög. Sett ur ett könsperspektiv går detta väl i linje med en traditionell kvinnoroll. Kvinnor är tränade i och vana vid att finnas till hands för andra och att vara lyhörda för andras behov.

Kvinnor är genom arbete med barn och hem vana vid att hålla på med flera olika saker samtidigt och att åtminstone under småbarnsåren ständigt bli avbrutna. Allting är lika viktigt, allt delar samma tyngd.

7.4 Utbrändhet

Risken för utbrändhet är större när vi känner oss maktlösa och låsta av andras krav. Man behöver metoder för att utöva aktiv kontroll och inte bara finna sig i det som sker. Handlingar som innebär val och initiativ. Handläggarna på försäkringskassan har många krav på sig. Arbetsuppgifterna är många och skiftande. Utrymmet för handlingar som innebär val och initiativ är litet. Utan kvalificerad hjälp att bearbeta möten med utsatta människor, som kan väcka mycket känslor, finns stor risk för utbrändhet. Stress och utbrändhet orsakas av allt för många och allt för ingående kontakter med klienter i svåra livssituationer (Bernler, Johnsson, Skårner 1987).

Utbränning är ett syndrom med emotionell utmattning, depersonalisation och nedsatt personlig prestation, som kan förekomma hos individer som arbetar med människor på något sätt. Det är en slags arbetsstress (Maslach 1985). Emotionell överansträngning och åtföljande emotionell utmattning är kärnan i utbränningssyndromet. Man blir slut och orkar inte en dag till. För att hindra detta skär en del ner på sitt emotionella engagemang.

Det finns många olika sätt att se orsaker och ge förklaring till utbrändhet. Exempel på detta kan vara arbetets organisation och bristen på täta genuina kontakter i klientarbetet. (Morén 1992)

"Många försöker komma ifrån sin emotionella börda genom att skära ned på sitt engagemang i andras problem. De vill minska sin kontakt med människor till vad som absolut behövs för att få arbetet gjort. De förvandlar sig till småbyråkrater och behandlar människor enligt reglerna. De placerar in dem i nischer och sätter etikett på dem, och sedan rättar de sina åtgärder efter etiketten och inte efter individen." (Maslach 1985 sid 12)

Mera kunskaper om motivationsprocessens olika delar kan vara ett sätt att minska risken för att drabbas av utbrändhet.

7.5 Empati

Många av de vi intervjuade svarar att det är viktigt att känna empati i arbetet med de försäkrade. Man bör dock inte känna för mycket empati, och absolut inte "ta över" de försäkrades problem eller engagera sig för mycket, enligt våra intervjupersoner.

Empati har en mängd olika definitioner. Här presenteras några. Det kan vara förmåga att känna sig in i andra människors känslor. Ibland används ordet *inkännande*. Det kan beskrivas som att *känna för men inte med*.

Man kan skilja på *intellektuell empati*, där man stärker sina tankar för varandra och möter förståelse för dem, och *känslomässig empati*, är det är frågan om känslor som inte alltid behöver vara uttryckta i ord. (Lennéer-Axelsson, Thylefors 1987) Att notera, både på försäkringskassan och alla andra myndigheter. "Människor som arbetar i organisationer där man möter klienter förmedlar inte bara sig själva utan också det deras organisationer representerar. Representanterna för ordningsmakten blir barsk och formell, representanten för bidragsgivarna snål eller generös, det beror på." sid 31 i Crafoord (1994).

Konstlat stöd och förståelse gör ingen nytta. Det kan resultera i att man som behandlare på sikt förstör sin tilltro hos klienten. Överförstående från en behandlare utvecklar ingen klient. Ord som "det här förstår jag inte" får istället klienten att tänka till.

7.6 Ett kurativt förhållningssätt

Det som slår oss när vi gjort våra intervjuer är att handläggarna är eniga om vikten av att ha ett *empatiskt* förhållningssätt gentemot de försäkrade, samt att de betonar vikten av att kunna lyssna, vara lyhörd och vara ett stöd för de försäkrade. Det är viktigt att kunna sätta gränser och inte bli för privat med de försäkrade. Samtidigt säger handläggarna att de inte ska vara några kuratorer.

