

# Arbetsrehabilitering av arbetslösa långtidssjuka kvinnor

*Informellt socialt stöd vid myndighetskontakter*

RAFAEL LINDQVIST OCH LARS OLOV BYGREN

*Arbetsrehabilitering för den som är både arbetslös och långtidssjukkriven förutsätter ofta kontakt med ett flertal olika myndigheter, vilka har olika regler, mål och avgränsning för sina hjälpinsatser. Detta kan ur den enskildes synvinkel vara en mycket krävande uppgift särskilt om individens sociala situation, problem med hälsa och arbete är sammanflätad. Artikeln visar att ett informellt socialt stöd från en facklig organisation kan vara ett viktigt led i arbetsrehabiliteringen för arbetslösa långtidssjukkrivna kvinnor, både för att stärka självkänsla och motivation och för att få igång konkreta rehabiliteringsåtgärder.*

Under åttiotalet ökade de långa sjukskrivningarna. En i sammanhanget särskilt utsatt grupp var de långtidssjuka kvinnor som inte hade någon arbetsplats att gå till. I vilken utsträckning får dessa kvinnor del av socialförsäkringssystemets ekonomiska förmåner när de upplever sig ha problem med hälsan? Hur kan rehabiliteringsinsatser genomföras

när medicinska, sociala och arbetsmässiga problem är sammanflätade i en komplicerad bild och p.g.a. att myndigheter vanligtvis arbetar inom snäva sektorsgränser? Det är inte självklart att sociala myndigheter som har olika regler och mål, skilda 'penningpåsar' och olika administrativa indelningar för sin verksamhet ska kunna samarbeta om klienter som har en, ur myndighetens perspektiv, diffus problembild. Att ha kontakt med ett flertal olika myndigheter är ur den enskildes synpunkt en krävande sysselsättning, som blir än mer påfrestande om man har

---

Rafael Lindqvist är docent vid Sociologiska institutionen, Umeå universitet och Lars Olov Bygren är professor vid Institutionen för Socialmedicin, Umeå universitet.

svag självkänsla, svårt att formulera krav och dålig kunskap om hur de sociala myndigheterna och arbetsmarknadsorganen arbetar. Arbetslösa långtidssjuka kvinnor kan ofta komma i kläm när varken de själva eller de professionella hjälparna på ett tillräckligt koncist sätt kan formulera vari deras besvär består. Man kan därför anta att det finns ett behov av stödinsatser som går utöver de etablerade myndigheternas åtgärdsarsenal, t.ex. i form av kamratstöd eller annan informell hjälp för att höja motivationen, hjälpa till i kontakterna med vårdgivare och myndighetspersoner, informera om rättigheter och skyldigheter etc. I det följande kommer vi att illustrera möjligheterna och svårigheterna med ett kamratstöd, som det erbjudits till en grupp arbetslösa långtidssjuka skrivna kvinnor av en facklig organisation.

## Kvinnorna och den svenska välfärdsmodellen

De skandinaviska välfärdsstaterna, och i synnerhet den svenska, har beskrivits som institutionellt omfördelade. Till denna bild hör att i stort sett alla medborgare omfattas av bidrag som anses jämförelsevis generösa vad gäller ersättningsnivå och kvalifikationsregler och som utgår som lagstadgade rättigheter. Enligt Esping-Andersen & Korpi (1987) som utvecklat denna tes är det det sociala medborgarskapet och inte prestation på (arbets)marknaden som är den grundläggande principen i socialpolitiken. Att ett brett spektrum av sociala behov fastslagits som sociala rättigheter reglerade i lag betyder att man inte behöver sälja sin arbetskraft på arbetsmarknaden när man är sjuk, arbetsoförmögen, nybliven förälder

etc. eftersom det finns socialförsäkringar som täcker merparten av inkomstbortfallet.

Kvinnoforskare har menat att denna modell inte förmår synliggöra de skillnader som faktiskt finns mellan kvinnor och mäns levnadsvillkor eftersom det vanligtvis är prestationen på arbetsmarknaden som avgör bidragens nivå. Det faktum att kvinnor i större omfattning ägnar sig åt obetalt reproduktivt arbete, barntillsyn, hemarbete – och att de är överrepresenterade i de lägre inkomstskikten bl.a. till följd av deltidarbete – gör att socialförsäkringarna är mycket följ samma till den könsbetingade arbetsdelningen i samhället. Utfallet från socialförsäkringarna blir i praktiken därmed mycket olika för män och kvinnor trots att systemen är könsneutrala i sin konstruktion (Pateman 1988; Sainsbury 1993).

Vad vi sett växa fram är, enligt Borchorst & Siim (1987), ett nytt partnerskap mellan stat och familj, där kvinnans dubbla roller som mödrar och löneanställda omstöpts och moderniserats genom utbyggnaden av den offentliga sektorn. Denna utveckling är motsägelsefull så till vida att kvinnorna erhållit större möjligheter till oberoende, men till priset av att merparten finns i de lägre skikten av organisationshierarkierna där beslutsutrymmet är begränsat och inkomsterna låga. Ett patriarkat har bytts ut mot ett annat: i stället för beroendet av mannen som familjeförsörjare har kvinnorna blivit beroende av staten, dels som anställda i välfärdsstatens institutioner, dels som mottagare av bidrag och social service (Hernes 1987). Det faktum att kvinnorna som grupp, särskilt ensamstående mödrar, lågavlönade kvinnor och äldre kvinnor, har en svagare ställning än männen i den generella väl-

färdspolitiken gör att de kan förväntas bli mer beroende av selektiva behovsprövade system som t.ex. socialbidrag, bostadsbidrag m.fl. (Björnberg 1993). Jämfört med flera EU-länder har dock ensamstående kvinnor med barn i Sverige större möjligheter att försörja sig utan att helt vara beroende av socialbidrag till följd av daghemsutbyggnaden, föräldraförsäkringen, skatte- och bidragsregler m.m. (Hobson 1994: 179). Det som i stället tycks vara ett stort problem är att ensamstående mammor har så ont om tid och att de lever under stark psykologisk stress (Lewis 1993:20). Även medelålders kvinnor utan barn, som inte kan arbeta p.g.a. hälsoproblem, befinner sig i en problematisk situation. De blir ofta ganska osynliga eftersom de inte passar in i rollen som vare sig lönearbetare eller mödrar (Gunnarsson 1993).

