
Dialogen

– en ny metod för samarbete
med vårdgivare och arbetsgivare

I serien RFV ANALYSERAR publicerar Riksförsäkringsverket sammanställningar av resultat av

- utrednings- och utvärderingsarbete

I huvudsak är det frågan om mera omfattande studier av olika försäkringsområden som genomförts på RFV:s initiativ.

Publikationerna i denna serie utarbetas av olika enheter inom Riksförsäkringsverket.

I vissa slag av rapporter i denna serie kan det förekomma uttalanden som pekar på behovet av nya eller ändrade författningsbestämmelser eller rekommendationer på något område. Med anledning av sådana uttalanden tar Riksförsäkringsverket sedan i särskild ordning upp frågan om att ge ut nya eller ändrade författningar och allmänna råd på området. Uttalanden i rapporterna har således ingen självständig ställning som går utöver innehållet i gällande författningar och allmänna råd.

Utgivare: Edward Palmer, enheten för forskning och utveckling

Upplysningar: Christer Jeffmar, tel 08-571 460 54

Skriftserier som ges ut av Riksförsäkringsverket:

RFV Föreskriver (RFFS)	Författningar med bindande föreskrifter
RFV Rekommenderar (RAR)	Allmänna råd om tillämpningen av författningar
RFV Vägledning	Beskrivning av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, rättspraxis, exempel och kommentarer
RFV Analyserar	Resultat av utrednings- och utvärderingsarbete
RFV Anser	Tolkningar av rättsläget, uttalande om verkets åsikt i olika frågor och framställningar till regeringen
RFV Informerar	Redovisning av statistik, upplysningar om regler, rutiner och praxis.
RFV Redovisar	Försäkringsanalyser och rapporter av mer begränsad omfattning.

Beställ hos: Riksförsäkringsverkets Kundtjänst Tfn 08-556 799 29

Fax 08-718 29 90

E-post: rfv@ontime.se eller på Internet www.rfv.se

Tryck: Sjuhäradsbygdens tryckeri 2003.

Förord

I den här rapporten beskrivs och utvärderas försäkringskassornas pågående satsning på ***Dialogen***, en samtals- och samarbetsmetod som tagits fram inom ramen för Prohälsa. Rapporten bygger både på en intervjudel och en enkätundersökning med kassahandläggare och försäkringsläkare samt vårdgivare och arbetsgivare runtom i Sverige. De resultat och effekter som presenteras rör bl.a. de olika aktörernas syn på hur man långsiktigt bör arbeta och samarbeta för att kunna minska sjukfrånvaro och ohälsotal. De områden som särskilt studerats är attityder till förebyggande arbete, rehabilitering, läkarnas sjukskrivningsmönster och hur olika arbetsgivare ser på sitt ansvar när det gäller att t.ex. kunna förkorta sjukfrånvaron och aktivt arbeta för att föra tillbaka långtidssjukskrivna till en arbetsplats inom den egna organisationen.

Rapporten innehåller insikter och diskussioner som kan vara till hjälp för handläggare inom försäkringskassan som arbetar inom detta område. Den har skrivits av Christer Jeffmar, som anlitats som oberoende utvärderare.

Edward Palmer
Chef för enheten för forskning och utveckling

Innehåll

Kort historik: Varför, vad och hur	7
Denna rapport	9
Poängen med Dialogen	11
Dialogen i utbildning	14
Dialogen som förhållningssätt	28
Dialogen som metod	32
Dialogen i praktiken	34
<i>Uppdraget</i>	34
<i>Dialogförarna</i>	35
<i>Dialogerna</i>	36
<i>Att utbilda i Dialogen: Konsultens roll</i>	36
<i>Kassornas beredskap</i>	37
<i>Den första Dialogen</i>	42
Olika vägar: Dialogenmetoden i praktiken	44
Olika resultat: Vad dialogföraren såg och inte såg	52
Dialogen i praktiken: Håller etiken?	60
Resultat: Tre enkäter	62
<i>Hög kompetens – men skönhetsfläckar</i>	63
<i>De flesta har uppskattat Dialogen</i>	68
<i>Diskussioner – samarbete – sjukskrivningsmönster</i>	72
<i>Förebygga – förkorta – samordna</i>	78
<i>Läkarintyget</i>	89
<i>Arbetsgivarens ansvar</i>	90
<i>Tre enkäter: Sammanfattning</i>	98
Fler resultat: Enkäter och intervjuer	104
<i>Jämförelser</i>	104
<i>Riskanalys</i>	106
<i>Fortsättning</i>	108
Slutsatser och rekommendationer	115
<i>Slutsatser</i>	115
<i>Rekommendationer</i>	121
Litteraturförteckning	122

Bilaga 1	Intervjuområden och intervjuguide.....	127
Bilaga 2	Brev till dialogförare	128
Bilaga 3	Enkät till dialogförare	129
Bilaga 4	Enkät till vårdgivare	135
Bilaga 5	Enkät till arbetsgivare.....	140
Bilaga 6	Olika diagram för frågorna i de tre enkäterna.....	146
Bilaga 7	Medelvärden för enkätvariabler	155
Bilaga 8	Frekvenstabell (%) och diagram.....	156

Kort historik: Varför, vad och hur

Utan dialog ingen kommunikation. Utan kommunikation blir det inget samarbete. Och utan samarbete går det inte att skapa någon förändring inom hälsoområdet.

Så kan man sammanfatta varför man i kassavärlden vill samarbeta aktivt för att minska sjukfrånvaro och ohälsotal.

Kassorna vill satsa på dialog i stället för monolog. Varför?

Därför att man vill få en kommunikation, ett samtal och ett samspel kring sjukskrivningar och sjuktal med vårdgivare och arbetsgivare, med läkare och kommuner.

Därför att man hoppas på att det goda samtalet skall ge ett bra och långvarigt samarbete med övriga aktörer. Ett samarbete som kommer att bli ett värdefullt verktyg för att få ett bra resultat i kampen mot ohälsan.

Därför att det troligen bara är ett uthålligt samarbete mellan aktörerna, mellan försäkringskassan, vårdgivarna och arbetsgivarna som på lite längre sikt kan ge varaktiga resultat. Resultat som alltså minskar ohälsotalet och ökar närvaron på arbetsplatserna.

Och därför händer detta just nu: Runt om i landet arbetar lite mer än ett par hundra av försäkringskassornas handläggare och ett relativt stort antal försäkringsläkare inom en utvecklingsprocess som kallas *Dialogen*. Processen har för deras del startat med en dialogförarutbildning och fortsätter sedan ”ute på fältet”, dvs. överallt där kassan kan samarbeta aktivt med olika samhällsaktörer för att minska sjukskrivning och ohälsotal. De som är viktigast att samarbeta med just nu är vårdgivare och arbetsgivare.

I dagsläget är målet att koncentrera samarbetet främst till läkare på vårdcentral och till s.k. offentliga arbetsgivare, dvs. stat, landsting och i första hand kommuner.

Avsikten är att försöka bidra till att ändra läkarnas sjukskrivningsmönster och att skapa intresse hos arbetsgivarna – hjälp till självhjälp – för hur man skall kunna gå tillväga för att minska sjukskrivningslängden och därmed öka närvaron på arbetsplatsen.

Dialogen är ett av sammanlagt åtta delprojekt inom Prohälsaområdet. Detta var i sin tur från början ett projekt som år 2001 initierades av kassornas direktörer och FKF, försäkringskassoförbundet, i form av en rehabiliteringsoffert, ett erbjudande, till dåvarande socialministern om att leverera metoder som skulle kunna bidra till att minska sjukfrånvaro och ohälsa.

Projektet fick namnet **Prohälsa** och gjordes så småningom om till ett samarbetsprojekt mellan försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket, RFV. Från och med början av januari 2003 och för överskådlig tid framåt, dvs. de närmaste kanske 4–5 åren, finns det som Prohälsaprojektet har levererat i linjen på RFV – som ett särskilt program inom en enhet.

Denna rapport

Den här rapporten är resultatet av en kombination av en intervju- och enkätundersökning. Båda genomfördes under våren 2003. Intervjuerna omfattar totalt 49 personer; hälften av dessa intervjuades ”öga mot öga”, den andra hälften per telefon. De som intervjuades personligen var dels dialogförare, dels arbetsgivar- och vårdgivarrepresentanter.

Ungefär hälften är dialogförare, en dryg fjärdedel är arbetsgivare och en knapp fjärdedel hör till vårdgivargruppen, dvs. huvudsakligen läkare. Dialogföarna var såväl kassahandläggare som försäkringsläkare inom/åt kassan. Intervjuer med alla tre grupperna, dvs. dialogförare, arbetsgivare och vårdgivare genomfördes i Lidingö, Järfälla och Nynäshamn inom Stockholms län samt i Gävle och Örebro i respektive län, dvs. Gävleborg och Örebro.

De här länen besöktes för att stämma av resultatet av intervjuer med personer i de olika Stockholmskommunerna. En del av telefonintervjuerna genomfördes med personer från dessa två län; huvuddelen av samtalen på telefon ägde dock rum med personer runt om i Sverige, bl.a. från Halland, Gotland, Västra Götaland, Dalarna, Västernorrland, Norrbotten, Kalmar och Jönköpings län. Här blev det fråga om att stämma av intervjuresultaten från Stockholm, Gävleborg och Örebro. Frågeområdena för intervjuerna redovisas som bilaga 1 i slutet av rapporten.

Tre enkäter konstruerades och distribuerades till samtliga län. En enkät riktade sig specifikt till aktiva dialogförare. Av övriga två enkäter besvarades en av olika arbetsgivare och den andra av vårdgivare.

Totalt besvarades de tre enkäterna av 326 personer. Av dessa var 115 dialogförare. Vårdgivarenkäten besvarades av 127 personer och enkäten till arbetsgivarna fick svar från sammanlagt 84 personer.

De tre enkäterna redovisas som tre separata bilagor (3–5) i slutet av denna rapport.

Större delen av intervjuerna ägde rum under perioden mitten av mars t.o.m. mitten av maj. Några uppföljande intervjuer genomfördes efter resultaten av enkätbearbetningen. Enkäter skickades ut i april med retur under maj månad och bearbetades statistiskt på RFV under sista hälften av juni. I bilaga 6 finns diagram som är ett resultat av denna bearbetning.

De två undersökningarna, den kvalitativa, dvs. intervjuundersökningen och den kvantitativa, dvs. enkätundersökningen, redovisas dels separat dels i jämförande syfte i denna rapport. I den första hälften av rapporten finns resultaten från intervjuerna i form av beskrivning, analys och utvärdering. Motsvarande gäller för enkätundersökningen som alltså redovisas i början av rapportens andra hälft.

Slutsatser och rekommendationer i slutet av rapporten är en sammanvägning av resultaten från båda undersökningarna.

Poängen med Dialogen

När någon talar om Dialogen kan han eller hon mena antingen *Dialogen som utbildning* eller hur denna utbildning sedan har använts under den utvecklingsprocess som nämnts ovan. Detta skede skulle kunna kallas *Dialogen i praktiken*. De som utbildats arbetar som *dialogförare* med ett antal olika grupper eller grupperingar i olika organisationer – i regel utanför kassan – i en rad vitt skilda situationer.

De dialoger man fört hittills har varit med arbetsgivare inom offentlig sektor till största delen kommuner men också en del landsting och någon enstaka privat arbetsgivare. Vidare har man haft Dialoger med vårdgivare – i regel läkargrupper på olika vårdcentraler eller läkarmottagningar. Och detta var helt i linje med intentionerna, att uppdraget för delprojektet skulle rikta sig till två huvudgrupper – nämligen just arbetsgivare och vårdgivare.

Dialogen som utbildning är i allt väsentligt en utbildning i konsultativt förhållningssätt med främsta syftet att användas praktiskt som ett förändringsinstrument i mötet med olika samhälls- och rehabiliteringsaktörer på olika nivåer och i olika organisationer. Och då gäller det också att komma ihåg varför man egentligen vill påverka: ”Syftet med Dialogen var att medvetandegöra den stora ohälsan”.

Själva instrumentet är dialogföraren i form av hans eller hennes förhållningssätt, arbetssätt och metod. För kassornas del har Dialogen i sig kommit att bli dels ett instrument för deras förebyggande arbete, dels också ett verktyg för att relativt snabbt – via just arbetsgivaren och vårdgivaren – kunna korta pågående sjukskrivningar, speciellt om dessa börjar likna långtidssjukskrivningar. Det man lär sig, får insikt i under utbildningen – mer om denna nedan – är främst som en dialogförare uttryckte det: ”Att man lyssnar in och försöker förstå deras sida av saken och sedan kan utgå från deras situation”.

Och med ”deras sida” menas just vårdgivare och/eller arbetsgivare. Att lyssna och förstå vad som sägs samt att dessutom försöka förstå den andres situation står enligt många i bjärt kontrast till hur kassorna tidigare försökte samarbeta med andra aktörer.

Då gällde det att försöka sprida så mycket information som möjligt och ofta på ett ganska traditionellt, ibland auktoritärt, sätt som kanske inte direkt gynnade samarbetet: ”Vi talade om vad som gällde, läste lagen skulle man kunna säga, och avslutade ibland med en förmaning till läkarna: Nu måste ni tänka

på att inte sjukskriva mer än så här mycket under sommaren”. Att attityden eller förhållningssättet i många fall kom till uttryck på ungefär detta sätt håller i stort sett samtliga dialogförare med om: ”Jag talade om vad som gällde och hade papper på vad jag ville ha fram”.

Och ytterligare en röst vittnar om en likartad inställning till hur andra aktörer kunde behandlas: ”Då körde vi hårt med envägsinformation och avslutade med: Inga frågor, va?”

Nu gäller det att kunna arbeta på ett sätt som innebär mera av lyssnande och gemensamt problemlösande än man kanske varit van vid inom kassans kultur. Detta innebär att kunna lägga band på sin egen otålighet och vilja att prestera något väsentligt så snabbt som möjligt, dvs. något som fortfarande finns som ett kännetecken på en högpresterande handläggare. Motsvarande ”Bror Duktig” syndrom finns enligt många – handläggare och försäkringsläkare – mening också inom läkargruppen.

Vilket kan betyda att det skulle kunna bli en framtida konkurrens mellan kassahandläggaren och försäkringsläkaren i stället för ett samarbete kring Dialogen. Förhoppningsvis har dock själva andan i utbildningen hittills förhindrat att något sådant inträffar i alltför stor utsträckning. Några samarbetsövningar mellan just dessa två grupper – där var och en alltså har representerat en profession fanns dock inte som ett speciellt inlag på utbildningen.

Däremot fanns rollspel där handläggaren fick möta en eller flera ”läkare på vårdcentral” samt dessutom rollspel där handläggaren och/eller försäkringsläkaren mötte ”politiker” på olika nivåer inom tänkta kommuner och lands-ting. Vidare fick man öva i att möta större grupper och få erfarenhet av att gruppdynamiken förändras med gruppstorleken. Den samlade effekten av utbildningen verkar ha blivit att man lyckats relativt bra med samarbetet på fältet.

Det nya förhållningssättet, se nedan – som ibland kallats för *transitionellt* – innehåller också starka komponenter av just samarbete i stället för konfrontation.

Något förenklat är det möjligt att illustrera skillnaden mellan tidigare och nuvarande förhållningssätt, mellan förr och nu, genom s.k. motsatspar – se tabell:

Tabell 1 Ett sätt att illustrera skillnaden mellan tidigare och nuvarande förhållningssätt hos de som skall arbeta som dialogförare. Det som listas under "Nu" kan sägas bilda kärnan i ett konsultativt förhållningssätt

<i>Förr</i>	<i>Nu</i>
Envägsinformation och envägskommunikation	Lyssna och fråga sig fram
Förmana	Föreslå
Instruera	Invänta
Detaljkontrollera	Ok att själv bli påverkad
Frågar: Vad blir lösningen?	Frågar: Vad är <i>egentligen</i> problemet?

Fram tonar bilden av något som till stora delar är motsatsen till ett konsultativt förhållningssätt (tabellens vänsterkolumn) jämfört med hur man jobbar i dag: "Vi försöker få fram vad de har för synpunkter och önskemål, vilka problem som finns i deras verksamheter".