Enligt vår uppfattning arbetar en kurator just så; en person som kan känna *empati*, som är lyhörd för sina klienter, som kan lyssna och vara ett stöd, samtidigt som hon eller han kan sätta gränser gentemot sina klienter och inte bli för privat. Om man som handläggare på ett tidigt stadium markerar att relationen är yrkesmässig kan man kosta på sig att både använda sig av humor och att vara personlig i mötet med den försäkrade. Det är stor skillnad på att vara personlig och privat. Det behöver inte vara "farligt" eller "fel" att skapa den sortens relation med sina försäkrade om man som handläggare är medveten om att det handlar om en professionell relation.

Tyvärr har vi under våra intervjuer stött på att många handläggare är rädda för att skapa relationer till sina försäkrade. Någon handläggare säger att hon aldrig tilltalar de försäkrade med förnamn, då hon i såfall riskerar att bli för privat.

Hans Berglind, professor eremitus i socialt arbete vid Socialhögskolan i Stockholm diskuterar detta i Socialmedicinsk tidskrift nr. 10- 1995. Han tror att det kanske finns en slags vanföreställning inom kassan, att kuratorer är några som sitter och "jamsar med". Eller menar man att en kassahandläggare inte behöver lyssna som en kurator, på den man talar med ?

undrar Berglind.

Även om vi som rehabiliteringshandläggare inte ska behandla, kan vi ändå ha ett *kurativt förhållningssätt* gentemot de försäkrade. Det talas ofta inom försäkringskassan om vikten av att vara kundorienterad och sätta kunden i centrum. Detta menar vi, stämmer väl överens med att ha ett kurativt förhållningssätt.

7.7 Handledning

Regelbunden extern handledning under ledning av handledarkompetent personal borde vara en självklarhet för alla som möter och arbetar med människor i utsatta situationer. Handledning kan vara både ett sätt att utvecklas i sitt yrke som handläggare öka kvalitén i handläggningen och att förebygga utbränning i jobbet. Det bör alltså betraktas som förebyggande personalvård och kompetensutveckling. Man lär sig mycket av att ha en pågående process med att reflektera över ärenden och att byta erfarenheter av varandra.

Vid intervjutillfället hade endast ett av våra tre kontor handledning. Det finns handläggare som har valt, trots efterfrågad handledning, att ändå inte vara med i denna. Detta för att hinna med att "jobba istället"

Hensing, Alexanderson, Åhlgren, Timpka (1996) har i en studie om Östergötlands försäkringskassa beskrivit de problem försäkringskassans handläggare ställs inför i det dagliga arbetet. "Handläggarna beskriver problem utifrån samarbete och kommunikation. De upplever samarbetsproblem mellan olika rehabiliteringsaktörer, som har att göra med strukturella skillnader dem mellan, som olika kunskapstraditioner, skillnader i människosyn inom olika organisationer. Vidare beskriver rapporten hur skillnader i mentalitet och yrkesstatus mellan t.ex. kassahandläggare och läkare kan vara en samverkanssvårighet. Det är oklart vad detta betyder för den framtida arbetssituationen i form av utbrändhet, stress och ohälsa bland försäkringskassans egen personal. Om problemet betraktas ur den försäkrades och samhällets perspektiv, framstår det som oroande att personal arbetar med utredande och i vissa fall bearbetande samtal utan lämplig utbildning och handledning" citat sidan 16.

7.8 Högskoleutbildning

Det finns en längre högskoleutbildning med inriktning på rehabilitering. Den bedrivs i i samarbete mellan Stockholms universitet, Karolinska Institutet, och Mitthögskolan, ; Centrum för socialförsäkringsforskning. Utbildningen kommer att vara tvärvetenskaplig. På försäkringskassan i Jämtland har över 90 % av rehabiliterings handläggarna fått gå en tvärvetenskaplig 40 poängskurs i ämnet socialmedicinsk rehabilitering. Detta har visat sig ge positiva resultat, menar Alf Bergroth, docent i socialt arbete och verksam vid försäkringskassans FoU-enhet i Stockholm och vid Mitthögskolan.

En högskoleutbildning i rehabilitering skulle kunna lyfta fram yrkesrollen och öka kompetensen hos de handläggare som sysslar med rehabilitering. Bergroth (1992) betonar vikten av att rehabiliteringshandläggarna utvecklar sin kompetens och att man där särskilt bör föra fram utbildning i motivationsarbete. Bergroth menar att motivationsarbete är grundläggande för allt rehabiliteringsarbete.