Man kan också befara att det faktum att kvinnor ofta anses som mer lämpade att sköta reproduktivt arbete gör att de kommer i underläge när arbetsrehabilitering ska utredas, planeras och genomföras (Dale & Foster 1987). En viktig fråga är om denna svenska välfärdsmodell, för att fungera, förutsätter att ett informellt stöd finns att tillgå för utsatta grupper för att dessa ska få sina rättmätiga behov tillgodosedda.

### ***Socialt stöd, sociala nätverk och känsla av sammanhang***

Sjukdom anses numera ofta hänga samman med stress, brist på social integration, sociala nätverk och socialt stöd. Det finns ett dokumenterat samband mellan bristande social förankring och ökad sjuklighet och mortalitetsrisk (Berkman & Syme 1979, Hansson 1990: 32-42, Cobb 1976). Sjuk-

domsrisker kan i sådana sammanhang tolkas som utslag av en generell sårbarhet och har visat sig vara relaterade till fenomen som social desorganisation respektive positiva sociala resurskällor (Cassel 1976). Psykosociala processer anses påverka kroppens immunförsvar, vilket ökar eller minskar mottagligheten för faktorer som leder till sjukdom. Det sociala stödet från primärgruppen är utomordentligt viktigt härvidlag eftersom det underlättar för individen att bemästra kriser och påfrestande livsförändringar genom att det fungerar som en buffert. Det är framförallt nätverkets kvalitet som är avgörande och inte dess storlek (Orth-Gomér 1990). Eftersom stödrelationer sällan är symmetriskt ömsesidiga – man ger stöd till vissa och får stöd tillbaka från andra – kan det uppstå obalans i nätverken. Denna obalans har ibland en påtaglig könsaspekt. Eftersom kvinnor ofta förväntas vara stödgivare i större utsträckning än män, kan särskilt medelålders kvinnor bli överbelastade av stöduppgifter till flera generationer utan att själva få tillräckligt med stöd tillbaka.

En huvudfråga inom detta forskningsfält är om sjukdomsrisker ska ses som inneboende krav i det sociala systemet som skapar ohanterliga spänningar, eller om de beror på bristande egenförmåga att hantera normala krav (Aneshensel 1992). Den senare aspekten har behandlats av Antonovsky (1991). Han fann att det som utmärkte personer som klarat påfrestande livssituationer, t.ex. svåra sjukdomar, var att de hade (förvärvat) en inre känsla av sammanhang, d.v.s. upplevde informationen från omgivningen som förnuftsmässigt gripbar, ordnad och sammanhängande; fann de problem och krav

som livet ställde värda att investera energi och engagemang i; samt hade resurser själva eller i den nära omgivningen som kunde användas för att lösa problem. Andra forskare har också visat att upplevelse av sammanhang och mening, arbete/sysselsättning samt det sociala nätverket, bestående av relationer som kan ge stöd och resurser för problemhantering, är avgörande för inte minst den psykiska hälsan (Cullberg 1993: 443, jfr Konarski 1992). En konsekvens av detta är att i högre grad fokusera de hälsobefrämjande aspekterna, d.v.s. faktorer i individens omgivning som kan underlätta en rörelse mot hälsa, och inte bara en given sjukdoms etiologi. I det sammanhanget har bl.a. fackföreningarnas roll för att mobilisera resurser som kan utgöra ett stöd för individen betonats liksom vikten av att facket breddar sitt intresse för de psykosociala problem som uppstår i samband med arbete och arbetslöshet (Antonovsky 1991: 179; Konarski 1992: 178).

### ***Arbetsrehabiliteringens regelverk och aktörer***

Sedan några år tillbaka råder officiellt den s.k. arbetslinjen inom socialförsäkringen (Lindqvist & Marklund 1995). Arbetsmiljölagen, AML, har skärpts så att arbetsgivarna ska tillhandahålla en god arbetsmiljö, som följs upp kontinuerligt med internkontroll och de ska också bedriva en organiserad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen. Försäkringskassorna, FK, har också fått ett tydligare samordnings- och övervakningsansvar (Prop 1990/91:140 samt 141). På basis av den utredning som arbetsgivaren är skyldig att skicka in till kassan (senast efter åtta veckors sjukdomsfall)

upprättas därefter en rehabiliteringsplan vari preciseras vem som ska genomföra och bekosta olika åtgärder. För arbetslösa har försäkringskassan ansvaret att utreda och ta ställning till rehabiliteringsbehovet, men i övrigt har arbetsförmedlingarna, AF, och arbetsmarknadsinstitutet, AMI, ansvaret för att rehabilitera dem som saknar anställning. Försäkringskassan har från 1990 fått möjligheter att köpa rehabiliteringstjänster som är direkt erforderliga för att återföra den försäkrade i arbete som t.ex. yrkesvägledning, arbetsträning, utbildning och vissa former av behandling dock inte renodlad medicinsk behandling (Prop 1989/90:62).