Och insikten om att man nu kan arbeta på ett helt annat sätt tillsammans med övriga aktörer väcktes hos många framtida dialogförare under utbildningen. Man skulle kunna säga att det är nu man får den fulla insikten att det är fullt möjligt att förändras så mycket att man själv mäktar ta steget från förr till nu.

Dialogen i utbildning

Så här kunde man – ett antal månader efteråt – komma ihåg ett av huvudmålen med Dialogutbildningen: ”Det som vi dialogförare skall göra, är att få andra att ändra sig”. Detta kunde man påstå med utgångspunkt i att utbildningen gång på gång betonat att för att kunna hjälpa till att förändra andra så måste man först och främst ha förmågan att själv kunna förändras. Och detta är något som det är tänkt att man skall komma underfund med på utbildningen.

Kravet på deltagarna – enligt handledarna – är bl.a. att: ”Är du med på utbildningen så har du tackat ja till en förändringsprocess men det är du som måste förändras; jag som handledare finns med som resurs”.

Ett av målen med utbildningen blir då att hos var och en av deltagarna väcka sådana självinsikter att man utifrån dessa kan förstå *vad* man måste förändra, finslipa hos sig själv samt också på vilket sätt – *hur* – man kan göra detta. Så här beskrev man (2002-12-23) från delprojektet övriga övergripande mål för dialogförarutbildningen:

”Utbildningen utgår från transition och effektiv inläring. I pedagogikdelen ingår bland annat praktisk pedagogik, dialog som instrument samt återblick. Utbildningen ger teori, träning, tips och råd i hur man bättre får ett gemensamt förhållningssätt och får en struktur att växa fram samt kompetens att praktiskt förstå hur man för en dialog så att den bidrar till förändringsprocessen. Utbildningsmodellen utgår från tre grundstenar; vardagsarbetet, effektiv inläring och lösningsteknik”.

Man skulle kunna säga att utbildningen är tänkt att ge var och en som är mottaglig för förändring och dessutom vill förändras insikter i hur man kan *använda sig själv* som ett medel för att *bli ett stöd åt andra* i deras förändring. Det är detta som ibland kallas för ett *transitionellt förhållningssätt*: ”Transition betyder att du kan inte vara som du alltid har varit”.

För att kunna bli ett stöd åt andra i deras förändring måste du med andra ord själv ha gått igenom en förändringsprocess så att du kan se på vilket sätt du kan vara just ett stöd åt de personer, grupper eller organisationer som du senare skall hjälpa genom deras egen förändring.

Att förändras betyder då – i viss mån – att *kunna och vilja* transformeras, att omvandla sina tidigare attityder och uppfattningar till något som är kvalitativt

skilt från det förhållningssätt man haft tidigare. Man har då tillägnat sig förmodligen att kunna förändra sitt eget tänkande.

Själva transformationen äger rum mellan början av utbildningen och fram till den s.k. transitionen eller övergången till den egentliga förändringen. Detta har fått namnet *transitionsögonblicket* och är det ögonblick av insikt där man kan se sina tidigare uppfattningar och attityder i ljuset av en ny förståelse (mer detaljerat om just transitionsögonblicket finns längre fram i rapporten – i slutet av avsnittet ”*Olika resultat: Vad dialogföraren såg och inte såg*”).

Förändringen av det egna förhållningssättet innebär också att man börjar kunna förnimma och förstå sin egen förändring, bl.a. genom att man övat sig i att reflektera kring på vilket sätt man har arbetat. Det gäller med andra ord inte bara *vad* man har gjort utan också *hur* man har gjort det. Reflektionen äger ofta rum i form av återblickar, s.k. backspeglar.

Här skiljer man på *uppgift ett* och *uppgift två*. Uppgift ett innebär att klara jobbet – *vad* som måste göras – och uppgift två kan sägas vara en analys eller en reflektion kring *hur* jobbet blev gjort, men också *vad* som saknas i jobbet samt *hur* man kan förbättra det; en sorts början till en kvalitetsutveckling men med ett bredare anslag. En frågeställning som återkommer på utbildningen är t ex.: ”Vad är det du inte gör av det som vi pratat om?”

Anslaget är bredare eftersom det kan vidgas till att omfatta också en granskning och ett ifrågasättande av de (dominerande) värderingar som kännetecknar den egna organisationen och – i jobbet som dialogförare – också det egna arbetssättet.

Det som ibland kallas för *transition* – med rötter i efterkrigstidens brittiska psykologi och psykoanalys – beskriver själva vägen till förändring. Först och främst gäller det att skaffa sig ett inre utrymme. Detta kallas för personens *potentiella utrymme* och det är själva utvidgandet av detta som uppnås genom återblickar och reflektion. Här skapas på ett inre plan både förändringsbenägenhet och förändringsberedskap. Vi har nu kommit fram till stadiet strax innan förändringen äger rum. Därmed finns också de mentala förutsättningarna på plats för en transition dvs. en grundläggande – och ibland omskakande förändring.

En sådan äger rum när personens inre utrymme blivit så stort att det klarar av att införliva – internalisera – förändringarna i omvärlden. Med införlivandet följer en omstrukturering av de egna mentala processerna; det är då man börjar ifrågasätta sig själv. En självrannsakan börjar.

Denna ger som resultat att personen förändrar delar av det egna tänkandet och förhållningssättet *så att detta blir mera funktionellt* när hon eller han själv ska förändra sin omvärld, t.ex. skeenden i den egna organisationen. Också beteendet ändras – och då bekräftar man inför sig själv att man faktiskt *har* förändrats. Ur denna synvinkel är det transitionella förhållningssättet snarlikt det som man ibland inom området samtalmethodik har kallat för ett *kognitivt förhållningssätt*, dvs. att man har förmågan att via reflektion, diskussion och eftertanke skapa de förutsättningar som kan behövas för en förändring och en personlig utveckling.

Så följande gäller för att kunna förändra attityder under en Dialog: Det är när en dialogförare förstått, upplevt och själv fått erfarenhet av hur viktig expansionen av det inre – potentiella – utrymmet är för att åstadkomma en början till förändring som dialogföraren själv kan förändras. Samtidigt förstår man då som dialogförare att det är just detta som är grundbulten i all förändring, dvs. det är just detta som behövs för att också andra ska kunna förändra sitt förhållningssätt.

För en organisation får detta synsätt konsekvenser för hur man skall arbeta med den egna förändringen: Innan man startar måste man se till att det potentiella utrymmet – mognaden – för att ta emot en förändring blivit tillräckligt starkt hos var och en av olika chefer och medarbetare.

Låt oss summera hur man når fram till det som kallas för *transitionellt förhållningssätt*:

- Det börjar med återblickar och reflektion. Här krävs ett tidsutrymme.
- Reflektionen utvidgar det egna inre mentala utrymmet. Man blir känslig för att förändras.
- Därmed finns förutsättningar för att transitioner i omvärlden kan få sina mentala motsvarigheter.
- Det är när man kan omvandla yttre transitioner, grundläggande förändringar i omvärlden till inre mentala transitioner som man har tillägnat sig ett transitionellt förhållningssätt. Detta sker under det som någon inom denna psykologiska skola har kallat för *transitionsögonblicket*.

I korthet kan vi nu dra slutsatsen att när man fått förmågan att omvandla yttre förändringar till inre så har man också fått en anpassningsmekanism till förändringar som gör att man inte längre på olika sätt undviker förändringen.

Och därmed kan man också lättare hjälpa andra genom förändringar. Det är då också enklare att arbeta som s.k. förändringsagent i en organisation.

Man ser inte längre ”såsom i en spegel” (dvs. dunkelt) utan kan klarare än tidigare nu se att organisationen kan förändras enbart om det finns en tillåtelse att ifrågasätta de värderingar som bär upp företagskulturen i organisationen.

Poängen är, att har man väl tillägnat sig ett s.k. transitionellt förhållningssätt så är man inte rädd för att ifrågasätta organisationens grundläggande och dominerande värderingar. Tvärtom förstår man att det är endast genom att förändra dessa som man kan förändra den organisatoriska strukturen och därmed de psykologiska processer – information, kommunikation, relationer – som bär upp kulturen.

Men man behöver *sanktion* eller tillåtelse. Och detta kan man få från cheferna och/eller ledningen. Svårigheten blir naturligtvis att få chefer att inse detta, speciellt om de i sin tur är vare sig förändrings- eller utvecklingsbenägna. Lösningen är förmodligen att utbilda också chefer i Dialogen – och att de därmed förhoppningsvis också kommer att tillägna sig det förhållningssätt som leder till transition.

Men också cheferna behöver tillåtelse – något som för oss vidare upp i organisationens hierarki. Slutsatsen blir att det är först när de högsta cheferna förstår, kan och vill tillämpa ett transitionellt förhållningssätt som en organisation i verklig mening uppnår förmågan till ständig förändring och utveckling.

Därmed skulle man kunna likställa ett transitionellt förhållningssätt med det – konsultativa – förhållningssätt som bör känneteckna personer som arbetar i en s.k. *lärande organisation*. I en sådan är det ju också frågan om att det finns en tillåtelse att ifrågasätta organisationens normsystem, det som ”sitter i väggarna”. Frågan blir då: Vad skiljer en lärande organisation från en vanlig organisation?

Svaret är att en lärande organisation har passerat ett par utvecklingsnivåer innan själva lärandet i vardagen har infunnit sig. Den första nivån, startnivån eller initialfasen kallas ibland för nollinlärning. De två följande har fått beteckningarna inlärning av första resp andra graden.

Så här beskrivs ofta de tre utvecklingsnivåerna för en lärande organisation:

Nollinlärning. Kallas också ”single-loop learning” för att poängtera att man i en organisation går i cirklar eller trampar vatten därför att man är sina egna värderingars fånge, man sitter fast sin egen företagskultur och kan inte utvecklas på grund av just detta. Man kan inte heller se att man sitter fast

eftersom det ofta är informellt förbjudet att ifrågasätta olika värderingar i organisationen.

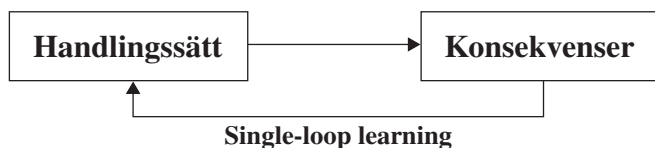
Man ser t.ex. normer och ledarskap som något självklart – som inte går att förändra – och förstår därmed inte heller orsakssambanden mellan dem och de handlingssätt och förhållningssätt som är tillåtna eller otillåtna i organisationen.

Inlärnin g av första graden. Den här nivån likställs med ”double-loop learning”. Nu förstår man hur det hela hänger ihop, dvs. på vilka olika sätt dominerande värderingar och normer i den egna organisationen styr egna och andras agerande eller beteende. En sådan förståelse kännetecknas ofta av flera aha-upplevelser. Något liknande inträffade för flera av dialogförarna på utbildningen och gav hos någon följande insikt: ”I dag försöker vi med Dialogen att bjuda in till en stor öppenhet; om kassan begränsar sig så begränsar vi andra”.

Inlärnin g av andra graden. Det är denna nivå av inlärnin g, förståelse och utveckling som populärt brukar kallas för ”lärande organisation”. På denna nivå börjar man i organisationen att aktivt ifrågasätta de egna värderingarna och normerna. Detta sker på ett öppet och konstruktivt sätt. Då skapar man också nya grundläggande förutsättningar för att kunna lära om. Dessutom sker nu – som en konsekvens av ifrågasättandet – också en påtaglig förändring av värderingarna, normerna och det egna ledarskapet.

Resonemanget ovan om det som – i brist på bra översättning – kallas för *single-loop learning* kan illustreras så här:

Figur 1 I s.k. *single-loop learning* ser man bara att vissa handlingssätt får vissa konsekvenser

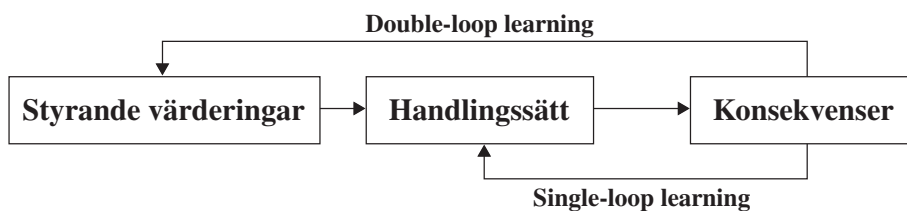


Här kan man se att det sas bara finns en enda inlärnin gsslinga, som man dessutom inte kan komma ur. Man är på sätt och vis i samma situation som en fisk som inte kan veta eller förklara vad vatten är egentligen, inte förrän någon berättat det eller den själv har upplevt det.

En sådan upplevelse kan man däremot få vid en s.k. *double-loop learning*. Här finns nämligen två inlärnings- eller återföringsringor. Och i och med detta får man nu ett djupseende, som gör att det blir möjligt att förstå varför personer i den egna organisationen resonerar, känner och beter sig som de gör. Liksom fisken plötsligt kan se och förstå vad vatten är, kan man nu urskilja sin egen företagskultur.

Detta illustreras i nästa figur:

Figur 2 Vid double-loop learning kan man också spåra konsekvenserna av handlingar och beteenden till de styrande värderingarna



Och under dialogföreläsningarna börjar man mer och mer inse hur saker och ting hänger ihop i den egna organisationen och kan då också – i en del fall – förstå på vilka sätt man måste förankra arbetssättet och rollen som dialogföreläsare i den egna kassan *innan* man går ut och börjar arbeta med dialoger på olika arbetsplatser. Man har tillägnat sig en sorts dubbelseende som gör att man nu kan se den egna – och inte minst medaktörernas – organisationer i en annan belysning.

Sammanfattningsvis, den teorivärld ur vilken Dialogenutbildningen hämtat inspiration är kanske mest känd som lärande organisation. Lärandet inträffar när man går från en nollinlärning till en inlärning av första och – så småningom – andra graden. Detta är – i transitionella termer – att likställa med att man arbetar parallellt med *uppgift ett* och *uppgift två*, dvs. med såväl *vad* som *hur*. Det är när man klarat detta – under en längre tid – som man kan sägas ha tillägnat sig ett transitionellt förhållningssätt.

Reflektionen höjer ju eller utvidgar potentialen för förändring och då kan man förvandla yttre förändringar till inre och mentala. Därmed har man också fått förmågan till en fortlöpande eller ständigt pågående personlig utveckling.

Vi återkommer till *Dialogen som förhållningssätt* i nästa avsnitt. Först några ord om metod och pedagogik under utbildningen.

I korthet kan Dialogförarutbildningens *metodik* karaktäriseras som i huvudsak aktiverande och *pedagogiken* som upplevelsebaserad och dialoginriktad, s.k. *dialogpedagogik* (mer om dialogpedagogik i avsnittet om ”Dialogen i praktiken”). Detta gäller speciellt de två sista dagarna – av totalt tre – under utbildningen enligt de allra flesta av de intervjuade dialogförarna.

Den första dagen – den s.k. faktadelen av utbildningen – ägnades åt den information som skulle föras ut till de olika arbetsgivarna och vårdgivarna. Här fick alla deltagare en pärm med ett innehåll som var detsamma för hela landet, t.ex. statistik om hur mycket sjukskrivning och ohälsotal hade ökat samt en enkel beräkningsmodell (för arbetsgivarna) om hur mycket man kan förlora på var och en som är långtidssjukskriven, en s.k. kalkylmodell (se www.forsakringskassorna.se). Pärmen innehåll kan sägas ha gett inriktningen om *vad* som är viktigt att poängtera och prioritera och är också möjlig att ge en lokal inriktning, t.ex. sjukskrivningsstatistik för varje enskild vårdcentral – något man klarat av tidigt i t.ex. Hallandskassan – eller information om s.k. *rehabiliteringsgaranti*, något man lagt till i pärmar för dialogförarna inom Stockholmskassan. Innehållet för de olika pärmar, för arbetsgivare resp. för vårdgivare finns redovisat som bilagor i delprojektets slutrapport till Prohälsa i december 2002 (se litteraturförteckning).

Hur man skulle arbeta med att informera på ett annat sätt än tidigare, dvs. inom ramen för en dialog var ämnet för återstoden av kursen dvs. resterande två dagar som alltså utgjorde pedagogikdelen av utbildningen.