7.9 Vad hände med lagstiftarens intentioner ?

Rättssäkerhet är något som ofta understryks av handläggarna på försäkringskassan. Det är viktigt med en korrekt handläggning. Det är viktigt att kunna lagen och att ha juridiska kunskaper. För att få sk. omotiverade försäkrade att genomgå en rehabilitering kan handläggaren använda sig av den s.k. "moroten och piskan" När det gäller piskan kan det ske genom att försäkringskassan drar in ersättningen om den försäkrade inte medverkar. Detta använder man sig av i nödfall.

Påfallande många av våra intervjuade handläggare svarar att de motiverar de försäkrade. Ingen hänvisar dock till att lagen säger att man som handläggare såvitt det är möjligt skall samråda/motivera med den försäkrade.

7.10 Vad säger rehabiliteringsberedningens betänkande SOU 1988: 41 om motivation ?

Detta betänkande låg till grund för regeringens förslag till den lagstiftning om rehabilitering, som kom 1992: Lag om allmän försäkring, AFL kapitel 22.

" Även försäkringskassorna behöver, för att klara sitt ökade ansvar i rehabiliteringsarbetet, en utveckling av personalens kompetens. Den personal som skall arbeta med rehabiliteringsärenden behöver förutom den vanliga utbildningen för socialförsäkringshandläggare även ha goda kunskaper om hur samhällets rehabiliterande resurser är uppbyggda och om *individens beteenden i rehabiliteringsprocessen*. Det sista är viktigt, då motivationen hos den enskilde ofta är avgörande för en framgångsrik rehabilitering".

I regeringens proposition 1990/91 : 141 lämnas förslag till lagstiftning inom ramen för den allmänna försäkringen om ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering och om ekonomisk ersättning vid sådan rehabilitering. I propositionen sägs på s. 49 att ..." försäkrade med behov av rehabilitering uppmärksammas, att behoven av åtgärder klarläggs och att *den försäkrade motiveras att delta i rehabiliteringen*.

Var i propositionen betonas "kunskap om individens beteenden i rehabiliteringsprocessen" ?

-Vad hände i AFL med förslaget om att uppmärksamma och klarlägga och med satsen "den försäkrade motiveras att delta i rehabiliteringen"?

7.11 Rehabiliteringsprocess, en helhetssyn ?

Försäkringskassan har samordningsansvaret för olika stadier av rehabilitering. Det kan röra sig om både medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering . Flera olika sorters rehabilitering kan pågå parallellt. Gränserna mellan sjukvårdande behandling och insatser för att rehabilitera en person tillbaka i arbete kan vara svåra att se. På de lokalkontor vi har intervjuat håller man på att omorganisera rehabiliteringsverksamheten. Man delar upp rehabiliteringsprocessen mellan olika handläggare. När gränserna är flytande mellan dessa rehabiliteringsinsatser finns risken att den försäkrade bollas mellan olika handläggare, beroende på var i rehabiliteringsfasen denne befinner sig. Utifrån den teori vi har presenterat

tidigare i rapporten och utifrån vår tidigare erfarenhet som socialarbetare, vet vi att allt motivationsarbete bygger på, att ett förtroende och en god kontakt skapas mellan handläggaren och den försäkrade. Om den försäkrade får byta handläggare bryts en kontakt och en relation som byggts upp under rehabiliteringstiden.

7.12 Förändringar på arbetsmarknaden

Olika strukturella faktorer påverkar rehabiliteringsarbetet. En av dessa är arbetsmarknaden. Många är arbetslösa idag. 73 018 personer var arbetslösa i Stockholms län i augusti 1996. I hela riket var under samma period 431 013 personer arbetslösa. I augusti 1996 fanns det drygt 23 341 personer i arbetsmarknadspolitiska åtgärder, de flesta i API; arbetsplatsintroduktion, ALU; arbetslivsutveckling och arbetsmarknadsutbildning. Det fanns 16 400 långtidsarbetslösa i Stockholms län. (Statistik från länsarbetsnämnden).

Utformningen av rehabiliteringen på försäkringskassan kom i en högkonjunktur. Arbetslösheten har aldrig varit så låg som då. Många sjukfall slutade dock i sjukbidrag eller förtidspension och det föranledde regeringen att tillsätta en rehabiliteringsutredning vars slutbetänkande kom 1988.