Ett annat viktigt inslag i den 'nya arbetslinjen' är att arbetsgivarna betalar sjukersättning under de första fyra veckorna för dem som har en anställning. Ersättningsnivåerna har också sänkts i etapper och kravet på orsakssamband mellan skadlig inverkan i arbetet och skada/sjukdom har skärpts vilket innebär att det är svårare att få arbets-skadersättning. För närvarande är ersättningen 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Från oktober 1995 tillämpas också ett mer avgränsat sjukdomsbgrepp som innebär att läkarna inte ska ta hänsyn till sociala och arbetsmarknadsmässiga aspekter vid sjukskrivning utan enbart beakta medicinska faktorer. Från januari 1997 har denna regel ytterligare skärpts.

Vad som framtonar som grundläggande tankar bakom den 'nya arbetslinjen' är att rehabilitering först och främst handlar om att sjuka och arbetsskadade ska återgå till sina tidigare anställningar eller byta arbete. De som saknar anställning eller har en svag förankring på arbetsmarknaden tycks inte vara någon särskilt viktig målgrupp.

Att stärka motivationen och självkänslan har inte ingått som någon självklar del i de etablerade myndigheternas arbetsmodell. Tvärtom så förekommer en 'gråzon' i rehabiliteringsprocessen där varken FK eller AF/AMI anser sig ha huvudansvaret, nämligen i fråga om det förberedelsearbete som utgörs av aktivering, motivering och 'förrehabilitering'. (Riksrevisionsverket 1996:82). Andra samordningsproblem kan uppstå till följd av att FK och AF/AMI håller sig med *olika* begrepp för sjukdom och arbetsförmåga. Försäkringskassan utgår från den arbetslösa försäkrades medicinska utredning och den restarbetsförmåga som återstår, medan AF/AMI tar sin utgångspunkt i hur den försäkrades arbetsförmåga kan utnyttjas med hänsyn till de arbeten som finns på arbetsmarknaden. Detta kan leda till olika bedömning om rehabilitering är möjlig och i så fall vilka insatser som är lämpliga.

### **Rehabilitering av arbetslösa – rehabilitering av kvinnor**

Arbetslösa har i normalfallet sämre förutsättningar att genomgå lyckad rehabilitering än de som har en anställning. Det finns ingen arbetsgivare som är ansvarig för att rehabiliteringsbehovet uppmärksammas och som tar initiativ till åtgärder. Stöd från arbetskamrater, fackliga förtroendevalda, företagshälsovård och försäkringskassan (som ju också i första hand ska befatta sig med sjukskrivna som har anställning) kan inte mobiliseras i samma utsträckning för den som saknar arbete. Rehabiliteringen kan inte lika naturligt relateras till arbetsuppgifter och arbetsrutiner om den försäkrade inte har arbetat under en längre tid.

Det som kännetecknar sjukskrivna som

saknar anställning (arbetslösa) är att dessa i hög grad har komplicerade, främst psykiska diagnoser. Noteringar om missbruk tycks vara betydligt vanligare bland arbetslösa än bland anställda sjukskrivna. Arbetslösa har dessutom oftare genomgått tidigare rehabiliteringsperioder (Riksförsäkringsverket 1995a, Riksrevisionsverket 1996) samtidigt som dessa åtgärder kommer igång senare (undantaget är remiss till AMI) än vad som är fallet med dem som har en anställning. Kvinnor utan anställning får vänta längre än männen i motsvarande situation på konkreta rehabiliteringsåtgärder, trots att det medicinska underlaget inkommer tidigare.

Det tycks också vara så att kvinnorna blir snabbare förtidspensionerade när arbetslösheten i kommunen är hög (Riksförsäkringsverket 1995:9). Männen däremot blir ofta kvar i långtidssjukskrivning för att sedan återgå i arbete när konjunkturen vänder. Förklaringen till detta kan vara att kvinnorna i större utsträckning är offentliganställda och att en konjunkturuppgång inte påverkar deras arbetsmarknad lika mycket. Men det kan också vara så att arbetslösa kvinnors rehabilitering inte utreds och genomförs lika målmedvetet och att lämpliga insatser helt enkelt inte finns att tillgå (Bäckström 1994). Den utmaning som rehabiliterarna står inför, om könsmönstret ska brytas, är att inte bara ge likvärdiga erbjudanden om rehabilitering utan att också motverka de olika villkor som gäller för könen i lönearbete och hemarbete och som innebär att kvinnorna inte är lika geografiskt rörliga som män och därmed inte kan acceptera ett lika brett spektrum av rehabiliteringsåtgärder.

## ***Fackligt kamrattstöd vid arbetsrehabilitering av långtidssjuka arbetslösa kvinnor***

Vi ska illustrera de ovannämnda tankegångarna om socialt stöd genom att redovisa resultatet från ett exempel på fackligt kamrattstöd vid rehabilitering. Bakgrunden till projektet var att LO-sektionen i Umeå sedan ett antal år tillbaka sett att många sjukskrivna och/eller arbetslösa före detta fackliga medlemmar upplevde svårigheter att komma till tals med myndigheterna: att förstå regelverk, handlägningsrutiner och de samarbetsformer som ofta måste till mellan de olika myndigheterna. Projektets övergripande syfte blev därför att utforma ett konkret kamrattstöd riktat till långtidssjuka kvinnor som saknar anställning eller har en mycket svag förankring på arbetsmarknaden. Stödet skulle utgöra ett fungerande komplement till det som försäkringskassa, arbetsförmedling, vårdcentral m.fl. gör och bidra till att bryta passiviteten i rehabiliteringen.