Här finns i viss utsträckning ett dilemma inbyggt redan från början, något som man pekat på under utbildningen och som snart skulle bli uppenbart för de dialogförare som så småningom började arbeta med *Dialogen i praktiken*.

Pärmen är omfångsrik; det är med andra ord ganska många olika områden som man från kassavärlden tycker att övriga aktörer bör informeras om. Den tid man fick till förfogande var däremot ganska kort, upp till en och en halv timme och knappast mer. Blott en mindre del av informationen i pärmen var möjlig att föra ut på denna tid om handläggarna från kassan och/eller försäkringsläkarna skulle arbeta som dialogförare.

Så relativt omgående blev man ställd inför ett val. Antingen föra ut mycket information på kort tid med hjälp av tidigare förhållningssätt – se vänsterkolumnen i tabell 1 (sid 13) – eller jobba som dialogförare med ett annat förhållningssätt, det transitionella, men då bara lyckas med att föra ut en bråkdel av informationen.

I och för sig hade man som nämnts ovan redan under utbildningen (se rapport Dialogförarutbildningen, delprojekt 8, Prohälsa 2002-12-23, sid 5) tagit upp tre områden i pärmen som en dialogförare framför allt borde prioritera utifrån en del träffar och diskussionsmöten med vårdgivare:

..en dialog bör innehålla ohälsostatistik både på nationell och lokal nivå, Försäkringskassans uppdrag och de möjligheter Försäkringskassan kan bidra med i rehabiliteringsarbetet. Att visa goda exempel och informera om nyheter inom SFA.

Och för arbetsgivare gällde det att prioritera på motsvarande sätt – att föra ut minimum tre områden från pärmen så att en Dialog skulle:

..innehålla ohälsostatistik både på nationell och lokal nivå, Försäkringskassans uppdrag och arbetsgivarens ansvarsområde. Att visa på kostnadskalkyler och goda exempel.

Men för att fullt ut förstå dilemmat måste vi först beskriva de sista två dagarna av utbildningen, just de som handlar om ett annat förhållningssätt och en annan metod för att föra ut information, dvs. det som vi tidigare har kallat konsultativt eller transitionellt.

Det många pekat på är att utbildningen här har en praktisk inriktning, att man fått en grundläggande insikt i vad man måste behärska för att kunna hålla en dialog med en arbetsgivare eller med en grupp läkare på en vårdcentral. De som kom till utbildningen hade anmält sig till en av två möjliga grupper; i den ena utbildades dialogförare för vårdgivare, i den andra för arbetsgivare. Ibland blandades grupperna för vissa uppgifter, t.ex. vid presentationer som kunde röra vad som borde förankras i den kassa man kom ifrån.

Parallellt har man också börjat förstå på vilket sätt man själv måste förändras för att kunna arbeta på ett trovärdigt sätt som dialogförare. Ur denna synvinkel har utbildningen – för en del av deltagarna – också blivit en kurs i personlig utveckling. Man har börjat förstå att man måste förändras inom ett antal områden för att kunna behärska rollen som dialogförare; för flertalet har dessa inre krav inte varit oöverstigligen. För en del har de varit närmast självklara, medan andra – upp mot 20 procent – har valt eller fått välja bort att inte arbeta som dialogförare efter utbildningen.

Man har tillägnat sig sina olika nya insikter och förståelser som en följd av att utbildningen i mångt och mycket är en *kombination mellan handledarens agerande* och några olika *teman och tankefigurer*. Dessa smälter ihop med och förstärker handledarens agerande. Detta syftar i sin tur till att i rummet –

det som i gruppdynamiska sammanhang ofta kallas "här och nu" – kunna förmedla en uppfattning om vad som kännetecknar ett konsultativt eller transitionellt förhållningssätt.

Med andra ord: Ett bra föredöme från handledarna i kombination med en praktiskt inriktad teori någorlunda väl avvägd för den framtida uppgiften som dialogföreläsare tycks ha varit avgörande för att utbildningen fick – som det skulle det visa sig – avsedd effekt.

De teman man arbetat med har bl.a. varit dels vad som främjar inläring, dels vad var och en bör tänka på för att få till stånd en lyckad dialog. Teman har diskuterats i olika grupper på utbildningen, i s.k. bikupor samt i storgrupp, dvs. alla i utbildningsgruppen, i regel runt 30 personer.

Man har redovisat resultaten av gruppövningarna inför hela gruppen, här har det skett en dialog med handledaren som lagt till vad som eventuellt saknats. Resultatet har blivit inläring genom diskussion av arbetsuppgifterna som dialogföreläsare samt också diskussion kring hur man själv förhåller sig till dessa arbetsuppgifter.

Exempel på teman är:

- Skillnaden mellan att lära ut och att lära in; här kan man framhålla att olika personer har olika inlärningsstilar och att man som handledare – och dialogföreläsare! – måste kunna arbeta på olika sätt med olika personer och grupper.
- Vad som främjar inläring, t.ex. motivation som kan väckas av att vi blir berörda känslomässigt, egen aktivitet eller delaktighet samt att det som avhandlas är mera konkret än abstrakt, att det är individrelaterat, dvs. relaterat till varje person i utbildningsgruppen samt att man reflekterar i form av återblickar, s.k. backspeglar, kring vad man lärt sig.

De olika tillstånd och aktiviteter som främjar inläring är sedan möjliga att samla i en tankefigur som gör det möjligt att komma ihåg dem, på följande sätt, enligt anteckningar från dialogföreläsare:

Motivation – beröra

Aktivitet – delaktighet

Konkret – något verkligt som berör

Individ – något som känns igen

Reflektion – en återblick

Begynnelsebokstäverna för orden i vänsterkolumnen bildar ordet **MAKIR**, och skall, är det tänkt, som en sorts tankefigur underlätta inläringen. En annan, kanske något mer lyckad tankefigur är förkortningen **DADA**, som gav åtminstone några dialogförare en aha-upplevelse.

Detta förde i sin tur med sig att man kunde tillämpa den princip som figuren står för när man senare arbetade med Dialogen i praktiken:

D = Definiera problemet

A = Acceptera problemet

D = Definiera lösningsalternativen

A = Acceptera lösningen

Det här är alltså ett sätt att arbeta med att lösa problem; tankefiguren hjälpte den som kommer ihåg den att dessutom minnas det som man nu började förstå på utbildningen; ”Det gäller att lägga större delen av tiden på *det första DA*; och jobbar man på det sättet kan det hindra kassan att gå tillbaka till gamla sätt att lösa problem”. Vilket alltså innebär att man har lagt väldigt lite tid på första DA och mycket tid på DA nummer två, dvs. att hitta lösningar.

När utbildningen gav den här typen av upplevelser så färgade det helt naturligt bilden av hela utbildningen: ”Den var väldigt bra – borde vara en del i en standardutbildning för de som jobbar med ohälsa. Speciellt DADA-metodiken har satt sig i ryggraden”.

Just denna metodik är en direkt utlöpare från den transitionella idévärlden; om man inte skapar tid för reflektion redan i början av en problemlösning så hamnar man automatiskt i förhastade lösningar och dömer sig då till att acceptera ett tillstånd av ständiga korrigeringar. För länge sedan brukade man i jordbruks- och hantverks Sverige förmedla samma erfarenhet genom att säga att ”Det som inte görs bra från början, är inte värt att påbörja”. Med andra ord och lite kortare: Tänk efter före. Just här kan vi se att de olika teman är ganska väl relaterade till de mål, som nämnts tidigare, nämligen vardagsarbete, effektiv inläring och lösningsteknik.

En annan metodik, som väl innehåller mera av allmänpedagogiskt tankegods har att göra med rekommendationen att disponera ett Dialogenmöte i tre delar och försöka tänka på lite olika saker under var och en av delarna. Dispositionen är relativt välbekant – från uppsatsskrivning t.ex. – och de tre delarna kallas också för *inledning*, *avhandling* och *avslutning*.

Men innan mötet äger rum med en arbets- eller vårdgivare och där man alltså skall arbeta med Dialogenmetoden har man från många kassor skickat ut ett brev med information. Detta kan ha gått ut till några stora arbetsgivare i länet, t.ex. till kommunernas ledningsgrupper. Motsvarande gäller för vårdgivarna, här har också informationen gått ut till personer i ledningen med uppmaning att de skall sprida den vidare ner i organisationen, inte minst till vårdcentraler och läkare.

I Stockholmskassan valde man att låta kassans direktör gå ut med en uppmaning och en information till landstingets sjukvårdsdirektörer om att kassan ville starta en dialog med samtliga länets vårdcentraler.

I detta informella brev (daterat 2002-10-17) kunde man bygga vidare på ett samarbete kring att införa en gemensam rehabiliteringsgaranti som redan påbörjats.

Man hänvisar från kassan att man nu dessutom har ett uppdrag från regeringen att starta en dialog med vården om sjukskrivningar och rehabilitering och att bakgrunden är ”de senaste årens kraftiga ökning av sjukskrivningarna”.

Utifrån detta menar man att man måste träffas för att diskutera ett samarbete, bl.a. om hur man bör utforma läkarintygen och fortsätter sedan:

”I Försäkringskassan har vi utarbetat ett nytt IT-stöd för läkarna, SOLID, som skall hjälpa dem att på ett effektivt sätt hantera intyg. IT-stödet innehåller också en uppslagsdel inom försäkringsmedicin. Att allt fler blir sjukskrivna är en utveckling som måste vändas. Samtidigt måste de som är sjukskrivna ges möjlighet att komma tillbaka till arbetet. Försäkringskassan vill utveckla dialogen med arbetsgivare och vården. De som måste bli sjukskrivna ska på ett tidigt stadium få den hjälp de behöver.”

Den här informationen kom ut till länets alla vårdcentraler, väckte en viss nyfikenhet (information om Solid finns på www.fkf.se) och skapade givetvis också förväntan på ett bra samarbete med kassan. Så det gällde för dialogförarna att vara väl förberedda. En god strategi visade sig vara att – innan man började ringa runt till olika vårdcentraler – förbereda sig genom att tänka igenom vilket mål man hade med den första Dialogen.

Samt hur man då borde strukturera det första mötet genom att tänka på hur man borde inleda, vad som skulle avhandlas och till slut hur man kunde avsluta. Även om det inte var helt lätt att boka möten med vårdcentraler med så många läkare som möjligt närvarande: ”Vi hade stora problem att komma ut”.

Tillbaka till uppläggningsen av Dialogen: Under *inledningen* bör dialogföreläsaren – enligt utbildningen – bl.a. presentera sig själv och syftet med mötet men också se till att alla presenterar sig för varandra, en s.k. presentationsrunda. Man bör skaka hand med alla på mötet och inleda genom att helst knyta an till något aktuellt. Därefter kan det vara lämpligt att förklara vad Prohälsa (se sidan 8 i denna rapport) är för något samt att satsningen på Dialoger runt om i länet – och i hela landet – är en del av denna större satsning.

Sedan kan det vara dags att fråga vad gruppen vill diskutera och att ur sin pärm ta fram det som närmast ansluter till ämnet för diskussionen. Man kan också visa statistik som beskriver läget på ohälsfronten.

Vidare gäller det att tänka på att låta alla komma till tals genom att använda någon enkel pedagogisk teknik, t.ex. att gruppen får ta ställning till någon information genom att man får ge synpunkter i tur och ordning, s.k. laget runt eller ordet runt.

En viktig synpunkt är att man bör kunna klara av att använda energin i gruppen och att denna så småningom kanaliseras i ett fruktbart samarbete.

Nyckelord för inledningen är *frigörande av energi*.

Under den del av Dialogen som kallas för *avhandling* kommer reflektionen in i form av frågor som uppmuntrar till diskussion och till eftertanke samt därefter – som en naturlig följd – också till delaktighet. Här gäller det bl.a. att som dialogföreläsare få grepp om mötet och se till att det blir en talarordning som man själv rör över. Det här är ett ganska enkelt sätt att sas erövra ledarskapet i grupper. Man går från ett informellt ledarskap som den som kallat till mötet över till den person som faktiskt och formellt leder det. Som dialogföreläsare skaffar man sig då ett i alla fall tillfälligt ledarskap över den grupp man möter, antingen nu denna består av en grupp läkare eller en kommunledning. Här blir det viktigt att kunna hantera detta tillfälliga ledarskap så att klimatet blir behagligt och så att delaktigheten ökar. Annars blir det svårt att få till stånd ytterligare en Dialog som en uppföljning av den första, något som väl får anses vara ett minimalt mål och ett minimieresultat för en Dialogensatsning.

Nyckelord för avhandlingsfasen är *kanalisering av energi*.

Detta, att boka ett uppföljningsmöte är för övrigt något som bör föras till den sista fasen för mötet, *avslutningen*. Här bör dialogföreläsaren klara av att sammanfatta vad som har sagts på mötet och vilka beslut som tagits, kanske få accept på en lösning på ett problem som diskuterats men också under en sista laget – runt-runda ta reda på vad var och en har fått ut av mötet samt hur man

önskar gå vidare. Här går man alltså i transitionella termer över från uppgift 1 till uppgift 2, dvs. till den del som är själva poängen med Dialogen. Missar man detta har man också missat en utvecklingsmöjlighet både för sig själv och för övriga. Därför gäller det att planera för när man ska avrunda så att detta får börja ett antal minuter innan laget runt och att man sett till att anslå minst 15–20 minuter till uppgift 2. Tänk på att detta ju är den allra viktigaste uppgiften.

Om ett nytt möte bokas så gäller det att få någon form av beslut på vem som gör vad till detta möte och vilka övriga kontakter som bör tas under mellanperioden. Att ett uppföljningsmöte blir bokat är givetvis ett viktigt resultat; ännu viktigare är dock det som arbetsgivaren eller vårdgivaren kan förbinda sig att åstadkomma redan efter ett första möte eller kanske som en följd av att man redan avsatt tid för ett uppföljningsmöte.

Ytterligare ett resultat är alltså att det blir en överenskommelse eller kanske t.o.m. ett kontrakt om vad man måste göra tillsammans och vem som blir ansvarig för olika delar inom kassan och hos vård- eller arbetsgivaren. Mer om den här typen av resultat nedan i avsnitten om ”Dialogenmetoden i praktiken” och ”Vad dialogföraren såg och inte såg”. Det är med andra ord viktigt att avslutningen inte bara blir en avrundning av mötet utan i stället en start för en fortsättning, t.ex. i form av ett beslut om en ny inriktning. I själva verket kan man få ett mått på den egna förmågan som samtalsledare eller dialogförare genom att observera hur ivrigt – eller motvilligt – läkarna eller ”personal-människorna” eller kommunledningen avsätter tid för ännu ett möte. Och det är tillämpningen av uppgift 2 som skapar energin för nästa möte. Utan energi ingen motivation och utan motivation inga resultat.

Nyckelord för avslutningen är *fokusering av energin*.

Sammanfattningsvis: Vad som ovan har beskrivits är alltså i stora drag vad olika dialogförare uppfattade som viktigt i utbildningen; vad man kom ihåg att man hade nytta av när man sedan genomförde de egna Dialogerna. Några har framhållit att kanske en del rollspel borde göras om inför nästa omgång av utbildningar för dialogförare; på så sätt att rollspelen bättre speglar vad som faktiskt händer i verkligheten och då tar upp de faktiska problem som man möter i rollen som dialogförare. Något som kunde ha varit nog så svårt att genomföra innan någon hade erfarenhet av rollen som dialogförare i verkligheten.

Men en stor del av de intervjuade dialogförarna – upp mot 85 procent – är nöjda eller mycket nöjda med utbildningen, något som också bekräftas av de

korta utvärderingar i form av enkäter som gjorts i samband med samtliga utbildningsomgångar.

Här var svarsfrekvensen 80 procent och utvärderingen av olika delar och moment av utbildningen t.ex. inledningen, pärmen, kursen i sin helhet, etc., gav ett ”medelbetyg” på 4,2 längs en 5-punkts ordinalskala. Exempel på moment eller delar som man tyckte var särskilt bra var att ”dialog är mycket bättre än monolog” att man fått ”pedagogik och verktyg för att arbeta som dialogföreläsare” samt att det var bra ”att vara med i diskussioner och rollspel samt att träna motstånd”.