Idag går vi mot vad som kallas två tredjedels- samhället. Enkelt uttryckt brukar man förklara det som att två tredjedelar av befolkningen försörjer den tredjedel som inte kan försörja sig själv av olika skäl, som kan vara sjukdom eller arbetslöshet. Många handläggare upplever svårigheter i sådant som försäkringskassan inte rår över, som en tuff arbetsmarknad. där det bl a blir allt vanligare med projektanställningar och osäkra anställningar.

Det kan kännas svårt att rehabilitera försäkrade till arbetslöshet. Kommer likheterna att öka ännu mer mellan de personer som kommer till socialtjänsten och de som kommer till försäkringskassan i framtiden?

8 SLUTDISKUSSION

8.1 Motivationsarbete - motivationsmetoder i rehabiliteringsarbetet.

Bland rehabiliteringshandläggarna finns ett stort intresse av att hitta okonventionella lösningar. De berättar om olika verksamheter för försäkrade som de realiserat eller drömmer om att starta.

Kan metoder från socialt arbete som redovisats i bakgrunden användas i rehabiliteringsarbetet på försäkringskassan? Vi anser att det är fullt möjligt. Handläggarna arbetar i många fall, mer eller mindre, redan efter etablerade metoder i socialt arbete. Detta faktum gör att det inte borde vara ett så långt steg att arbeta med dessa metoder och kunskaper i motivation fullt ut. Handläggarna ger exempel på hur de arbetar:

- Att arbeta med realistiska mål är ett sätt att sätta motivationen i relation till något. (jämför med Jenner)
- Att tillsammans med den försäkrade sätta upp mindre mål.
- Att förstärka det som fungerar; (jämför med lösningsinriktad korttidsterapi)
- Att peppa, ta fram något positivt ur den försäkrade, ta fram något som inte syns men som finns latent. (jämför med Revsted)

8.2 Frågor kring yrkesrollen att gå vidare med

Handläggarna *efterlyser en mera renodlad yrkesroll*. De säger att de vill arbeta med det som rör rehabiliteringsfrågorna och inget annat. Den beskrivning vi sammanfattningsvis fått av våra intervjupersoner av yrkesrollen är att den är oklar. Man ska t.ex. ha ett empatiskt förhållningssätt men inte ett kurativt. Detta är en klar motstridighet. Hur har denna uppfattning uppkommit? Hur kommer det sig att den förefaller vara vanlig? Fortsatta frågor att ställa sig och granska vidare utifrån detta faktum:

- Finns det någon kritisk granskning av yrkesrollen?
- Hur ser arbetsbeskrivningen ut? Finns det någon sådan?
- Vilket förhållningssätt ska man ha som handläggare?
- Är det ett möjligt att utföra alla arbetsuppgifter på ett tillfredställande sätt?
- Vem prioriterar arbetsuppgifterna?
- Är allt lika viktigt?

8.3 Några avslutande funderingar

Under arbetets gång har vi noterat att mycket av vår ambition att ta reda på hur motivation och motivationsarbete ser ut inom försäkringskassans rehabilitering, till en stor del står och faller med att yrkesrollen är så oklar.

Större krav kommer att ställas på vad försäkringskassan gör med rehabiliteringsarbetet. Det är viktigt att utforma metoder och att "låna" metoder. Här bör man se över försäkringskassans utbildningskrav i framtiden. Det är angeläget att se över vidareutbildning för den personal som redan arbetar med rehabilitering. Det är även angeläget att utveckla metodikfrågor som rör rehabilitering.

Bra metoder behövs som mest när man har mycket att göra.

När det gäller vidareutbildning är det *inte* informationsdagar om nyheter i försäkringen. Det är naturligtvis viktigt men vi menar att en lärande organisation kräver mer. För att möta de nya krav som rehabiliteringshandläggarna möter krävs en pågående utveckling och kompetenshöjning. Rehabiliteringsarbetet är ett kvalificerat arbete och ska också betraktas som ett kvalificerat arbete. Motivation och motivationsarbete är bara delar i detta komplexa arbete. Alla vinner troligen på en renodling och ett tydliggörande av rehabiliteringshandläggarnas arbete och yrkesroll.

Vi vill väcka intresse till en fortsatt diskussion om motivation och motivationsarbete, då vi genom egen erfarenhet ser detta som en viktig utgångspunkt i rehabiliteringsarbetet.