De 59 kvinnor som (frivilligt) deltog i projektet valdes ut i samråd med handläggare på försäkringskassan. Alla var arbetslösa (eller deltidsarbetande) långvarigt sjuka med sjukpenning eller förtidspension/sjukbidrag och deltog vid projektstarten inte aktivt i några rehabiliteringsåtgärder, d.v.s. de väntade på någon insats t.ex. arbetsprövning hos AMI, sjukgymnastik eller utredning vid någon medicinsk klinik. I samband med projektstarten genomfördes en strukturerad intervju innehållande frågor om bl.a. arbetshistoria, familje- och bostadsförhållanden, sociala nätverk, ekonomi, hälsa och sjukdom (inkl. ev. missbruksproblematik). Deltagarna erbjöds och accepterade att delta i följande

aktiviteter, vilka organiserades av den kvinnliga projektledaren från LO-sektionen:

- a) *Studiecirklar*: om ekonomiska frågor, försäkringskunskap, vardagsjuridik och familjerätt samt studiebesök hos institutioner och arbetsgivare.
- b) *Kvällsföreläsningar*: om kroppsspråk, kvinnor och mäns språk, klimakteriebesvär, självspeglingsmetoden, presentationsteknik, frigörande dans. *Dagföreläsningar*: Skapa din egen framtid, självförtroendeträning. Dessutom gavs möjlighet att ta upp ämnen som kvinnorna själva hade önskemål om, inom ramen för studiecirkelarna och föreläsningarna, som t. ex.: framtidsverkstad, självspeglingsmetoden, frigörande dans, ABF-skolan.
- c) *Personlig hjälp* med att ta kontakt med myndigheter och arbetsgivare.

Varje studiecirkel omfattade tio träffar om 2 timmar ett par dagar i veckan. Mellan cirkelträffarna gav projektledaren ett mer personligt utformat stöd till de kvinnor som uttryckte behov av detta. Efter att cirkelarna avslutats – ett år efter deras första studiecirkelstart – intervjuades kvinnorna ånyo med likalydande frågor för att »mäta« eventuella förändringar i fråga om social situation, familjeförhållanden, arbete och hälsa sjukdom. En enkätundersökning genomfördes också avseende deltagarnas uppfattning om positiva och negativa erfarenheter från denna typ av 'intervention'.

### ***Hälsa, social situation, försörjning***

Av de 59 kvinnor som deltog i projektet var drygt två tredjedelar mellan 35-55 år, de öv-

riga var yngre. Något fler än hälften av kvinnorna var gifta eller sambo, medan knappt hälften var fränskilda eller ogifta. De flesta hade ett eller flera barn i skolåldern eller yngre. Ca. hälften hade tidigare haft s.k. arbetaryrken inom vård, omsorg, handel och restaurang medan merparten av de övriga haft kontorsyrken. De flesta av kvinnorna var eller hade varit medlemmar i LO-förbund, men andra fackliga organisationstillhörigheter fanns också. 10 av kvinnorna hade akademisk utbildning, ytterligare 20 hade gymnasieutbildning och 29 hade enbart grundskola eller folkskola. En vanlig karriärväg vad gäller utbildning och arbete för de kvinnor som deltog i detta projekt kunde se ut på följande sätt:

Efter grundskola och husmodersskola arbetade Anna som hembiträde och därefter flera år som hemmafru med egna barn. När de två barnen blev större följde arbete inom livsmedelsbranschen och efter en flerårig paus s.k. lättare tillverkningsarbete inom industrin. Arbetet innebar relativt ensidiga kroppsrörelser och arbetsställningar. Hon arbetade omväxlande heltid och halvtid och säger sig ha trivts med detta arbete intill dess hon fick problem med nacke, axlar och vänster arm. Sjukskrivningsperioder följde och hon utredes i omgångar vid AMI. Hennes nuvarande situation innebär att hon lever ensam med sin 20-åriga dotter och har ett förhållandevis litet socialt nätverk.

De flesta av deltagarna var långtidssjukskrivna, ett mindre antal (18 personer) hade sjukbidrag eller förtidspension och några hade deltidsarbete i kombination med deltidssjukskrivning. I tabellen nedan framgår vilka hälsoproblem kvinnorna ansåg sig ha och hur denna problembild förändrade sig under projekttiden.

Tabell 1. *Antal kvinnor som upplever ett eller flera sjukdomsbesvär (de åtta mest förekommande på en lista omfattande närmare femtio besvär).*

Hälsoproblem	Intervju nr 1	Intervju nr 2
Led- eller muskelsjukdom	45	54
Hösnuva	22	15
Astma	18	17
Magsår	7	1
Kron. luftrörskatarr	8	2
Nervösa besvär	7	-
Kron. tarmsjukdom	6	5

Anm: Varje individ kan ha uppgett fler än ett hälsoproblem.

#### Ett exempel:

Ellen som nu är 40 år har diagnosen fibromyalgi sedan 1988. P.g.a. denna har hon beviljats sjukbidrag. Hon har haft ett stort antal kontakter med vårdcentral, ortopedklinik och allmän rehabiliteringsklinik samt med privat smärtklinik. Bemötandet hos den senare är hon nöjd med men besviken på hur hon tagits emot på sjukhusklinikerna. Besvikelsen består i att hon inte anser sig ha blivit trodd och förstådd.