Samt får man anta också att bemöta motstånd som ju inte är en oväsentlig del i utbildningar som handlar om att kunna arbeta med förändringar i egen och andras organisationer. Man skulle kunna säga att utbildningen syftade till att ge var och en upplevelser av att det inte bara är möjligt att förändras; det är också möjligt att bidra till att förändra andra. Ur denna synvinkel är rollen som dialogföreläsare en roll med ett starkt inslag av förändring.

Till slut, något som man i utvärderingarna av utbildningen genomgående tyckte borde förbättras i framtida utbildningar och som kommer att behandlas längre fram i denna rapport: ”Bättre förberedelser och förankring hemma”, dvs. i den egna kassan samt att man ”behöver fortsatt stöd och utbildning”.

Dialogen som förhållningssätt

Förhållningssätt är svåra att beskriva. Men låt oss göra ett försök. Först tittar vi på vad de *inte* är. De är inte samma sak som personlighet och de är inte riktigt detsamma som beteende i betydelsen handlingar, reaktioner, rutiner och vanor. Man skulle kunna säga att förhållningssätt – som begrepp – existerar i ett sorts mellanläge mellan personlighet och beteende. Ur denna synvinkel är väl förhållningssättens närmaste släkting attityden.

Ofta definieras förhållningssätt just som en persons sätt att vara, tänka, känna och inrikta sig, dvs. ungefär som en attityd. Vilket då för med sig att förhållningssätt – fortfarande på begreppsnivån – ligger någonstans mellan en relativt stabil personlig egenskap och en någorlunda fast attityd. Men även en fast attityd är lite flyktig i relation till ett förhållningssätt som alltså – är det tänkt – har införlivats med personligheten på ett sätt som gör att det eller de förhållningssätt vi har kommer att få sin återspeglning i varje handling, reaktion och attityd som vi förmedlar till andra.

Detta – att vi förmedlar något *till andra* – ger oss en ledtråd till olika förhållningssätts ursprung och bakgrund. De existerar i ett socialt, mänskligt sammanhang och föds också ur ett sådant sammanhang. Frågan blir nu närmast: Vad menas med ett *konsultativt* förhållningssätt?

Här lämnar oss flera ordböcker i sticket – t.ex. Nationalencyklopedin och Natur och Kulturs klassiska ”Psykologilexikon”. Ordet konsultativ har under lång tid haft en innebörd av rådgivning eller rådgörande och då associerar många nog till de råd man kan få ta del av från olika experter, t.ex. advokater och läkare.

I dag är det många av de konsulter som arbetar med utvecklingsfrågor i olika organisationer som i stället vill ge ordet konsultativt en betydelse som ligger i närheten av att ”hjälpa sin kund eller klient i en gemensam problemlösning där konsulten bidrar genom sättet att lyssna och ställa frågor”.

Vidare vill man också kunna klara av att *i själva problemlösningssituationen* försöka skapa en balans mellan de olika komponenter i ett samtal som särskiljer det från ett vanligt samtal och gör samtalet till ett instrument för själva konsultationen.

Dessa komponenter är bl.a.:

- Det måste finnas en balans mellan närhet och distans i samtalet
- Samma balans måste finnas mellan empati och sympati
- Balansen måste också finnas i att driva och stödja en utveckling
- Det måste vidare finnas en balans mellan att lyssna och fråga

De här punkterna rör djupast sätt vad man måste tänka på – som konsult – i det arbete som skall leda fram till en gemensam problemlösning. Man skulle kunna säga att konsultationen blir aktiv när konsulten eller den person som arbetar konsultativt i *varje konsulterande situation* kan balansera allt det som nämns i punkterna ovan i syfte att föra samtalet och problemlösningen i rätt riktning.

Att kunna hålla en balans mellan närhet eller intimitet å ena sidan och distans å den andra i samtalet innebär att man måste kunna behärska konsten att åstadkomma närhet under samtalet utan att dras med av den ökande närheten.

Närheten behövs för att klara problemlösningen och distansen kan behövas – för att kunna ställa de svåra men nödvändiga frågor som behövs för att det skall bli möjligt att t.ex. kunna definiera och avgränsa problemet. För mycket sympati innebär en risk. Nämligen risken att man mer och mer bara ser problemet ur den andres/de övrigas synvinkel.

Den egna sympatin blir med andra ord ett hinder för den gemensamma problemlösningen. I stället gäller det att kunna arbeta empatiskt eller med inlevelse. Inlevelsen behövs t.ex. för att man samtidigt skall kunna driva och stödja under ett samtal. Den är också den mentala mekanism som – ungefär som en termostat – ser till att själva drivandet inte blir för hårt och stödet inte för svagt.

Inlevelsen är i sig balanssökande. Med hjälp av den skapas också balansen mellan lyssnandet och frågandet. Man skulle kunna säga att förmågan till inlevelse är själva kärnan i det konsultativa förhållningssättet.

Detta betyder naturligtvis inte att man nödvändigtvis måste hålla med den som man för en dialog med. Att tycka sig förstå hur någon annan känner sig betyder ju inte att man måste vara överens. Snarare har empati att göra med en förmåga att kunna avläsa hur en medmänniska mår eller känner sig. Man anar sig till den andres bekymmer och kan – om man är verkligt empatiskt lagd – också förstå vilka problem som sannolikt ligger bakom den andres känslor.

Frågan blir nu hur långt man i dag kommit inom kassavärlden när det gäller att åstadkomma en balans mellan de komponenter som nämnts ovan, dvs. just *närhet – distans, empati – sympati, lyssna – fråga* och *driva – stödja*.

Här utgår vi från ett antal uttalanden under intervjuerna – inkl. telefonintervjuerna. Tillsammans speglar de ganska väl hur man som dialogförare uppfattar att man jobbar *i dag* – jämfört med hur man *tidigare* arbetat med liknande uppgifter, dvs. att ge information om kassan och kassans aktiviteter till olika medaktörer och samverkanspartner dvs. inte minst just vård- och arbetsgivare.

I tabellen nedan återges dessa uttalanden i form av citat:

Tabell 2 Citat som speglar skillnaden mellan tidigare förhållningssätt och det sätt att förhålla sig som i dag alltmer kännetecknar handläggare som arbetar aktivt som dialogförare

<i>I dag</i>	<i>Tidigare</i>
”Man är mera genomtänkt och planerar bättre pedagogiskt – hur göra ett upplägg.”	”Då körde vi hårt med envägsinformation och avslutade med – inga frågor, va?”
”Jag är en sorts försäljare av kassan.”	”Länge har vi nog trott att samhället är till för kassan.”
”Nu frågar vi mera: ‘Vad är det ni vill att vi ska prata om?’.”	”Då började man läxa upp folk: ‘Detta är ju eran skyldighet och erat ansvar’.”
”Nu känner vi oss in i vad motparten tycker är viktigt.”	”Då hade jag papper på vad jag ville framhålla.”
”Vi kommer inte längre med pekpinnar. Nu är vi ödmjuka och tar reda på vad dom vill.”	”Då var vi fixerade att snabbt hitta en lösning på andras problem. Det förde med sig att vi drev på alldeles för hårt och på fel sätt.”
”Dialogen har gett oss en större handlingsfrihet.”	”På den tiden var mycket uppstyrt och då var det svårt att få en dialog.”

De som citeras är dialogförare från olika delar av landet. Något citat har använts tidigare i början av den här rapporten, bl.a. för att belysa poängen med Dialogen.

Här samlas de på samma ställe för att det skall bli möjligt att göra en bedömning av på vilket sätt den här typen av uttalanden kan sägas reflektera ett annat förhållningssätt än tidigare. Om vi jämför uttalandena ovan med vad en handläggare måste kunna balansera inom sig för att kunna arbeta konsultativt så framgår det att man i dag – jämfört med tidigare – kännetecknas av följande:

- större närhet och mindre distans
- mer empati än sympati
- mer lyssna än fråga
- mycket stöd men i regel lite driva

Det verkar också av en rad andra uttalanden – varav en del citeras på andra ställen i rapporten – som om man uppnått balans i tre av de fyra balanstillstånd, som karaktäriserar ett konsultativt förhållningssätt.

Undantaget är balanseringen av stödja – driva. Här dröjer sig kvar ett intryck att man nu stödjer betydligt mer än man driver olika frågor. Tidigare var det ofta tvärtom i kassavärlden och det var just detta som fick omvärlden att reagera ibland negativt på vad man upplevde som ett kanske ibland väl mästrande förhållningssätt från kassans sida. Det här har man naturligtvis känt av från handläggarna och nu undviker man att vara drivande och blir i stället kanske överdrivet stödjande, ungefär som i förhållandet med olika försäkrade. Å andra sidan finns också exempel på motsatsen; att man driver alltför mycket och då kan man missa stödet.

Men om man vill lyckas med att tillämpa ett transitionellt, dvs. ett aktivt förändrande förhållningssätt så måste man också kunna arbeta mera drivande och på så sätt ge energi till de skeenden i omvärlden som man menar bör förändras för att det förebyggande och rehabiliterande arbetet skall bli så effektivt som möjligt. Utan drivkraft frigörs ingen energi och utan kanaliserad och fokuserad energi skapas inga motkrafter till det som nu håller på att urholka väsentliga delar av den svenska välfärden.

Slutsatsen blir att det behövs en fortgående balansering av de fyra motsatsparen för att åstadkomma förändring och för att kunna lösa problem i samarbete med andra aktörer. Vi återkommer till vad man måste tänka på under en problemlösning i följande avsnitt. Men innan dess kan vi nu slå fast att ett konsultativt förhållningssätt har att göra med konsten att kunna använda sig själv i olika situationer som ett instrument som aktivt underlättar problemlösning tillsammans med andra.

Dialogen som metod

Dialogen är med andra ord inte bara samtal och diskussion. Dialogen är framför allt en kommunikation med ett syfte där förhållningssättet – den egna framtoningen – blir den verksamma delen för att nå fram till syftet. Metoden blir då en fråga om hur man som konsult eller – i vårt fall – dialogförare kan använda sig av sig själv som instrument för att ge en utveckling en viss inriktning eller för att styra mot en önskad förändring. Om du är handläggare på försäkringskassan, jobbar inom rehabiliteringsområdet eller inom det förebyggande arbetet så vill du få till stånd ett bättre resultat, dvs. minskad ohälsa och minskad sjukskrivning.

Detta kan du få om samarbetet mellan olika samhällsaktörer blir bättre. Och just detta kan du vara med och åstadkomma om du använder dig av ett konsultativt förhållningssätt eller – som någon dialogförare uttryckte det – nu jobbar på ett rakt motsatt sätt mot hur man tidigare gjort inom kassan i sina externa kontakter: ”Jag ställer mig inte upp längre och lyfter pekfingret för då blir det ingen dialog”.

I stället gör man nu mer och mer tvärtom. Den skicklige dialogföraren frågar och lyssnar sig fram till vad som är problemet i den grupp eller i den organisation som han eller hon besöker.

Och tänker på att ständigt hålla balansen mellan närhet och distans, mellan empati och sympati, mellan att driva och att stödja samt att fråga sig fram och lyssna in sig också på vad som är det *egentliga* problemet i ungefär lika stor utsträckning. Och problemen kan skilja sig åt från en organisation till en annan liksom de situationer där dialogförarna försöker vara ett stöd för att hjälpa till och lösa problemen. Det finns dock alltid två huvudfokus.

Det ena är relaterat till den problematik man kan stöta på hos olika arbetsgivare; det andra har att göra med hur olika vårdgivare ser på sjukskrivning och ohälsa. De olika frågeställningarna eller problemen för olika arbetsgivare tycks ha en gemensam nämnare oavsett om arbetsgivaren är offentlig eller privat: De är relaterade till på vilket sätt ledarskapet fungerar i organisationen.

Ur denna synvinkel har de också att göra med vad som motiverar människor i organisationen. Så här menar man från personalfunktionen i ett av landets största industriföretag: ”Om företaget prioriterar rehabilitering och ledarskap, då kommer Dialogen att få effekt”. Underförstått: Annars inte. Något motsvarande gäller för vårdgivarna. Men här är det inte så mycket fråga om att för-

ändra motivation och ledarskap som att åstadkomma en attitydförändring till bl.a. det egna sättet att sjukskriva hos olika enskilda läkare.

Hos arbetsgivarna skulle man kunna säga att det existerar en sorts motivationsproblematik med rötter i den egna organisationens företagskultur, allt det som sitter i väggarna. När det gäller läkarna är det mera fråga om en individuell problematik, förmodligen relaterad till hur man ser på sig själv i sin yrkesroll, allt det som sitter i läkarrocken.

Lite förenklat skulle man kunna säga att det dialogförarna stöter på hos arbetsgivarna ofta kallas för en "managementfråga", dvs. chefernas ledarskap lämnar en del övrigt att önska medan läkarnas situation skulle kunna beskrivas som en "professionell kompetensfråga". Det är förmodligen inte helt utan grund att anta att de två frågorna bottnar i de dominerande värderingar som kännetecknar respektive företagskulturer.

Dialogen i praktiken

Uppdraget

I dag finns en insikt eller ibland en – någorlunda välgrundad – misstanke om att det i kanske alltför många fall är en persons livsproblem som får styra längden på sjukskrivningen och att enbart en sjukskrivning knappast hjälper. I stället kan en sådan – eftersom den kan bli vanebildande – förlänga en lösning på olika svåra problem, som alltså bör lösas på andra sätt. Man skulle kunna säga att för en individ kan en sjukskrivning bli en Döbelnsmedicin, dvs. symptomen får en kortvarig lindring men sedan återvänder problemen men nu ännu starkare.

Oavsett hur det förhåller sig är det dialogförarnas uppdrag att stödja arbetsgivare och vårdgivare i att få till stånd en attityd till sjukskrivning som skulle kunna beskrivas som en *solidarisk* attityd.

Med detta avses att det inte är enbart individen som skall kontrollera sin egen sjukskrivning, när den skall inträffa och längden på den. I stället skall arbetsgivare och vårdgivare få ett successivt ökat inflytande. Arbetsgivarna för sjuklöneperioden, dvs. för den del av sjukfrånvaron som de betalar för och vårdgivarna för sjukskrivningen därefter, som alltså vi alla är med om att betala. Så långt möjligt bör man försöka sjukskriva partiellt, något som kan föra med sig såväl fördelar som nackdelar, t.ex. beroende på hur det egna jobbet är strukturerat och schemalagt. Dialogförarnas uppgift eller uppdrag är dock ganska klar: Att stödja arbetsgivare och vårdgivare i deras ansträngningar att kunna kontrollera – och därmed minska – sjukfrånvaro och ohälsotal. Detta är givetvis också något som ligger i kassornas och hela samhällets intresse.

För att klara detta kommer det att krävas relativt stora ansträngningar från handläggare och försäkringsläkare över ganska lång tid – förmodligen 3–5 år räknat från årsskiftet 2002/2003 för de kassor som var med på Dialogens kursomgångar under hösten -02.

Inte minst måste enskilda kassor i olika län ha en hög beredskap för att sätta av resurser för att de som utbildats som dialogförare skall få en rimlig chans att få göra sitt bästa ute på fältet. Just här är det – som vi strax skall se – en ganska stor variation från län till län.

Dialogförarna

Dessa är en blandad skara. Huvuddelen består dock av handläggare från kassan samt ett ganska stort antal försäkringsläkare. Totalt har hittills – sommaren 2003 – nästan 280 personer utbildats i olika utbildningsomgångar och av dessa är lite drygt 200 verksamma som dialogförare. Totalt gick 24 försäkringsläkare och 10 försäkringsöverläkare på utbildningen. Från kassan deltog bl.a. 210 utredare och samordnare samt ett drygt tjugotal chefer och arbetsledare samt upp mot tjugo handläggare som redan hade arbetat – en del under lång tid – med förebyggande arbete.

Vidare deltog kontaktpersoner *för projektet* från de olika länen. Dessa kontaktpersoner var – och är – sammanhållande och samordnande för dialogförarna i det egna länet samt också kontaktpersoner utåt i relation till andra län och till t.ex. olika centrala myndigheter.

Handläggare och försäkringsläkare arbetar med olika inriktningar och i olika konstellationer. En del av kassans dialogförare arbetar enbart med Dialoger gentemot arbetsgivare. Andra bara med vårdgivare. En tredje grupp genomför Dialoger med såväl arbets- som vårdgivare. Gemensamt för de handläggare som arbetar med vårdgivare är att man ofta genomför en Dialog tillsammans med en försäkringsläkare. Men inte alltid som vi kommer att få se längre fram i rapporten.