9 LITTERATURLISTA

Berglind H, 1995 Vad är arbetsmotivation ? Socialmedicinsk tidsskrift 10 452-454, , Rehabilitering och socialförsäkring, Ekerö

Bergroth, Ekholm, Landstad, Rapport 1995:11 Rehabiliteringshandläggarnas uppfattning om sitt handlingsutrymme, Centrum för socialförsäkringsforskning, i samarbete med Karolinska Institutet, Stockholms Universitet, Försäkringskassorna i Jämtlands och Stockholms län, Centrum för socialförsäkringsforskning, Östersund

Bergroth, A, Om rehabilitering (1992), Försäkringskassan Stockholms län, Stockholm

Bernler G. & Johnsson L., (1988) Teori för psykosocialt arbete. Natur och Kultur, Stockholm

Bernler, G, Johnsson, L, Skårner, A, (1993) Behandlingens villkor. Natur och Kultur, Stockholm

Crafoord, C.(1995) Människan är en berättelse. Natur och Kultur, Stockholm

Hensing, G. Alexandersson, K. Åhlgren, M. Timpka, T. (1996) Vardagens problem - erfarenheter från handläggare inom Östergötlands läns Allmänna Försäkringskassa. Institutionen för Samhällsmedicin Avdelningen för Socialmedicin ,Linköpings universitet. Linköping

Hester, R, & Miller, R, (1989) Handbook of alcoholism, Treatment approaches - effective alternatives. Pergamon, New York

Jenner , H. (1987) Motivation hos missbrukare och behandlare. Studentlitteratur, Lund

Jenner, H. (1992) Pygmalion i missbruksvården. Studentlitteratur, Lund

Lennér- Axelsson, B, & Thylefors, I, (1982) Psykosocialt behandlingsarbete. Natur och Kultur, Stockholm

Maslach, C, (1985) Utbränd. Natur och kultur, Stockholm

Maslow, A. H,(1954) Motivation and Personality. Harper Row, New York

Morén , S. (1992) Förändringens gestalt, Om villkoren för mänskligt bistånd Publica /CE Fritzes AB, Stockholm

RFV 1995/96 Regleringsbrev för försäkringskassorna Riksförsäkringsverket, Stockholm

RFV 1996 jan. Lagen om allmän försäkring. Försäkringskassaförbundet, Stockholm

Regeringens proposition 1990/91: 141 om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m Riksdagstryckeriet, Stockholm

Revstedt, P, (1995) Motivationsarbete. Liber utbildning, Stockholm

RRV 1994:18 Att återupprätta. Om försäkringskassornas rehabiliteringsverksamhet. Revisionsrapport, Riksrevisionsverket, Stockholm

RRV 1996:8 Rehabilitering av arbetslösa sjukskrivna. Revisionsrapport Riksrevisionsverket, Stockholm

SOU 1988: 41 Tidig och samordnad rehabilitering, Rehabiliteringsberedningens betänkande. Fritzes, Stockholm

SOU 1988: 41 Sammandrag av rehabiliteringsberedningens betänkande. Fritzes, Stockholm

BILAGA 1

Till på rehabiliteringssektionen,

Vi är två rehab-handläggare, Matilda Ekström och Magdalena Helgesson, som är anställda på Södermalmskontoret vid Försäkringskassan i Stockholm.

Under några månader i vår har vi fått möjlighet att göra ett fördjupningsarbete i ämnet motivationsarbete inom rehabiliteringen.

Det är ett arbete genom Försäkringskassans forsknings och utvecklingsenhet, FoU, som kallas "Fördjupa vardagskunskaperna". Som handledare har vi en doktorand vid Socialhögskolan i Stockholm, Kajsa Billinger.

Vi är mycket glada att ni på sektionen tar er tid med att delta i intervjuerna.

Vi kommer att intervjua totalt arton handläggare om att motivera försäkrade till att genomgå rehabilitering. Vi kommer att ställa några "vida" frågor, som lämnar öppet för handläggarna att berätta. Detta gör vi för att försöka bilda oss en uppfattning om motivation och motivationsarbete inom Försäkringskassans rehabilitering.

Vi kommer att intervjua rehab-handläggare på tre olika lokalkontor i Stockholm, för att få en jämförelse.