Med undantag för led- eller muskelsjukdom uppges alla ovanstående besvär som mindre vanligt förekommande vid uppföljningsintervjun. Mest markant är denna förändring vad gäller besvär i luftvägarna, magsår och nervösa besvär. Men det kan också vara frågan om att somatisera ohälsan när oprecisa diagnoser inte längre accepteras som skäl för sjukskrivning. När ohälsan är diffus måste kvinnan i första hand övertyga dok-

torn och därefter försäkringskassan om att hon verkligen mår dåligt, att hennes sjukdomsbesvär är legitima och att hon är berättigad till sjukersättning. Här finns ett motiv för att vilja vara kvar i sjukrollen, vilket förstärks när sjukdomsbegreppet i allt högre grad måste baseras på objektiva diagnostiserbara fynd. En tänkbar följd är att många arbetslösa långtidssjukskrivna vill få sina problem medikaliserade för att inte riskera att få sin sjukpenningrätt omprövad. Försörjningsaspekten får en framskjuten plats och rehabiliteringen kan då verka mindre angelägen eller i varje fall avlägsen när utsikterna på arbetsmarknaden kanske inte tycks alltför lysande. Två tredjedelar av kvinnorna var kritiska till den hjälp de fått av sjukvården; en mycket vanlig upplevelse var att de ansåg sig ej förstådda och tagna på allvar. De upplevde ofta att doktorn arbetade under stark tidspress, inte lyssnade ordentligt och gav otydlig information om diagnos och behandling. En vanlig kommentar från kvinnorna var följande: »alla säger vad man måste göra, men ingen frågar efter vad jag vill och orkar göra«. Frågan »varför mår jag så dåligt«, lämnades alltför ofta obesvarad.

De kvinnor som ingick i denna undersökning upplevde framför allt problem koncentrerade till hälsa och arbete och som ett resultat av detta svårigheter att få ekonomin av gå ihop, vilket framgår av nedanstående sammanfattning av en av intervjuerna:

Det största problemet för Berit är att få ekonomin att gå ihop. Sjukbidraget inkl. bostadsbidrag har dock inneburit en stabilisering, men hon ligger under existensminimum och har kontakt med socialtjänsten som inte bemöter henne väl enligt egen uppgift. Myndighetskontakterna försvåras dock av att

hon har dåligt självförtroende och är osäker på vad hon vill och törs ge sig in på ifråga om utbildning och arbete. De medicinska besvären gör sig också ständigt påmind i form av värk.

Tabell 2

*Sysselsättning och försörjning.*

	Intervju nr 1	Intervju nr 2
Sjukskriven	41	35
Sjukbidrag/förtidspension	18	24
därav:		
Arbete (deltid)	9	5
Arbetsmarkn. åtg/ Rehabilitering	14	17
Studier	12	20
Arbetslös	24	12
Annat	-	5
S:a	59	59

Sysselsättnings- och försörjningssituationen har förändrats för kvinnorna under den studerade tidsperioden så att färre är långtidssjuka och istället förtidspensionerade, men fler har också kommit igång med rehabilitering i olika former och färre uppger att de är arbetslösa. Det kan vara en följd av sjukdomarnas naturliga förlopp, men en viktig effekt av kamratstödet har varit att överbrygga de gränser som sektorsmyndigheterna själva drar upp mellan sig. Klienterna har hamnat hos »rätt« myndighet och fått »rätt« hjälpinsats – vare sig det gäller rehabiliteringsåtgärd eller förtidspension. Ca.10 kvinnor har fått hjälp med att anskaffa praktik eller träningsplats (vilket alltid skett i samråd med försäkringskassan) och ca. 15 har fått hjälp med myndighetskontakter. I ta-

bell 3 framgår i vilken utsträckning försörjningsvillkoren förändrats.

Att få ekonomin att gå ihop var ett stort problem för två tredjedelar av kvinnorna. Ensamföräldrar har allmänt sett en besvärligare situation, eftersom de olika formerna av bidrag spelar en större roll för dessa än för de samboende – ett förhållande som även påvisats i andra undersökningar (Socialdepartementet (1996:9). De skäl som nämndes till att ekonomin var bekymmersam var låga inkomster (bidrag), stor försörjningsbörda, kostnader för egen eller makes sjukdom. Ungefär hälften av kvinnorna i vår studie uppgav att de fått ekonomisk hjälp från make/sambo, förälder eller anhörig, vilket upplevdes som mycket påfrestande.

Tabell 3

*Två ekonomiska och sociala indikatorer.*

	Intervju nr 1	Intervju nr 2
Svårt få ekonomin att gå ihop senaste 12 mån:	39	34
Behov av socialbidrag:	18	7

Den ekonomiska situationen som kvinnorna upplevde den tycktes ha förbättrats något. Ett färre antal ansåg sig behöva socialbidrag, vilket berodde på att andra bidragsformer ersatt socialbidragen. Detta beror i sin tur på att fler kunnat delta i olika rehabiliteringsåtgärder eller blivit förtidspensionerade.

### ***Kamratstöd vid myndighetskontakter***

En handläggare hos en myndighet kan bara ta hänsyn till de aspekter av klientens pro-

blem som faller inom ramen för organisationens regler, rutiner och målsättningar och förväntas i stället fördjupa sig i dessa aspekter. Myndigheter måste därför betrakta individer som 'fall' för att insatser ska kunna göras (Lipsky 1980, Johansson 1992). För att få den hjälp som behövs i det enskilda fallet är det ofta nödvändigt att klienten har grundkunskaper om myndighetens arbetsformer och regelverk (Jonsson 1997). De flesta arbetslösa långtidssjuka kvinnor hade haft kontakter med myndigheterna som utrett deras problem, men av olika skäl hade rehabiliteringsprocessen avstannat. De insatser som myndigheterna hade att tillgå stämde inte överens med hur kvinnorna uppfattade sin arbetsförmåga – eller så gick åtgärderna inte att kombinera med kvinnornas familjesituation.