En försäkringsläkare kan genomföra Dialoger i ett eller två eller kanske tre län beroende på hur många länskassor som är hans eller hennes uppdragsgivare/arbetsgivare.

En kassahandläggare som arbetar som dialogförare är organisatoriskt knuten till ett lokalkontor i en viss kommun eller till kassans huvudkontor men arbetar som dialogförare i hela länet eller – om länet är stort, geografiskt eller befolkningsmässigt – i en avgränsad del av länet, t.ex. inom tre kommuner.

Till sin hjälp har dialogföraren en eller kanske två kontaktpersoner från det lokala kassakontoret i kommunen. Dessa fortsätter arbetet med Dialogen i den egna kommunen i form av möten och överenskommelser – när dialogförarna fortsätter sitt eget arbete i en annan kommun tillsammans med andra kontaktpersoner och i en Dialog med någon annan vårdgivare eller arbetsgivare.

Dessa kontaktpersoner, som alltså inte skall förväxlas med *kontaktpersonerna för projektet* (se ovan), fortsätter det som dialogföraren påbörjat inom den egna kommunen och inom ramen för det egna kassakontorets verksamhet. De

har inte fått någon dialogförarutbildning. Här finns en risk för att det kan bli svårt att driva den fortsatta utvecklingsprocessen på samma sätt som dialogfören. Detta tas upp till analys och diskussion under rubriken ”slumpmässig utveckling” lite längre fram i rapporten (se avsnittet *Olika vägar: Dialogen metoden i praktiken*).

Dialogerna

Dessa har en i det närmaste oändlig variation. Oändlig i betydelsen att ingen Dialog blir riktigt lik den föregående. En viss struktur finns dock. Man kan genomföra Dialoger med små grupper, t.ex. några läkare på en vårdcentral eller tillsammans med några personalarbetare på ett företag (personalchef, personalassistent, skyddsombud). Eller så är grupperna något större, t.ex. en primärvårdsnämnd, läkare och ”annan vårdpersonal” från flera vårdcentraler eller en – med några centrala politiker – utökad ledningsgrupp på en kommun.

I ett tredje fall har man genomfört Dialoger med utbildningsgrupper. I detta fall har man fått medverka som ett inslag under en konferens, för arbetsledare eller för läkare. Här har grupperna varit upp mot 30 personer.

Gruppernas *storlek* kan alltså variera. Den *tid* man får till förfogande för Dialogen är oftast inte mer än 1½ timme. Undantaget är om man t.ex. vill samla personal från flera vårdcentraler vid samma tillfälle. Då kan tiden utökas till kanske drygt 3 timmar. En ledningsgrupp i en kommun kan kanske avsätta en timme vid två tillfällen under loppet av ett år.

Mellan dessa möten får man som dialogförelse eller kontaktperson (på kommunnivå) arbeta med enskilda personer eller med tjänstemän närmast under ledningsgruppen.

Att utbilda i Dialogen: Konsultens roll

Handledaren/konsulten är förmodligen den viktigaste komponenten under en Dialogutbildning. Detta hänger ihop med att utbildningen huvudsakligen är upplevelsebaserad och att det är konsulten som fogar samman det man upplevt på utbildningen till en helhet. En helhet som skall fungera inte bara under utbildningen utan också senare när man som dialogförelse genomför olika samtal och diskussioner med t.ex. andra samhällsaktörer och med arbetsgivare.

Det gäller för konsulten/handlearen att klara av att överföra inte bara kunskaper utan också stora delar av sitt eget konsultativa förhållningssätt till

deltagarna. Varje deltagare måste få uppleva åtminstone en början till en mental transformation som sedan kan leda fram till en beredskap att förstå reflektionens betydelse. Därmed har man tagit sitt första steg till ett förändrande konsultativt – läs: transitionellt – förhållningssätt.

För att åstadkomma detta ställs sannolikt stora krav på konsultens engagemang och energi. På många sätt är effekterna av upplevelsebaserade utbildningar en funktion av utbildningsledaren, dvs. i vårt fall Dialogenhandledaren eller konsulten.

Det här sambandet har en parallell i den terapeutiska världen; effekterna och resultaten av en terapi är till stora delar personbunden, beror på terapeuten, mera än på terapeutens metod.

Utvärderingar av terapeutiska metoder hamnar regelmässigt på denna slutsats: Skillnaden mellan terapeuter är större än skillnaden mellan terapiformer. Och sannolikt gäller något liknande för upplevelsebaserade utbildningar för att få till stånd någon form av konsultativt förhållningssätt, i vårt fall just utbildningen till dialogföreläsare.

Konsultens roll är här mera av reseledare än lärare men landskapet som han eller hon lotsar deltagarna genom är ett mentalt landskap. Mera precis skulle man kunna kalla det för ett möjligt mentalt landskap. Nämligen just det landskap som var och en kan nå fram till med en viss ansträngning.

Men ansträngningen kräver motivation och denna kan väckas av handledarens engagemang och inspiration. Vilket för oss tillbaka till den tidigare slutsatsen: Konsulten/handledaren är med största sannolikhet den viktigaste komponenten i en Dialogenutbildning. Lika viktig som varje dialogföreläsare senare kommer att bli för Dialogen i praktiken.

Kassornas beredskap

Ju *starkare kundorientering* i en kassa eller på ett kassakontor, desto *bättre beredskap* för att genomföra Dialogen. Det är en kanske något oväntad slutsats utifrån intervjuer med dialogföreläsare runt om i landet.

Men så här kan man resonera: Beredskapen är relaterad till hur mycket resurser man i en kassa är beredd att avsätta för att handläggarna skall kunna arbeta som dialogföreläsare efter utbildningen. Resurstilldelning är en chefs- och ledningsfråga. Hur mycket resurser man får för att kunna arbeta med Dialog-

en blir med andra ord en fråga om i vilken utsträckning kassans chefer och ledning prioriterar det egna utvecklingsarbetet.

Vid låg prioritering kan det låta så här (från en Norrlandskassa): ”Ledningen blev tagen på sängen, man hade inte förstått hur mycket resurser Dialogen faktiskt krävde”. Och oförståelsen från ledningen leder – kanske helt naturligt – till att kontorscheferna (eller motsvarande) i den här kassan absolut inte ville avsätta extra resurser för att se till att Dialogenarbetet skulle få någon märkbar effekt: ”Chefen har inte någon möjlighet att kunna släppa någon utöver det vi skall göra”. Man skulle kunna säga att en bristande förståelse i kassans ledning minskar motivationen att arbeta med utvecklingsfrågor längre ner i organisationen.

Det som dialogförare – i detta fall vid en medelstor kassa i Götaland – upptäckte om ledarskapets betydelse för hur olika arbetsgivare tog emot Dialogen gäller också för kassan: ”Hur det hela utvecklar sig, vilka resultat man kan nå, handlar mycket om hur engagerade cheferna är”. En slutsats man drog – nu är vi vid en medelstor kassa i Svealand – var, som det uttrycktes av en handläggare: ”I en del län borde man kanske internt i kassan ha haft en Dialog om hur man skulle ha startat”. Och detta är – i backspegeln – egentligen ett ganska så självklart sätt att skapa förståelse för Dialogen.

I de fall man inte direkt har ansträngt sig för att komma igång med Dialogerna – nu är vi tillbaka till kassan i Svealand – på ett så bra sätt som möjligt, så kan det låta så här: ”Folk undrar vad vi gör. Dialogen blev ganska dåligt planerad från början. Borde varit ett bättre förarbete för att få handläggarna involverade. Och så borde vi ha kartlagt vad t.ex. kommunen redan hade gjort innan vi gick och träffade dem. Här tappade vi initiativet; och då kändes det som om kassan låg efter redan från början”.

Att kartlägga vad olika vård- och arbetsgivare redan gjort vad gäller t.ex. förebyggande arbete är onekligen ett ganska så självklart sätt att kvalitetssäkra planeringsfasen av Dialogen. Om inte detta sker finns en relativt stor risk att man börjar fel och då blir inriktningen av utvecklingen kanske inte den avsedda.

Ett annat sätt är att dialogförarna själva försöker påverka de egna cheferna och – ännu bättre – den egna ledningen så att man får det handlingsutrymme som behövs för att kunna genomföra Dialoger med i alla fall ett visst hopp om ett bra resultat. Något som skedde i en mindre kassa i Götaland: ”Först av allt tänkte vi på den interna förankringen. Vi åkte helt enkelt ut och träffade områdeschefer och kontaktpersonerna, de var oftast de sakkunniga på kontoren”.

Slutsatsen blir att om man som dialogförare inte ser till att förankra Dialogen internt så blir det svårt att få igång utvecklingsprocesser såväl inom kassan som tillsammans med de aktörer som behöver kassans stöd och hjälp för att kunna minska sjukfrånvaro och ohälsotal. Vilket alltså ligger inte minst i kassans långsiktiga intresse.

Om man inte förankrar Dialogen internt skapas inte heller någon beredskap på de (av kassans) lokalkontor som skall ta över när dialogföraren går vidare till nästa kommun, till nästa vårdcentral eller till någon annan arbetsgivare. Och då kan man – även om det är obefogat – känna sig besviken på sitt lokala kassakontor.

Inte minst om man arbetar inom vården och kanske hade hoppats på att kassan som samarbetspartner skulle bidra till en ökad effektivitet: ”Det är svårt för kassan att hävda att man blivit bättre om man inte klarar av att få en snabbare hantering av ärendena”.

Detta gäller ända ner på en så konkret kontaktnivå som telefonsamtal. I ett av de befolkningsmässigt största länen har t.ex. läkarna fått ett eget direktnummer till kassan som de kan ringa och då är man alltid garanterad att få tag på just den handläggare man behöver diskutera med, kanske för att slippa få tillbaka bristfälligt ifyllda läkarintyg ännu en gång. Det är ju knappast något som främjar effektiviteten: ”Vi på vårdcentralen vill ofta ha kontakt med kassan – för att vi skall bli tydligare i den medicinska bedömningen”.

Den svaga interna förankringen av Dialogen på en kassa kan alltså få oönskade – och förmodligen långvariga – externa effekter. Åtminstone om man vill försöka bidra till att effektivisera hälsoarbetet. Övriga aktörer tröttnar, förtroendet för kassan minskar, och så tröttnar man ännu mer, osv.

Men tillbaka till slutsatsen i början av det här avsnittet: Ju starkare kundorientering i en kassa desto bättre beredskap att genomföra Dialogen. Nu förstår vi varför: En stark kundorientering är ofta relaterat till ett engagerande ledarskap.

Och det är just ett sådant ledarskap, som behövs för att skapa förståelse och energi, för att kunna prioritera och få till stånd det resursutrymme som är nödvändigt för att Dialogen på lite längre sikt skall bli en lyckad satsning inom såväl förebyggande arbete som metodutveckling. Man skulle kunna säga att den förståelse och de resurser som en dialogförare behöver av sin kassa för att klara jobbet måste ha sin motsvarighet i en engagerad ledning och att lokala chefer prioriterar på ett sätt som gynnar i stället för att missgynna arbetet med Dialogen. Just detta framgår av illustrationen nedan:

Tabell 3 **Ledningen i en kassa bör ge förståelse och engagemang till dialogförarna och deras situation. Lokala chefer bör hjälpa till med intern förankring och prioritering av lokala resurser, t.ex. hur många kontaktpersoner som behövs och hur mycket tid dessa kan få lov avsätta för att fortsätta arbeta med Dialogen som en utvecklingsprocess**

<i>Dialogföraren behöver få:</i>	<i>Ledningen måste skapa:</i>	<i>Lokala chefer måste åstadkomma:</i>
Förståelse	Engagemang	Intern förankring
Resurser	Förståelse	Prioritering

Från tabellen går det också att utläsa att en huvudfråga för arbetet med Dialogen – liksom för övriga Prohälsaprojekt – måste bli att *säkerställa* just *förståelse* och *engagemang* hos ledningen så att denna kan gå vidare och skapa just detta i sin egen organisation.

Här kan man säga, gäller – ungefär som i ett äktenskap – principen *allt eller inget*. Om personerna i ledningen börjar med att agera halvhjärtat, dvs. med ca 50%-igt engagemang och förståelse kring Prohälsa i sin kassa så kommer man på nästa nivå att göra detsamma och likadant på nivån därefter/därunder, osv.

I en organisation med bara tre nivåer kan vi se att ett blott 50%-igt engagemang med motsvarande förståelse från ledningen ganska snabbt omvandlas till ett betydligt lägre tal när det är nere på handläggarnivå. Om däremot engagemanget är 75%-igt eller 90%-igt så blir skillnaderna påfallande.

För fyra nivåer i organisationen framgår denna – teoretiska – fördelning ännu tydligare, något som framgår av nästa tabell:

Tabell 4 Teoretisk fördelning över i vilken utsträckning handläggarnas engagemang och förståelse för en viss fråga eller ett projekt påverkas av hur pass mycket kassaledningen och cheferna är engagerade och har förståelse för samma fråga eller projekt. Siffrorna anger en tänkt procentuell fördelning av just engagemang och förståelse

	<i>Organisationsnivå Engagemang och förståelse hos:</i>			
	<i>Ledning</i>	<i>Chefsnivå 1</i>	<i>Chefsnivå 2</i>	<i>Handläggare</i>
Halvhjärtat ledarskap	.50	.25	.13	.06
Trefjärdedels engagemang o. förståelse	.75	.56	.42	.32
90%-igt engagemang o. förståelse	.90	.81	.73	.66

Tabellen visar – med hjälp av den tänkta fördelningen att om ledningen med ett *halvhjärtat* ledarskap (.50 överst i kolumnen under rubriken ”ledning”) försöker säkerställa engagemang och förståelse i sin organisation för en viss fråga ger detta så småningom mycket låga värden på handläggarnivå, oavsett om organisationen har tre eller fyra nivåer. För att få fram de olika värdena för de olika nivåerna har ingångsvärdet för varje kategori först multiplicerats med sig självt för att få nästa nivå. För det halvhjärtade ledarskapet får vi då värdet .25, som alltså är produkten av .50x.50. Detta värde, dvs. .25 multipliceras i sin tur med det ursprungliga ingångsvärdet i detta fall .25x.50 för att få nästa värde, dvs. .13 i tabellen för kategorin halvhjärtat ledarskap.

När vi multiplicerat oss ner till handläggarnivå kan vi se att vi nu är nere i ett ganska lågt värde (.06) för något som kanske skulle kunna beskrivas som den *organisatoriska motivationen* för t.ex. ett projekt i vårt fall Dialogen och övriga Prohålsprojekt.

En halvhjärtad ledning skapar alltså inte ens ett halvhjärtat engagemang hos – kanske redan halvhjärtade – handläggare. Engagemanget blir i stort sett obefintligt. Ur denna synvinkel står vi på ganska god grund för att påstå att en ledning i varje given situation alltid har precis de medarbetare man förtjänar.

Ur – nästan exakt – samma synvinkel är en stark kundorientering ett nog så säkert tecken på att man i en kassa kommer att lyckas med sin satsning på Dialogen.: För att kunna få en organisation att bli uthålligt kundorienterad på

handläggarnivå måste ledningens engagemang ha varit i det närmaste 100%-igt; åtminstone upp mot 90 procent. Med samma ledning kommer man sannolikt att satsa motsvarande energi på att ha en god beredskap inte bara för Dialogen utan också för övriga Prohälsaprojekt.

Omvänt skulle man då kunna påstå att de kassor som har en svagt utvecklad kundorientering måste avsätta mer resurser och fler dialogförare för att eventuellt nå upp till samma resultat som kassor med stark kundorientering.

Fast frågan är onekligen – i detta fall – om mer resurser är rätt svar. Frågan är väl snarare i vilken utsträckning det är möjligt att kompensera ett oengagerat och kanske svagt ledarskap med ett antal väl utbildade dialogförare. Oavsett utbildning så kommer deras engagemang kring Dialogen ganska så snart att påverkas av ledarskapet i den egna kassan.

Den första Dialogen

kan börja så här..