Vårt resultat kommer att publiceras i en rapport genom FoU-enheten. Alla som låter sig intervjuas är slumpmässigt utvalda och kommer att stå helt utan namn eller annan identifikation i rapporten.

Vi är mycket tacksamma för Din medverkan.

Har Du några frågor är Du välkommen att kontakta oss på telefon **676 20 57**.

1996-02-13

Med hälsningar

Matilda Ekström och Magdalena Helgesson.

BILAGA 2

Notera:

Något egentligt intervjuformulär med helt raka frågor användes inte. Ambitionen var att ställa så öppna frågor som möjligt. Först valde vi att ställa frågor kring handläggarens rollen och arbetsuppgifter därefter ställdes frågor kring motivation / motivationarbete.

Vi ställde först frågor kring handläggarnas, ålder, kön, utbildning och hur länge de arbetat på försäkringskassan.

FRÅGOR KRING HANDLÄGGNINGEN OCH YRKESROLLEN HOS REHABILITERINGS HANDLÄGGARE

1. -Vad är det roligaste i ditt arbete som rehabiliteringshandläggare?
2. -Vad är svårt i ditt arbete som rehabiliteringshandläggare?
3. -Vilka kunskaper/egenskaper bedömer du som viktiga i ditt arbete?
Ge exempel. (Vilken egenskap tycker du är viktigast att en handläggare besitter i mötet med en försäkrad. tex se sammanhang).
4. -Har du *ideer* om hur du skulle vilja forma ditt arbete?
Ge exempel;(mer utbildning för att kunna möta m:skor mm)
Framför du dina ideer. Hur möts dina ideer från andra.
5. -Finns det likheter/skillnader hos dig och dina rehabkollegor i handläggningen?
Berätta, ge exempel. Hur ser likheterna / skillnaderna ut i handläggningen med de försäkrade?
6. -Vad är det som fungerar bra i handläggningen?
-Vad är det som fungerar dålig ?
-Diskuterar ni ärende frågor på din arbetsplats.Ärendedragning ?
7. Hur ser du på *din roll* i mötet med en försäkrad.
-Finns det *handledning*? (någon kommer utifrån....)
-Skulle du vilja ha handledning ?

MOTIVATIONSFRÅGOR, ÄRENDE FRÅGOR; ÖPPNA FRÅGOR

- 8b. -Hur ser ett bra möte med en försäkrad ut? Hur ser ett dåligt möte ut?
 -Hur får du en "kontakt". Hur skapas en kontakt ? Hur är ett bra samtal med en försäkrad för dig ?
9. -Övertygar du de försäkrade på något sätt t ex med vinster i en förändring av livssituationen.
 -Hur gör du när du övertygar en försäkrad ? Saknar du något ?
 -Har du "föreslagit något till en försäkrad bara för att tömma ut alla resurser; t ex arbetsprövning, funktionsbedömning mm. Vem lösning är det ?
10. -Har du tänkt på det här med motivation? Vad betyder det för dig ? Vad kallar du det för? -Vad tänker du på när du hör begreppet motivation? Vad är motivation ?
 -Hur ser du på motivation ? Vems motivation är det ?
 -Saknar du något, t ex tid och utrymme i din kontakt med de försäkrade ?
 försäkrad -Vad tror du behövs för att åstadkomma en stadig förändring hos en som aldrig kommer till "skott"? -Vilket stöd skulle du behöva ?
11. -Bedriver ni motivationsarbete ? Hur ser motivationsarbetet ut ?
 rehabilitering ? -Ingår det i ditt arbete att motivera den försäkrade att t ex genomgå en
 Ge exempel. Vilket stöd skulle behövas.?
12. -Vad har du för tidigare erfarenheter i arbetslivet ? Om ? Har du någon nytta av det?
 rehabhandläggare? -Finns det likheter/skillnader i ditt nuvarande arbete som
 Ge exempel.
13. Berätta om ett lyckat ärende. Vad sa du ? Vad gjorde du ? Berätta hur , på vilket sätt det var lyckat. Hur agerade du ?
 Berätta om ett mindre lyckat ärende. Vad hände ?
14. -Vad är behandling för dig ? Ser du motivationsarbete som en form av behandlingsarbete ?
 -Vad gör en kurator ? Hur ser du på dennes arbete ? Vad är behandlingsarbete ?