Socialt stöd i form av kamratstöd skiljer sig från handläggare-klientrelationen genom att det finns förutsättningar att uppmärksamma ett mycket brett spektrum av individens hela livssituation. Individen kan komma till tals, bli sedd och bekräftad på ett annat sätt än i en formell relation, där handläggaren har tolkningsföreträde och rätt att definiera och kategorisera klientens problem. Kamratstöd från en facklig förtroendevald kan vara en viktig resurs när det gäller att motverka myndighetspersoners definition av individer som problemklienter – i synnerhet för personer som inte känner sig som komplicerade 'ärenden'. De kvinnor som deltog i projektet ansåg sig snarare som offer för ett skeende som de inte haft kontroll över. Projektets roll i sammanhanget var att bidra till ökat självförtroende, ge konkret hjälp i myndighetskontakter, samt att ge ökade kunskaper om hur myndigheterna arbe-

tar. En kvinna uttryckte detta på följande sätt:

Det är nyttigt att få träffa folk i samma situation och bra med föreläsningar och kurser som ger nya synvinklar. Man får en kick när man deltar i sådana här projekt – bättre självförtroende att ta itu med saker och ting. Projektet hjälper oss att bryta isoleringen.

Ur intervjusammanfattningarna hämtar vi följande två beskrivningar av vad projektet inneburit för två av kvinnorna:

Ellen sökte sig till projektet för att komma ut bland folk och bryta sin isolering. Hon såg studiecirkelarna som ett sätt härför och hoppades att de skulle vara längre än vad som skett. Hon har deltagit i flera av dessa, bl.a. datacirkel och avser att delta i alla aktiviteter som ordnas inom projektet. Isoleringen har delvis brutits eftersom hon knutit kontakter bland de övriga deltagarna. Någon konkret rehabilitering har inte kunnat påbörjas, därtill är osäkerheten om den egna förmågan, att våga träffa nya människor, att hamna i nya situationer allt för stor. Den framtida intresseinriktningen är också oklar.

Rut tog kontakt med projektet för att få kontakt med andra i liknande situation. Hon var rädd för att bli isolerad då hon har dåligt lokalsinne och svårt att resa med allmänna kommunikationsmedel. Hennes förhoppning var att projektet skulle kunna ge henne ett handfast stöd i dessa avseenden och att hjälpa henne att komma igång med arbete. Detta skedde också genom projektledarens försorg. Hon har fått hjälp till arbete: 75 procent (skyddad sysselsättning) och har sjukbidrag på 25 procent. Ett arbete som inte är idealiskt för henne, p.g.a. enformiga arbetsmoment och bristfällig arbetsmiljö. Det är osäkert om hon kan vara kvar på denna arbetsplats – men hennes arbetsförhållanden följs nu upp mer noggrant av både AF och FK.

Ett problem som många upplevde i samband med arbetsrehabilitering var att förstå den information som gavs om regler, de krav som måste vara uppfyllda för att olika bidrag skulle kunna utgå för att åtgärder skulle kunna sättas igång. Som ett första steg i en rehabilitering måste den medicinska problematiken utredas och friläggas. Inom vården kan, utöver primärvården, t.ex. kliniker med inriktning på rehabilitering behöva utreda sjukdomsbesvären. Ibland måste också socialtjänsten inkopplas för familjestöd i olika former vilket skapar samordningsproblem. När detta ska samordnas med försäkringskassans och arbetsförmedlingens eventuella insatser krävs ytterligare koordinering och det kan brista i försäkringskassans kommunikering kring rehabiliteringsplanen, de åtgärder, väntetider och olika aktörer som blir involverade. Ofta framgick inte heller vad den enskilde själv skulle bidra med i den processen. Den erfarenhet många av kvinnorna hade var att rehabilitering ofta innebar en 'stop-go'-process, där träffar med de närmast berörda aktörerna, åtgärder, väntetider avlöste varandra i en evig rundgång. Ofta blev de försäkrade också hänvisade till att ta kontakt med någon annan myndighet eller instans för att vissa åtgärder skulle kunna genomföras utan att ha klart för sig var i tidsschemat detta inföll. Hela processen tog lång tid och nya problem dök lätt upp, t.ex. att sjukdomsbesvären gick i skov och att en remiss till AMI-utredning erbjöds vid fel tidpunkt med den följden att motivationen försvagades eller upphörde under resans gång. Kvinnans resurser räckte ofta inte till för arbetsrehabilitering när i första hand familjens vardagsbestyr måste skötas.

Projektaktiviteterna ledde till att kännedomen om hur försäkringskassan arbetade ökade. Det var framförallt innehållet i sjukförsäkringen som hade blivit mer begripligt. Många upplevde det svårt att förstå vilken innebörd försäkringsadministrationen lade i begrepp som sjukdom och arbetsförmåga och hur rehabiliteringsåtgärder relaterades till dessa begrepp. En förklaring kan vara att försäkringskassan informerade mycket aktivt om sjukförsäkringens regler och att dessa också innehåller ett stort inslag av preciserade rättigheter och skyldigheter som kunde göras begripliga. Däremot uppgav färre vid projekttidens slut att de förstod arbetsförmedlingens arbetssätt. Denna verksamhet bygger mer på bedömningar som varje enskild arbetsförmedlare gör från fall till fall beroende på hur den enskildes arbetslivserfarenhet, utbildning och kompetens står sig i förhållande till den typ av arbeten som söks och som finns på arbetsmarknaden.