Nu är du dialogförare och skall hålla din första Dialog. Du är handläggare på kassan och har tidigare jobbat med rehabsamordning och en del förebyggande arbete. Så du har fördelen av att ha ett ganska stort nätverk utanför kassan – alla dina externa kontakter. På utbildningen valde du att arbeta med arbetsgivare eftersom det är just arbetsgivare du varit i kontakt med tidigare. Framför allt har du jobbat med kommunen. Det går lätt att boka ett möte med kommunledningen men det kommer att ta några veckor innan du kan komma med på ett ordinarie ledningsmöte.

eller så här..

I det här fallet – du är fortfarande kassahandläggare – har du valt att arbeta med vårdgivare. Det är ju där du har ditt huvudsakliga kontaktnät. Från utbildningen har du en pärm med information som – är det tänkt – skall ge uppslag till en diskussion med i huvudsak just vårdpersonal, speciellt de grupper som arbetar på vårdcentral. Det här är – förutom läkare och sköterskor – också t.ex. sjukgymnaster och arbetsterapeuter, dvs. personer som i sitt dagliga jobb kommer nära patienten.

Din första Dialog äger rum på en vårdcentral. Du håller den tillsammans med en försäkringsläkare som också blivit utbildad till dialogförare.

.. men för båda gäller att

Som dialogförare måste du i förväg ha planerat för vad du vill med den diskussion som du lyckats få en inbjudan till att få leda. Och redan från början måste du ha klart för dig vad du skall prioritera: Pärmen eller Dialogen. En försäkringsläkare tyckte sig se att det här kunde bli ett dilemma även för handläggare som accepterat ett nytt förhållningssätt och då finns det en risk för ett s.k. dubbelt budskap: ”Dialogen är viktig; men kassan har en tjock pärm med info som ’skall ut’”.

Ju tjockare pärm desto större kan alltså frestelsen bli att försöka ”trycka ut” så mycket information från den till alla som är med i den grupp du ska möta – och att göra det på så kort tid som möjligt. Det enda du då lyckas uppnå är att vara tillbaka i den traditionella rollen som handläggare med utåtriktat arbete. Vilket alltså betyder att du informerar externt på samma sätt som man ofta gör på kassan internt. Med monolog.

Vidare måste du ha klart för dig vilket mål du bör ha för samtalet, t.ex. ytterligare ett möte för att följa upp. Att ha ett uppföljningsmöte förutsätter att det finns aktiviteter och beslut som skall följas upp. Här kan det vara bra att tänka igenom vilka aktiviteter och beslut som du tycker vore lämpliga att föreslå och kanske få acceptans för. Men huvudsyftet är trots allt att etablera kontakt på ett sätt som skapar förtroende och inbjuder till samarbete. I dialog.

Olika vägar: Dialogenmetoden i praktiken

Dialogförrarna arbetar i dag till allra största delen längs två huvudstråk, som i kombination ger fyra olika vägar för utveckling: Det ena stråket gäller vilket innehåll man skall *fokusera* när man träffar vårdgivare och arbetsgivare – information eller dialog.

Det andra rör om man som dialogförrare skall vara med på endast ett möte och sedan lämna över till någon lokal kontaktperson inom kassan som får driva processen vidare eller om man kan satsa på fördjupning och hålla i flera möten innan man så småningom lämnar över.

Det första handlar med andra ord om den paradox som berördes i början; att å ena sidan ha kravet att informera om allt i en tjock pärm under en dryg timme och å den andra – under samma tid – skapa tillit och förtroende, något som ju förutsätter tid för att lyssna och diskutera. Det andra kan sägas röra den bedömning man måste göra kring var man kan göra mest nytta som dialogförrare. Det här tycks i förlängningen ge olika resultat – i termer av utveckling – något som åskådliggörs i tabellen nedan på följande sätt:

Tabell 5 Den metod man tillämpar som dialogförrare är en kombination av antal möten och fokus och ger därmed olika resultat i termer av utveckling

	<i>Fokus ligger på</i>	
	<i>Information</i>	<i>Dialog</i>
<i>Målet är:</i>		
Ett möte	Nollutveckling	Slumpmässig utveckling
Flera möten	Negativ utveckling	Avsedd utveckling

Varje fält illustrerar resultatet av att arbeta på olika sätt med Dialogen i praktiken. Resultatet kan beskrivas som olika utvecklingsvägar. Ett par av vägar leder till återvändsgränder, de som i tabellen kallas för *nollutveckling* och *negativ utveckling*. De övriga två leder båda till utveckling. En av dessa – den som i tabellen fått beteckningen *avsedd utveckling* – är en säkrare form av utveckling än den andra, som här kallas för *slumpmässig utveckling*.

Nollutveckling i detta sammanhang står för det resultat man får av ett enda möte med mycket information där man alltså från kassan pratar mycket utan att lyssna. Förmodligen – och förhoppningsvis – passerar det hela ganska obemärkt på en vårdcentral eller hos en arbetsgivare.

Negativ utveckling: Kan inträffa om man som dialogförare håller flera möten på samma sätt som vid nollutveckling. Här finns risk för bakslag; upprepad envägskommunikation brukar ju skapa negativa attityder till den som ger informationen. Ett känt uttryck är att ”mediet är budskapet” och i lite överförd betydelse – med risk för att upphovsmannen Marshall McLuhan skulle protestera – kan vi tolka detta som att *hur* du uttrycker dig när du informerar betyder *mer än vad* du säger.

Speciellt kanske om du som dialogförare håller en lång monolog om allt vad som finns i din pärm under de två timmar då du i själva verket tänkte genomföra en Dialog.

Slumpmässig utveckling: I en del län har man satsat på att dialogförarna – i detta fall kassahandläggarna – skall hinna ”beta av” så många målgrupper som möjligt och då medverkar dialogföraren/na bara vid ett möte som inspiratör/er– tillsammans med den lokala kontaktpersonen och en försäkringsläkare om det gäller vården – och går sedan vidare till nästa Dialogmöte med nästa vård- eller arbetsgivare. Här finns en risk för att det kan bli lite olika utvecklingslinjer för Dialogenarbetet på olika vårdcentraler och hos olika arbetsgivare.

Kontaktpersonerna har i regel inte någon utbildning i att hålla Dialoger, men ändå skall man fortsätta. Kontaktpersonen kan med andra ord få fortsätta att hålla Dialogenliknande samtal med den kontakt som etablerats av dialogföraren och får eventuellt göra detta tillsammans med en försäkringsläkare, som inte har samtrimmats med kontaktpersonen.

Inte för att en sådan samtrimning tidigare skett mellan kassahandläggaren/dialogföraren och försäkringsläkaren som nu också skall klara av att samarbeta med olika kontaktpersoner. Men om läkaren och kassans dialogförare hade fått mer tid att arbeta tillsammans så skulle mycket väl ett effektivt samarbete ha kunnat utvecklas.

Som det nu är, är risken stor att den utveckling som initierats av Dialogen blir just slumpmässig. Anledning till att man i en del län valt just denna modell för att arbeta med Dialogen har i en del fall varit att man uppfattat att detta är ännu ett projekt som är tidsbegränsat och skall hinnas med inom loppet av

drygt ett halvår. Med andra ord så har man tillämpat filosofin att: Man lär ju inte för livet utan för skolan.

Avsedd utveckling: Motsatsen blir fallet när dialogföraren satsar på flera möten med samma vård- eller arbetsgivare innan hon eller han kopplar över ansvaret för den fortsatta utvecklingen till kontaktpersonen. I och med att man har haft flera möten finns också fler möjligheter till korrigeringar, avstämningar och att ge mer detaljerad information. För att inte tala om att det blir fler diskussionstillfällen så att förtrogenheten med varandras verksamheter och företagskulturer ökar. Detta är ju en av avsikterna med Dialogen.

Den typ av metod som leder till avsedd utveckling verkar lyckligtvis vara den som flertalet följer i sitt arbete som dialogförare. Man satsar då på flera möten och därmed ett långsiktigt arbete och tonar ner betydelsen av innehållet i den pärm som man fick till livs under den första utbildningsdagen.

I denna undersökning uppskattas ”flertalet” till lite drygt 60 procent av samtliga dialogförare. Detta är givetvis långt ifrån tillräckligt för att man inom kassavärlden ännu skall kunna tala om att man nu etablerat en profession som kan arbeta metodiskt enhetligt, systematiskt och uthålligt med det förebyggande, aktiverande och attitydpåverkande arbete som Dialogen ytterst syftar till att förändra.

Men det är å andra sidan fullt tillräckligt för att man skall kunna säga att man nu har början till en grupp handläggare och försäkringsläkare som kanske för första gången i kassornas historia har fått både en möjlighet och ett instrument för att kunna arbeta effektivt med utvecklingsfrågor inom sjukskrivnings- och ohälsoområdet.

För de dialogförare som vill försöka få igång en avsedd eller verklig utveckling finns i dag flera olika sätt att fortsätta driva Dialogenarbetet och samtidigt utveckla Dialogenmetoden. Ett sådant sätt är att satsa på en variation i mötesformer med arbetsgivarrepresentanter och personal på vårdcentraler samtidigt som antalet möten därmed ökar.

Det gäller också att – vilket i och för sig de flesta verkar göra – tro på dialogpedagogik som metod. Men man kanske inte fullt ut har insett att med hjälp av denna typ av pedagogik kan man få fram en högre energi för förändringsarbete än med hittills kända pedagogiska metoder.

Å andra sidan kan Dialogen bli ett tveeggat svärd – dvs. människor kan bli besvikna – om man inte hela tiden använder sig av den för att tillföra nytt bränsle till förändringsprocessen. Men detta, att man kan skapa besvikelse

med Dialogen inträffar nog bara om man ser den som ytterligare ett avgränsat projekt som måste avslutas före sommaren eller julen och inte som en utvecklingsprocess utan något egentligt slut.

Men om du inser detta som dialogföreläsare så kommer du också att upptäcka att ju mer du utvecklar metoden desto mer utvecklas också du själv.

Detta framgår av tabellen nedan. Här kan man se, som en dialogföreläsare uttryckte det att: ”Utvecklingen av Dialogen – i olika dialogformer – och utvecklingen av dialogföreläsaren kan gå hand i hand”.

Tabell 6 Illustration av dialogföreläsarens och övrigas medverkan under olika faser av arbetet med Dialogen med syftet att kortsiktigt minska sjukfrånvaro och långsiktigt arbeta förebyggande för att minska ohälsan

<i>Dialogen som metod</i>	<i>Dialogföreläsaren/övriga</i>
Möte 1: Kontaktmöte	Enbart dialogföreläsare
Uppföljningsmöte	Dialogföreläsare + kontaktperson(er) från kassans lokalkontor
Överenskommelser med vård- och arbetsgivare	Kontaktperson(er) dialogföreläsare med som stöd
Olika kontrakt med vård- och arbetsgivare	Kontaktperson(er) och andra från kassans lokalkontor
Fördjupade former för samverkan	Dialogföreläsare till nästa kontakt
Samarbete för rehabåtgärder	Dialogföreläsare till nästa kontakt

Tabellen illustrerar också att Dialogen ytterst syftar till att bygga upp långsiktiga relationer med övriga rehabaktörer men – från kassornas sida – med ett annat förhållningssätt än tidigare. Detta tar naturligtvis tid. Från det första kontaktmötet till mötesformerna i slutet av tabellen, dvs. de som rör samverkan och samarbete kan det komma att förflyta kanske upp mot två år. Å andra sidan kan resultaten i form av förslag till olika överenskommelser och kontrakt komma redan vid uppföljningsmötet.

I dag tycks man i de län som kunde påbörja Dialoger i början av året (dvs. i januari 2003) ha hunnit med två möten och i en del fall också fått resultat i form av överenskommelser eller kontrakt om hur man kan samverka i fort-

sättningen. Här verkar dock kassorna vara betydligt mer optimistiska i fråga om vad man faktiskt har åstadkommit jämfört med arbetsgivarana och vårdgivarna (se längre fram, tabell 24 i avsnittet *Tre enkäter: Sammanfattning*)

En erfarenhet tycks vara att hur många möten som går att boka inom ramen för Dialogen som en utvecklingsprocess beror på de kvalitetsmål som varje dialogförare, dvs. försäkringsläkare eller kassahandläggare sätter för sitt eget arbete. Hur höga dessa blir är i mångt och mycket en följd av inställningen till Dialogen hos kassans ledning och chefer.

Det här resonemanget kan summeras genom följande uttalande från en kassahandläggare – i en ganska stor kassa – som arbetat som dialogförare i flera kommuner: ”Det gäller att dom förstår att det handlar om att börja jobba på det här sättet. Det är frågan om enträget arbete om och om igen. Resultatet är att det blir ett bättre samarbete när man fått en sådan relation att man förstår och lärt känna varandras roller”.

Den första delen av citatet syftar på kassans ledning och chefer och att de senare – även om ledningen är med på noterna och t.o.m. initierat Dialogen – inte ger satsningen sitt absolut fulla (= minst 90%-iga) stöd ute på lokalkontoren. Vilket skulle kunna indikera att man på ledningsmötena nickat bifall till att kassan bör engagera sig men att man samtidigt tagit ett tyst beslut: När man kommer tillbaka till sitt område eller sitt kontor kommer man inte att anstränga sig alltför mycket för att jämna vägen för dialogförarna.

Något som i sin tur kanske kan tyda på att ledningen inte förde ut sina intentioner på ett engagerande sätt. Eller att man i kassan (kassavärlden?) börjar bli trött på allt som påbörjats under årens lopp utan att egentligen avslutas och att det inte är någon idé att investera tid och energi i ”ännu ett projekt som kommer att rinna ut i sanden”, som någon uttryckte det.

Den senare delen av citatet förklarar indirekt varför utvecklingsarbete mellan olika aktörer trots allt tar sin tid och just därför kräver extra tid, intresse och resurser från ledning och chefer. Viss tid måste få förflyta innan var och en har en sådan tillit till övriga att man kan öppna sig och berätta för alla om den egna organisationen och vilken roll man själv har.

Men när detta väl har hänt har man blivit så pass förtrogen med varandras arbetsmiljöer och förutsättningar för de olika verksamheterna att det ur en samverkan är möjligt att påbörja ett samarbete: ”Med Dialogen skapar vi tillsammans en karta där alla kan orientera sig. Kartan innehåller inslag från vars och ens verklighet. Man skulle kunna säga att det är metoden och systematiken i Dialogen som ger oss kartan”.

Och när man väl har samma karta, som ofta ger en åtminstone tydligare bild än tidigare av hur det ser ut i det egna länet så kan dialogföraren – i detta fall i en intervju i Hallandsposten – konstatera att: ”När du väl fått insikt i hur läget ser ut så ska det mycket till för att du inte ska handla”.

Och arbetet med Dialogen påminner om en annan metod för att få till stånd bättre samtal, den s.k. *Sassam-metodiken*. Här arbetar handläggare och försäkrad med ett enkelt ”instrument”, en sorts kartläggning över individens hinder och möjligheter inför en framtida rehabilitering. Likheter består i att: ”Man får den andre att lyssna och öppna sig och då blir det en delaktighet och ett givande samtal”.

I tabellen nedan listas ytterligare likheter mellan Dialogen och Sassam:

Tabell 7 Några slående likheter mellan Sassam som metod för att utveckla individen i ett rehabärende och Dialogen för att utveckla ett effektivt samarbete mellan kassan och olika vård- och arbetsgivare

<i>Sassam</i>	<i>Dialogen</i>
Problemorienterar genom att kartlägga hinder och möjligheter hos individen	Problemorienterar genom att fokusera vad som är problemet och dessutom ställa frågan: ”Vad är egentligen problemet?”
Svaren som ges skapar intresse för att gå vidare	Den gemensamma probleminventeringen ger motivation att gå vidare och hitta lösningar
<i>Resultat:</i> Individen har fått en karta och vill gå vidare	<i>Resultat:</i> Aktörerna har fått en gemensam karta och vill gå vidare

Sassam står för Strukturerad arbetsmetodik för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering; även om språkformen kan upplevas som lite byråkratisk så talar den ganska så precis om vad det handlar om.

Närmare bestämt är det en metod och – givetvis – en blankett som tagits fram inom Västra Götalands försäkringskassa. Efter att en tidig bedömning gjorts och man har kommit fram till ett vägval så kan handläggare och försäkrad fortsätta arbeta med Sassam-kartan (jämför ovan) för att fördjupa kartläggningen och få en fylligare bild av en individs, dvs. i detta fall den försäkrades möjligheter och svårigheter.

Och något liknande händer alltså under ett Dialogenmöte, som – rätt utfört – kan ge ungefär samma effekter. Men i stället för att individen som i Sassam blir delaktig i den första delen av sin rehabilitering dvs. utredningsprocessen så blir de olika aktörerna *motiverade till ett ökat samarbete genom den delaktighet* som man får när man deltar aktivt i Dialogen.

Och för att göra en utvikning tillbaka till individnivån: Det är väl just den försäkrades egen och ökande aktivitet under kartläggnings/utredningsfasen som gör att denna fas så kvalificerar sig till att bli den första under själva rehabiliteringen. Man skulle kunna säga att det är människornas motivation som definierar rehabiliteringsprocessen och inte tvärtom. Ur denna synvinkel är den första delen av Dialogen också en kartläggning – nämligen av vars och ens intentioner och verksamheter.

Ett annat sätt att starta omedelbart med kartläggningen är att arbeta med det som ibland har kallats *lösningfokuserat arbetssätt*. Här har man som dialogföreläsare inspirerats bl.a. av hur en del handläggare på arbetsförmedlingen arbetar. Eventuellt har man också upplevt att detta var ett bra komplement till vad man gick igenom på dialogföreläsutbildningen, speciellt hur man skulle starta ett möte inom ramen för Dialogen: ”Det var lite svårt att utifrån utbildningen veta hur man skulle lägga upp arbetet. Metoden är bra – men det finns oklarheter”.

I det lösningfokuserade arbetssättet har man regelmässigt ett antal frågor för att kartlägga nuläget i en situation. Man kan t.ex. börja en Dialog i en kommun eller på en vårdcentral genom att fråga ”Vad fungerar i dag”. Det här sättet att ”fråga sig fram på ett positivt sätt” ger också – så småningom – information om vad som inte fungerar och då kan man fortsätta med att fråga ”Hur kan man göra på annat sätt” – underförstått på annat sätt än det som inte fungerar.

Fler nyckelfrågor som hjälper till att ringa in *vad* som är problemet och kanske också vad som *egentligen* är problemet är följande:

- Vad bör man/ni/vi göra mera av/ mindre av jämfört med i dag?
- Hur långt har ni/vi kommit?
- Hur göra för att nå längre fram?
- Vad är vi bra på nu men kan bli bättre på?
- Hur skall vi göra/vad krävs för att vi skall kunna bli bättre?

Vi kan se att även om det här sättet att arbeta under inledningen av Dialogen kallas för lösningfokuserat så betyder det långt ifrån att man försöker få igång en tävling kring vem som kan komma på flest lösningar på så kort tid om möjligt.

Snarare nyanserar det bilden av ett problemorienterat arbetssätt – med flera olika metoder ute på fältet; metoder man uppenbarligen har börjat få smak på inom kassan.

Sammanfattningsvis: Dialogenmetoden i praktiken följer några huvudlinjer. De flesta dialogförare arbetar för att först och främst åstadkomma en god dialog: Det är ju denna som så småningom ger ett bra samarbete vilket sedan blir en förutsättning för att få bra resultat i ohälsarbetet i det egna länet. De gör detta genom att – bl.a. med hjälp av reflektion – fokusera vad som är det gemensamma problemet för kassan och de övriga aktörerna. Den första fas som metoden leder till är alltså en *kartläggningsfas* där resultatet blir att man problemformulerar. Detta bygger på den förtrogenhet som etablerats genom att man arbetat med Dialogen på ett sätt som skapat motivation och delaktighet. Övriga faser som är möjliga att urskilja är en *analysfas* och en *samarbetsfas*.

I tabellen nedan ges en översikt över de olika faserna i relation till det resultat som kan åstadkommas samt den känslomässiga förutsättningen för varje fas:

Tabell 8 Illustration över vad Dialogen kan leda till: Från att skapa en känsla av förtrogenhet till att åstadkomma överenskommelser och kontrakt för att minska sjukfrånvaron och ohälsan

<i>Känslomässig förutsättning</i>	<i>Fas</i>	<i>Resultat</i>
Förtrogenhet	Kartläggning	Problemformulering
Ökande tillit	Gemensam analys	Beslut
Förtroende o. förtrogenhet	Samarbete	Överenskommelser, kontrakt

Av tabellen kan man utläsa att om Dialogen leder till en gemensam problemformulering och därmed problemlösning så är detta ett resultat som kan öka tilliten vilket i sin tur kan göra att man nu fattar beslut som man inte skulle ha tagit tidigare, då alltså tilliten var lägre. Besluten skapar förtroende vilket via ett utökat samarbete så småningom leder till överenskommelser och kontrakt kring hur man kan arbeta bättre tillsammans med ett förebyggande arbete, med rehabilitering och också komma åt de långa sjukskrivningarna.

Det är med andra ord först nu som man kan börja så det man har skördat. Det är först nu man kan börja se hållbara resultat i form av en stabilt minskande sjukfrånvaro och ett på liknande sätt minskande ohälsotal.

Olika resultat: Vad dialogföraren såg och inte såg

Tillbaka på jobbet efter Dialogenutbildningen gällde det för varje dialogförare att åstadkomma resultat. Den första åtgärden för många blev nu – förutom att förankra det nya arbetssättet internt, som man alltså inte alltid lyckades med – att boka möten för olika Dialoger med vård- och arbetsgivare. Här verkar tumreglerna ha varit att gräva där man står eller att ”man tager vad man haver”. Dvs. man började med etablerade eller gamla kontakter inom kommuner och vårdcentraler. Ibland – frågan är hur ofta – var detta inte möjligt. Eftersom en dialogförare sas tagits bort från den löpande produktionen, dvs. den regelmässiga handläggningen av de vanligaste typerna av ärenden så ville man från kontorets sida (läs: kontorschefen ofta understödd av övriga handläggare) att dialogföraren i stället för att börja med sina kontakter skulle ”sätta in stötarna” hos de som man såg som ”lite svåra att komma åt”.

Och här menade man då de arbetsgivare och vårdcentraler som man på lokal-kontoret visste genererade stor sjukfrånvaro och/eller ohälsa inom den egna kommunen: ”Som dialogförare fick man klart för sig att övriga handläggare på kontoret gärna såg att vi skulle börja med de svåra arbetsgivarna eftersom vi togs ur den direkta löpande produktionen och på så sätt kunde också chefen kompensera för produktionsbortfallet”.

Ofta sammanföll naturligtvis de olika önskemålen, dvs. dialogförarens och de övriga på hans eller hennes kontor. Men det ger en bild av att om man på kontoret känner sig pressat av att vara tvungen att från produktionen plocka ut en dialogförare som skall jobba med Dialogen tvärs över hela länet eller inom ett par andra kommuner så kan denna press överföras på dialogföraren: ”Om man inte kan producera på vanligt sätt så förväntas man stödja produktionen så gott man kan. Det ingår i kassans kultur att man är mer lojal mot arbetskamraterna än mot ledningen”.

Å andra sidan kan det tänkas att – i en del fall – ledningen för en kassa kanske omedvetet stödjer den här typen av attityd. En ledning kan ju onekligen känna ett tryck att den egna organisationen skall prestera maximalt såväl i olika projekt och i nya verksamheter som inom den löpande produktionen. Och i så fall kan det mycket väl hända att man blundar för att det i den egna kassan håller på att utvecklas en sorts produktionsfilosofi som – kanske lite hårdtaget – säger att ”det vi förlorar på gungorna tar vi igen på karusellen”. Samt att då karusellen, dvs. allt det löpande också är den viktigaste delen av produktionen.

Givetvis uppfattar man i kassan vad ledningen tycks värdera mest och därmed utvecklar man också en kultur som gör det svårt dels att driva projekt under en längre tid, dels att få in projekten i den löpande produktionen. En gång projekt, alltid projekt skulle man kunna säga.

Men tillbaka till inledningen av detta avsnitt, där dialogföraren just står i begrepp att börja arbeta med Dialogen. Finns det något – rekommenderat – sätt att börja som är bättre än andra sätt i betydelsen att på just detta sätt blir resultaten bättre än de annars skulle ha blivit?

Och om man nu ändå har börjat på ett sätt som kanske inte varit helt lyckat, kan man då på något sätt korrigera? Dvs. kan man *börja om* på ett bra sätt? Och till slut: Vad måste man mer tänka på för att få så goda resultat som möjligt med Dialogen?

Frågan är egentligen om det går att sätta ihop en sorts manual – ett rekommenderat tillvägagångssätt – för hur man skall börja och fortsätta med en Dialog så att resultatet i betydelsen det önskade utfallet av diskussionerna blir maximalt?

Svaret är att en detaljerad manual kan bli svår att få ihop helt enkelt för att det inte är möjligt att förutsäga allt som kommer att hända under en Dialog. Det vi vanligtvis kallar för verkligheten är ofta för komplex för att vi skall kunna klara av att förutsäga utvecklingsförloppet i detalj.

Men utifrån intervjuer och enkäter kan man se att det finns några sätt att *påbörja* en Dialog som gör att utvecklingen av samarbetet mellan kassa och vårdgivare samt mellan kassan och olika arbetsgivare förs in i banor som leder till inläring, förändring och fortsatt utveckling – för alla parter. Också för hur en Dialog kan fortsätta och vad man bör tänka på speciellt under själva Dialogenprocessen är det möjligt att ge några rekommendationer.

Frågan om man kan korrigera eller börja om på ett bra sätt bygger till stora delar på vad dialogförare själv har föreslagit och därmed på *vad dialogföraren såg*. Vad man bör tänka på – för att få så bra resultat som möjligt – rör vad kanske inte alla dialogförare uppfattade – åtminstone inte i början av jobbet med Dialogen, även om det ibland tagits upp i utbildningen. Den handlar med andra ord om *vad dialogföraren inte såg*.

I tabellen nedan redovisas i korthet några sammanfattande slutsatser, som rör hur man bör *börja*, hur man kan *fortsätta* samt också vad man bör *tänka på* under loppet av en Dialog som – är det tänkt – spänner över flera möten med samma vård- eller arbetsgivare.

De tre kolumnerna i tabellen följer just detta mönster:

Tabell 9 Några exempel på vad som kan vara bra att börja med och därefter fortsätta med samt faktorer och skeenden som är viktiga att tänka på vid introduktionen av Dialogen

<i>Vad dialogföraren såg</i>		<i>Vad dialogföraren inte såg</i>
<i>Början</i>	<i>Fortsättningen</i>	<i>Tänka på</i>
Börja högst upp hos vård- och arbetsgivare	Förankra kontaktperson från kassan hos aktörer	Börja med kassans ledning (inkl. styrelse)
Fortsätt nedåt i resp. aktörs ledningshierarki och skapa förståelse för Dialogen		Låt kassans ledning och chefer bli väl insatta i vad Dialogen innebär
Förankra inåt hos handläggare och områdeschefer	Få till ett bra samarbete med försäkringsläkaren	Gruppdynamiken beror bl.a. på tidigare historia av t.ex. ledarskap, konflikter
För varje grupp hitta bästa kombination mellan pärmen och Dialogen	Använd bara de delar av pärmens innehåll som en aktör är intresserad av	Att alla på kassan måste känna till och kunna möta det intresse som väl genomförda Dialoger kan skapa

Nu är resonemanget – och argumentationen – följande. I de fall där dialogföraren har lyckats börja på de sätt som vi kan utläsa från tabell 9 samt dessutom fortsätta enligt ”rekommendationen” från tabellen, så blir resultaten avgjort bättre än om man inte har följt den här övergripande manualen, dvs. som den tänkta manualen manifesterar sig i de kolumner som kallas för Början respektive Fortsättningen i tabellen.

Här kan det var på sin plats med en s.k. Brasklapp. I något län har man börjat allra högst upp i den lokala ledningshierarkin på landstingssidan och sas skjutit in sig på att så långt möjligt försöka påverka vårdgivarna, dvs. ytterst läkarna via de lokala primärvårdsnämnderna.

Tanken har varit att påverka läkarnas sjukskrivningsmönster uppifrån, något som man från nämndsidan i vilket fall ville ha hjälp med.

Här har man då ibland gått förbi vårdcentralerna och därmed läkarna – som ju sedan länge varit vårdens dolda makthavare – och därmed förmodligen oavsiktligt på denna nivå skapat ett visst motstånd. Något som följande – kanske något syrliga – skriftliga kommentar från en vårdcentralsläkare (VC i citatet

står för vårdcentral) under rubriken övriga synpunkter precis i slutet av *Enkäten till vårdgivare* kan tyda på:

”Resultatet från hela .. (länet) .. skulle redovisas. VC och privata skulle bli mer ’uthängda’. En större jakt på läkare som ordinerar sjukskrivning som behandling med de biverkningar som det medför. Missbruket av sjukskrivningar skulle anmälas till Socialstyrelsen precis som andra felordinationer som sker. Det skulle vara mer ekonomiskt bärande att inte sjukskriva än att sjukskriva. I dag räknar man antal besök. Fler besök = nöjda patienter = hög sjukskrivning”.

Ironin och ett eventuellt missnöje är möjliga att uppfatta i läkarens tonfall och ordval i citatet. Å andra sidan är det kanske just den här typen av reaktioner som man får räkna med som dialogförare om man driver frågorna en aning för hårt och alltså inte balanserar den egna drivkraften med lämpliga stödåtgärder. Och som vi kommer att se av enkätresultaten är just läkarna de mest skeptiska av aktörerna.

Arbetsgivarna – i samma län – har däremot uppskattat kassans drivande attityd och förhållningssätt, något som följande citat från *arbetsgivarenkäten* (se bilaga 5) verkar tyda på:

”Processen är igång och fokus finns på sjukskrivningar” (kommentar till fråga 9)

”Medvetenheten har ökat och man har insett vikten av det hela, inte minst ekonomiskt” (kommentar till fråga 12)

”Handlingsplaner börjar bli mer vanligt, olika insatser (kurser, osv) satsar man på (kommentar till fråga 13)

”Fortsätt så här – ut och aktivera – ifrågasätt eget arbete och metoder” (kommentar till övriga synpunkter)

De olika citaten belyser att när det gäller utvecklingsprocesser så kan det vara svårt att förutsäga vilka olika banor dessa kan komma att slå in på. Inte minst som i detta fall – se ovan – när flera organisationer är involverade. Så om man som dialogförare börjar med att förankra högst upp så får man ändå komma ihåg att fortsätta förankringen ”neråt” när budskapet från den högsta nivån söker sig ner i organisationen. Inte minst kan detta gälla om det som en följd av Dialogen blir mer aktivitet också hos andra ledningsgrupper i de olika organisationerna:

”Högsta ledningen har ”tvingats” engagera sig pga. att de fått möta högsta ledningen hos andra instanser” (kommentar från arbetsgivare i Mellansverige till fråga 8 i enkäten till Arbetsgivare).

Här kan man dock onekligen fråga sig i vilken utsträckning en ledning som inte är genuint övertygad och engagerad kommer att kunna driva olika frågor på ett helhjärtat sätt.

En slutsats blir att det ibland – innan man börjar arbeta med Dialogen – kan vara betydelsefullt att försöka göra något slag av åtminstone elementär organisationsanalys av vilka processer som en tillämpning av Dialogen i en organisations ledning kan medföra. Resultatet av analysen bör då kunna ge svar på frågor av typen: Om vi gör så här, vad händer då? Och vad händer sedan och vilka åtgärder måste vi då ha beredskap för att genomföra?

Och för att – efter alla dessa olika utvecklingar – återknyta till tabellen ovan (tabell 9); något liknande gäller för den gruppdynamik som man som dialogförare är med om att starta när man påbörjar en Dialog på en vårdcentral eller i något sammanhang hos en arbetsgivare, t.ex. en kommun. En viktig faktor som bestämmer gruppdynamiken är t.ex. gruppstorleken; en *annan* är arbetsgruppens tidigare historia av t.ex. ledarskap, konflikter, etc. En *tredje* kan vara kulturen i den aktuella organisationen något som kan få ett genomslag under själva Dialogen och en *fyjärde* kan vara en pågående konflikt eller dold maktkamp i gruppen som alla – utan att säga något till varandra är överens om att inte ta upp under dialogförarens/nas besök.