Om det inte framstår som entydigt vilken rehabiliteringsåtgärd som bör vidtas, genomförs efter en tid flerpartssamtal eller träffar där olika myndigheter ventilerar olika tänkbara alternativ med den försäkrade. Försäkringskassa, vårdcentral, AF/AMI

brukar vara en vanlig konstellation – och arbetsgivaren/företagshälsovård om personen ifråga har anställning. Knappt hälften av kvinnorna hade varit med om sådan träff i vårdcentralens regi. Endast några få tyckte att en sådan träff var positiv. Det som upplevdes som positivt var att få information och personlig kontakt med de olika parter som var involverade i rehabiliteringen – och möjligheten att lämna egna synpunkter på rehabiliteringsåtgärder. Den negativa eller indifferent inställningen de flesta hade kan sättas i samband med att de hade dåliga erfarenheter av vården: att deras besvär inte tagits på allvar; att de upplevt att de inte blivit bemötta på ett seriöst sätt, att de inte fått träffa en kurator, eller som de uppfattar det, tillräckligt kompetent läkare. Det var mycket sällsynt att läkare omnämndes i positiva ordalag.

Mot bakgrund av sådana erfarenheter blev behovet av hjälp från annat håll än från etablerade myndigheters sida stort. På frågan om projektet underlättat för vederbörande att komma ut i arbetslivet svarade en knapp tredjedel 'ja', något färre 'nej' och en dryg tredjedel kunde inte säga om så var fallet. Denna hjälp erbjöds i form av kontakter med arbetsgivare, och i att planera så att nå-

Tabell 4

*Projektets bidrag till ökade kunskaper och ökat självförtroende.*

	Ja	Nej	Vet ej	Ej svar	Tot
Ökad medvetenhet om rättigheter/skyldigheter som sjukskriven och/eller arbetslös?	38	3	-	18	59
Fått bättre självförtroende?	19	6	14	20	59
Fått information/värdefull kunskap om juridik, försäkringar o dyl?	37	1	3	18	59

gon 'fadder' utses på arbetsplatsen. Detta har varit en förbisedd uppgift i de etablerade myndigheternas rehabiliteringsarbete; samtidigt som det också ofta anses ligga utanför det ansvar som den arbetsgivare som tillhandahåller praktikplatsen (eller motsvarande) har.

Det som betonades av de flesta, vilket ska ses som en viktig aspekt av det ökade självförtroendet, var möjligheten att träffa andra människor i samma situation. Cirkelarna erbjöd en möjlighet att ta upp problem som upplevdes som gemensamma av arbetslösa/långtidssjuka.

## Slutdiskussion

Den arbetsrehabilitering som existerar idag är i hög grad utformad för dem som har en arbetsgivare eller i varje fall en anknytning till arbetslivet. Arbetsgivarnas ökade ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering av de egna anställda är ett uttryck för dessa grundprinciper. Merparten av den åtgärdsarsenal som försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheterna har är också inriktad på att återställa och utveckla färdigheter och kompetens som kan ges en konkret användning på arbetsmarknaden. Den som har en svag och tillfällig anknytning till lönearbetet, vilket var fallet för de kvinnor som ingick i denna studie, har inte tillgång till lika omfattande arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. Ofta anses att en social- och/eller medicinsk rehabilitering behöver genomföras först. I förlängningen av detta synsätt har det uppstått en sektorisering och arbetsfördelning inom rehabiliteringsfältet. Detta skapar en differentierad, komplex och svåröverskådlig organisatorisk terräng för den

enskilde. För att själv kunna driva sin egen rehabilitering krävs förutom ett stort mått av kunskaper om hur myndigheterna arbetar även självinsikt om ens egna förmågor, uthållighet – och helst också god hälsa.

Den fas i rehabiliteringsprocessen som ingen myndighet tycks befatta sig med, arbetslinjen till trots, är vad som skulle kunna benämnas som 'förrehabilitering'. Med detta menar vi den fas i vilken självförtroendet och motivationen byggs upp; den fas i vilken grundläggande kunskaper om de viktigaste samhällsinstitutionerna förvärvas och hur man tar sig fram i labyrinten av regelverk, handläggare och hierarkier. För att åstadkomma detta krävs insatser som ligger vid sidan om vad etablerade aktörer normalt åtar sig. Insatser som i en mening bryter mot den logik som myndigheter vanligtvis måste arbeta efter och som innebär att individer omvandlas till fall och 'ärenden'. Det organiserade kamrattstöd som detta projekt beskriver visar att det finns ett behov av kompletterande insatser. Genom ett målmedvetet och personligt utformat stöd kan självförtroende och motivation stärkas och kunskaper om myndigheters arbetsformer ökas. Ett resultat av detta är att livskvaliteten vanligtvis ökar som en följd av ökad förmåga att begripa och hantera problemsituationer – något som också är värdefullt för den vars arbetsförmåga är varaktigt nedsatt. Dilemmat idag, med den höga arbetslöshet som råder, är att mobilisering av individen inte är någon garant för arbete. Det finns således risker med att, hos den enskilde, bygga upp förväntningar som svårigen kan infrias. De inre omstruktureringar och nedskärningar som sker inom de sociala bidragssystemen tenderar att leda till en situation i

vilken det blir svårare att kvalificera sig till sjukersättningsystemet, förtidspensioneringen och a-kassan. Särskilt svårt kan det bli för kvinnor som har svag anknytning till lönearbetet och diffusa medicinska besvär. En gråzon mellan olika bidragssystem kan komma att skapas där ett stort antal kvinnor befinner sig. När individens bekymmer inte bara är (en väldefinierad) sjukdom, eller arbetslöshet eller något annat väl avgränsat problem har det visat sig svårt för myndigheterna på ett interaktivt sätt samverka med

den enskilde – särskilt om det dessutom krävs en långsiktig handlingsplan där man inte kan se några omedelbara framgångar i sikte. Dilemmat är att skapa utrymme och former för det som vi här kallar 'förrehabilitering', liksom att hitta strategier för övergången från 'förrehabilitering' till arbetsrehabilitering. I denna undersökning har vi kunnat se att facklig medverkan i form av kamratstöd kan vara ett lovande inslag att utveckla i sådana sammanhang.

## Referenser

- Berkman Lisa & Syme Leonard (1979) »Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine Year Follow-Up Study of Alameda County Residents«. *American Journal of Epidemiology*, 109:2, 186-204.
- Björnerberg, Ulla (1993) »Familjepolitik i EG-länderna ur ett kvinnoperspektiv« i *Sociologisk forskning*, 30:3, 3-29.
- Borchorst, Anette & Siim, Birte (1987) »Women and Advanced Welfare State – a New Kind of Patriarchal Power?« i Showstock Sassoon, A. (ed) *Women and The State*. London: Unwin Hyman.
- Bäckström, Ingegärd (1994) *Rehabilitering för män?* Umeå: Institutionen för socialt arbete.
- Cassel, John (1976) »The Contribution of Social Environment to Host Resistance«. *American Journal of Epidemiology*, 104:2, 107-123.
- Cobb, Sidney (1976) »Social Support as a Moderator of Life Stress«. *Psychosomatic Medicine*, 38:5, 300-312.
- Cullberg, Johan (1993) *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur
- Dale, Jennifer & Foster, Peggy (1986) *Feminists and State Welfare*. London: Routledge.
- Esping-Andersen, Gösta & Korpi, Walter (1987) »From Poor Relief to Institutional Welfare States« i Eriksson R., Hansen E. J., Ringen S. & Uusitalo, H. (eds) *The Scandinavian Model*. New York: Armonk.
- Gunnarsson, Ewy (1993) *I välfärdsstatens utmärker*. Stockholm: Rapport i socialt arbete nr 64, Socialhögskolan.
- Hansson, Bertil (1990) »Hur kan en individs sociala nätverk och sociala stöd påverka hälsan?«. *Socialmedicinsk tidskrift*, 67: 1-2, 32-42.
- Hernes, Helga (1987) *Welfare State and Women Power. Essays in State Feminism*. Oslo: Norwegian University Press.
- Hobson, Barbara (1994) »Solo Mothers, Social Policy Regimes and the Logics of Gender« i Sainsbury, D. (ed.) *Gendering Welfare States*. London: Sage.
- Johansson, Roine (1992) *Vid byråkratins gränser*. Lund: Arkiv.
- Jonsson, Tola (1997) *Handlingsstrategier och maktspel i möten mellan kandläggare och invandrarklienter*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis (Ak. avh).
- Konarski, Kristoffer (1992) *Jordmån för ett gott liv*, Folkhälsa Nr 16, Idéskrift från folkhälsogruppen, Stockholm: Socialdepartementet.
- Lewis, Jane (1993) »Introduction: Women, work, family and social policies in Europe« i Lewis, J (ed.) *Women and Social Policies in Europe*. Aldershot: Edward Elgar.

- Lipsky, Michael (1980) *Street-Level Bureaucracies*. New York: Russel Sage Foundation.
- Marklund, Staffan (red.) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Orth-Gomér, Kristina (1990) »Socialt stöd och hjärt- och kärlsjukdom«. *Socialmedicinsk tidskrift*, 67:1-2, 22-31.
- Pateman, Carole (1988) »The Patriarchal Welfare State« i Gutman, A. (ed) *Democracy and the Welfare State*. Princeton: Princeton University Press.
- Prop 1989/90:62 *Om insatser för aktiv rehabilitering och arbetslivsfondens verksamhet m. m.*
- Prop. 1990/91:140 *Arbetsmiljö och rehabilitering*.
- Prop 1990/91:141 *Rehabilitering och rehabiliteringsersättning*.
- Riksförsäkringsverket (1995) *Arbetslöshetens betydelse för friskskrivning och förtidspensionering, RFV Redovisar 1995:10*.
- Riksförsäkringsverket (1995a) RIKS-LS. En undersökning om långvarig sjukskrivning och rehabilitering. RFV Redovisar 1995:20.
- Riksrevisionsverket (1996) *Rehabilitering av arbetslösa långtidssjukskrivna*.
- Sainsbury, Diane (1993) »Dual Welfare and Sex Segregation of Access to Social Benefits: Income Maintenance Policies in the UK, the US, the Netherlands and Sweden«. *Journal of Social Policy*, 22:1, 69-98.
- Socialdepartementet (1996) *Ensamförlädrarna – en utsatt grupp? Valfärdsprojektets skriftserie, Nr 2*.

### Summary

#### *Vocational rehabilitation for unemployed long-term sick women – informal social support to clients dealing with welfare state agencies*

Vocational rehabilitation for both the unemployed and the long-term sick requires that the client keep in touch with a number of welfare state agencies, all of which may have different regulations concerning benefits, conflicting goals and various administrative boundaries. Seen from the viewpoint of the client this is an arduous and time-consuming task, especially if the social situation of the individual is comprised of both medical and labour market problems. Since welfare bureaucracies have to transform individual problems into well-defined "cases" which fall within their jurisdiction there is a substantial risk that "multiproblem clients" will end up in a no-man's land as neither the clients nor the officials seem to be able to describe the problems of the case in point precisely enough. This is a predicament in light of the new "work track

principle" in Swedish social policy which claims to offer all long-term sick adequate and efficient vocational rehabilitation. This article focuses on a group of long-term sick and unemployed women participating in what they experience as unsuccessful and time-wasting vocational rehabilitation. The women, of whom all were registered with several welfare authorities, were given informal social support by a local trade union case manager. The findings suggest that such informal social support, when targeted to increase motivation, self-confidence and knowledge about the work of welfare agencies, will facilitate and speed up vocational rehabilitation. Such efforts may be seen as a necessary complement to universal state welfare policies in order to ensure the full social citizenship rights of marginal groups.