En femte kan vara de erfarenheter aktörerna har haft av kassans tidigare förhållningssätt – att man upplevts som kritisk och förmanande. Speciellt vårdgivarna/läkarna har varit lite avvaktande något som dialogförarna i Kalmar noterat i sin interna sammanställning över arbetet med Dialogen:

Även på vårdcentralerna har vi känt oss välkomna. Vi har på vissa håll känt en viss oro eller uppladdning hos läkarna att nu ska Fk komma ut på nytt och säga till oss hur vi ska jobba/kritisera oss för att vi skriver för dåliga intyg/lägga skulden för nuvarande sjukskrivningssituation på oss. Denna typ av inställning präglas under lång tid och kan vara svår att vända. Vårt samlade intryck är ändå att vårdcentralerna har ett genuint intresse av väl fungerande samarbete och stor respekt för Fk:s kompetens.

Något som ytterligare kan komplicera saker och ting – för dialogförarna – är att om den dolda konflikten i gruppen är stark så finns också en tendens att föra över den på dialogförarna. Därmed tangeras gruppterapeutens eller utvecklingskonsultens arbetsområde och kompetens; i korthet gäller det då att kunna betrakta alla reaktioner på dialogförarnas närvaro som organisationens (t.ex. vårdcentralens) sätt att förmedla en bild av sig själv och gestalta sitt dominerande problem.

Ett tyst rop på hjälp med andra ord; men ett rop som dialogföraren på den korta tid som står till buds givetvis inte har någon möjlighet att besvara.

Däremot finns möjligheten att utifrån denna information bättre förstå vad som eventuellt kan hämma organisationen när man som dialogförare försöker få till stånd en annan attityd eller vill hjälpa till att – så långt möjligt – skapa bättre resultat inom ohälsoområdet.

Här kan det vara på sin plats att påminna om det sätt att förhålla sig till olika sociala situationer som togs upp i början av rapporten under samlingsbegreppet *transitionellt förhållningssätt*. Inom den här psykologiska riktningen av gruppdynamiken förekommer också (från 1985 i ett tidigt utkast av Claude Faucheux) begreppet ”designer of social situations”, vilket stämmer ganska bra in på dialogförarens roll och arbetsuppgifter. En dialogförare kan ju sägas vara en sorts arrangör av olika situationer, som har som syfte att skapa olika fora för att bl.a. öka medvetenheten om den stigande ohälsan och hur olika aktörer skulle kunna arbeta tillsammans för att minska den.

Här liknas den s.k. sociala arrangören – i vårt fall dialogföraren – vid en trädgårdsmästare men med en viktig distinktion. Trädgårdsmästaren vet att om han/hon ser till att växterna får bra förutsättningar så blir resultatet – med rätt väder – ganska förutsägbart. Dialogföraren kan också med viss ansträngning se till att ingångsvärderna för t.ex. hans eller hennes olika möten med en arbetsgrupp eller en ledning kommer att bli så gynnsamma som möjligt.

Ändå vet dialogföraren *inte exakt vad* som kommer att bära frukt helt enkelt för att den ”frukt” som blir resultatet av de gemensamma ansträngningarna *skapas, uppfins* på lite olika sätt från situation till situation. På sin höjd kan man som dialogförare eller utvecklingskonsult eller grupptherapeut säga något om den riktning som utvecklingen kommer att ta.

Slutsatsen blir – lite paradoxalt – att i rollen som dialogförare måste man vara förtrogen med de inre skeendena i sin egen *och* de andra aktörernas organisationer på en nivå som t.o.m. är bättre än trädgårdsmästarens kunskap om alla sina olika växter. Man måste kunna detta för att klara av att skapa gynnsammast möjliga sociala situation, ett sammanhang där människor möts på ett sätt så att utveckling blir möjlig. Paradoxen består i att även om man gör allting bättre än trädgårdsmästaren så kan man ändå inte bli mer exakt när det gäller att tala om vad som blir slutresultatet.

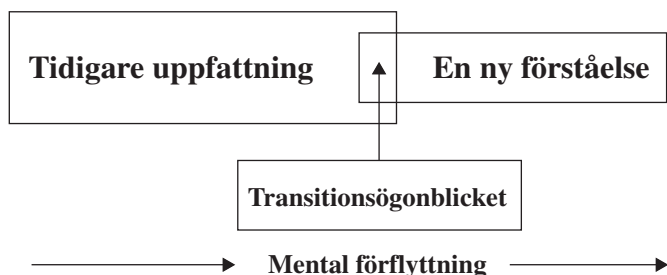
Och det är när man som dialogförare har börjat förstå just detta som man själv har nått fram till sin egen transition, sin egen övergång från omedvetenhet om dessa fenomen till en ny medvetenhet.

Transition är med andra ord just det *ögonblick* när man kommit till slutet av sina tidigare uppfattningar om ett visst eller vissa fenomen i sin egen – ofta sociala – verklighet och när man börjar få en annan och ny förståelse för samma fenomen. I och med detta blir också förändring möjlig. När man kan se både sitt gamla jag och sitt nya jag, så väljer de flesta det nya helt enkelt för att den nya förståelsen också innebär ett förnekande av de tidigare uppfattningarna. En transition är med andra ord en sorts *aha-upplevelse om den egna utvecklingspotentialen*.

Ur denna synvinkel innebär ett konsekvent transitionellt förhållningssätt ett ständigt förnekande av det gamla och ett lika ständigt – i betydelsen fortgående – bejakande av det nya. Givetvis måste då det nya stå för något som man upplever som positivt och bättre än det tidigare. Huvudregeln är att i sin transition bör man alltid – i sin mentala förflyttning – röra sig i riktning *mot* något och inte ifrån något.

I figuren nedan fångas själva *transitionsögonblicket* utifrån detta resonemang:

Figur 3 **Transitionsögonblicket är det moment av insikt där man kan se sina tidigare uppfattningar i ljuset av en ny förståelse. I och med att man kan se båda vid samma tillfälle så blir också en mental förflyttning och därmed en förändring möjlig att välja**



Med de olika resonemangen som bakgrund blir det nu möjligt att besvara de tre inledande frågorna i detta avsnitt. Frågorna var:

- 1) Finns det något sätt att börja en Dialog som är bättre än andra sätt?
- 2) Kan man korrigera för en dålig början?
- 3) Vad måste man tänka på ytterligare för att få så goda resultat som möjligt med Dialogen?

Vi kan nu se att svaren handlar om att:

- 1) Börja högst upp i aktörens organisation med att förankra, dvs. säkerställa förståelse och engagemang och att sedan fortsätta nedåt samt parallellt förankra i den egna kassan. Det gäller med andra ord att skapa så gynnsamma förhållanden som möjligt för en vidareutveckling av Dialogen
- 2) Ja, det är möjligt att korrigera för en dålig början – om man gör det snarast. Här gäller samma princip som för alla komplexa system, kanske speciellt för organisationer, att initialförhållandena, hur man börjar, bestämmer hur fortsättningen – och därmed utvecklingen kommer att bli.
- 3) Att skapa gynnsamma förhållanden eller förutsättningar för att få bra resultat med Dialogen utifrån den kunskap som man som dialogförare skaffat sig om den egna organisationens och aktörsorganisationernas olika företagskulturer samt på vilket sätt detta kan bli avgörande för gruppdynamiken. Samt att också låta gruppdynamiken arbeta för sig och inte emot sig.

I den här rapporten närmar vi oss nu en presentation och diskussion av svaren på de tre enkäter, som nämndes alldeles i början. Som vi snart skall se kommer enkätresultaten att ytterligare fördjupa bilden av hur en dialogförare kan arbeta med Dialogen och vad han eller hon i så fall bör tänka på. Men först några ord om etik och ett konsultativt förhållningssätt.

Dialogen i praktiken: Håller etiken?

Så här beskrev en dialogföreläsare från södra delen av landet sitt arbetssätt: ”Det gäller att leda Dialogen på ett sätt så att de själva säger det man själv skulle ha sagt”. Frågan blir hur vi skall bedöma det här uttalandet. Skall det som uttalandet ”står för” fortsättningsvis bli ett kännetecken för Dialogenmetodiken? Är det frågan om en (alltför) sofistikerad samtalsmetodik? Eller tyder det som sägs på en försåtlig manipulation av övriga aktörer?

Ute i dialogföreläsarens verklighet kanske alla tre påståenden som finns dolda i frågorna är mer eller mindre sanna. Ibland får ändamålet helga medlen kanske man resonerar och blir blind i sin strävan att snabbt åstadkomma resultat. Men ur en etisk synvinkel – antingen det nu är från ett moral- eller konsekvensfilosofiskt perspektiv – är det fullt tillräckligt om det andra påståendet (dolt i fråga 2) är sant och då helst utan den inlagda parentesens.

Etik har nämligen ofta att göra med *avvägningar mellan ansvar och frihet*. Friheten handlar då om en frihet att kunna besluta och att man då som t.ex. dialogföreläsare också ger denna frihet till alla aktörer man kommer i kontakt med.

Ansvaret rör det yttersta ansvar var och en – aktörer, handläggare, läkare, osv. – måste ta för de val vi gjort när vi fattat ett eller flera beslut.

Det som lite populärt kallas för en *etisk hållning* visar sig i en *ständig insikt* om att våra beslut får konsekvenser som vi måste lära oss att leva med. Moral handlar med andra ord om hur vi ser på rätt och orätt och hur våra uppfattningar om detta styr våra beteenden. *Hög moral* blir då en fråga om varaktigheten i uppfattningen, dvs. vi har hög moral bara om vi intar *samma hållning i olika sammanhang*.

Om en person har såväl en etisk hållning som en hög moral brukar vi ibland tala om inre resning. Ett konsultativt eller transitionellt förhållningssätt bör också kännetecknas av just detta. Det är dessutom effektivt ur inlärnings- och förändringssynpunkt; om alla i t.ex. en utbildningsgrupp känner att de i varje ögonblick aktivt får/måste göra personliga val med konsekvenser för den egna professionella framtiden så ökar uppmärksamheten och därmed också möjligheterna till personlig utveckling.

Vidare – när man själv varit med om just detta – ökar medvetenheten drastiskt om att det är just på detta sätt man själv måste arbeta med sitt konsulta-

tiva förhållningssätt och sina olika metoder för att kunna åstadkomma en förändring som blir varaktig och därmed ger resultat år efter år. Etisk hållning och god moral är med andra ord när det gäller det egna förhållningssättet – lyckligtvis – samma sak som resultatorientering.

Och nu får du som läsare av rapporten själv avgöra om frågan i rubriken kan anses vara nöjaktigt besvarad.

Resultat: Tre enkäter

Enkäter ger inte alltid samma resultat som intervjuer. Och omvänt. Men ofta kan s.k. kvantitativa och kvalitativa mätmetoder ge en fördjupad bild av det man försöker förklara, analysera, dra slutsatser av och – som i detta fall – utvärdera.

De tre enkäter som använts i denna undersökning för att fördjupa bilden av Dialogen som utvecklingsprocess finns presenterade i bilagorna 3–5. Här kan man se att enkäterna består av ett antal frågor, där man kan kryssa för sitt svar på en 5-gradig s.k. ordinalskala men att det också finns frågor som man kan besvara skriftligen, s.k. öppna frågor. Som nämnts i början av rapporten skickades *enkäten till dialogförare* – via delprojektets kontaktpersoner – till samtliga aktiva dialogförare i landet. Dessa fick dessutom i sina kuvert exemplar av de två övriga enkäterna samt bifogade informationsbrev (bilaga 2) och svarskuvert, som de skulle vidarebefordra till de vård- respektive arbetsgivare som de haft kontakt med i samband med en eller flera Dialoger.

I flera fall fick dialogförarna och vård- och arbetsgivarna besvara samma, liknande eller likartade frågor. Antalet frågor varierade lite från enkät till enkät. Avsikten var dock att få till stånd frågeställningar inom vilka man skulle kunna mäta om de tre grupperna hade ungefär samma eller skilda uppfattningar. I presentationen nedan av resultaten av enkätsvaren har frågorna grupperats i olika kategorier. Inom varje kategori presenteras dialogförarnas synpunkter samt också vårdgivarnas och/eller arbetsgivarnas. På detta vis kan man alltså jämföra dialogförarnas uppfattningar eller attityder i en fråga med en eller två av de övriga grupperna. Genomgående används medelvärden som jämförelsemått. Nedan diskuteras för varje kategori de olika värdena och dessutom redovisas ett antal svar på de s.k. öppna frågor som varje grupp också fick besvara. Kategorierna har följande namn eller beteckningar:

- Dialogförarnas kompetens
- Uppskattning av Dialogen
- Diskussioner, samarbete, sjukskrivningsmönster
- Förebygga – förkorta – rehabilitera
- Läkarintyget
- Arbetsgivarens ansvar

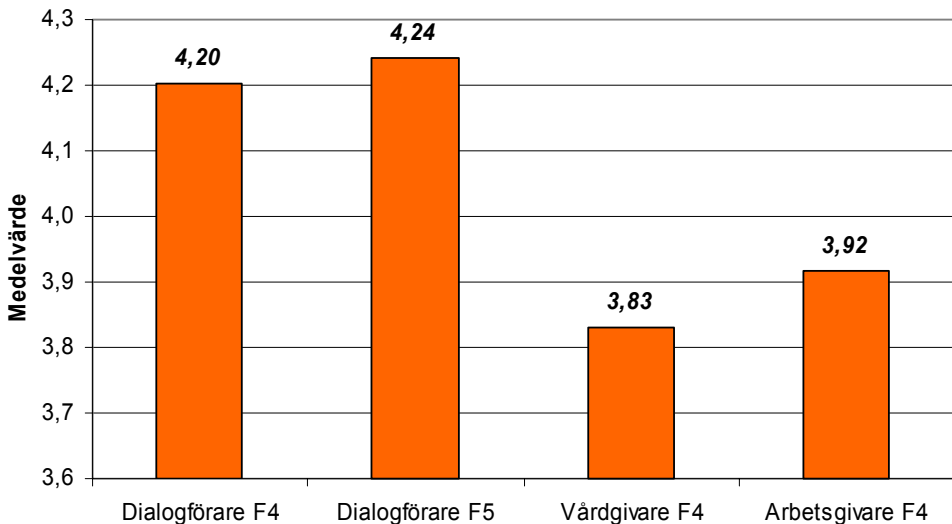
Av namnen på kategorierna kan man utläsa att enkäterna i mångt och mycket var resultatorienterade, något som också var avsikten från början. Det intres-

santa finns givetvis i svaren. På vilka sätt är de tre olika grupperna överens om att man redan uppnått vissa resultat? Och: På vilka olika sätt skiljer man sig åt?

Hög kompetens – men skönhetsfläckar

Den första kategorin rör kassahandläggarnas och försäkringsläkarnas kompetens att arbeta med Dialogen. Medelvärdena för hur man uppfattar sin *egen* kompetens jämfört med hur vård- respektive arbetsgivarna ser på samma sak kan vi utläsa ur diagram 1 nedan:

Diagram 1 Kassahandläggares egen uppfattning om sin kompetens som dialogförare utifrån två frågor jämfört med hur vård- och arbetsgivare uppfattat samma kompetens



I fråga fyra resp fråga fem (se också bilaga 3) fick dialogförarna på den 5-gradiga skalan kryssa för på i vilken utsträckning – från *instämmer inte alls* till *instämmer fullt ut* – man kunde hålla med om följande påståenden samt också besvara en följdfråga. Dessa redovisas i tabellen nedan för att ge en bild av hur enkäten sas byggdes upp i form av en kombination av kryssfrågor och s.k. öppna frågor (följdfråga i tabellen nedan). Angående de olika frågornas konstruktion och ordalydelse i resten av enkäten hänvisas till bilagorna 3–5.

Tabell 10 Två frågor om att bedöma egen kompetens i dialogförarenkäten

Fråga 4 (F4)	Fråga 5 (F5)
Jag tycker att jag på ett bra sätt klarar att arbeta i rollen som dialogförare	Som dialogförare behärskar jag väl de flesta situationer som kan inträffa
<i>Följdfråga:</i> Om du kryssat för alternativ 1 eller 2: hur kan rollen förbättras enligt din mening?	Om du kryssat för 1 eller 2: Ge exempel på situationer du inte behärskar som dialogförare

Svaren på de två frågorna (F4 och F5) illustrerar sammantaget hur dialogförarna ser på sin kompetens. Som vi kan se av diagram 1 ser man denna som ganska hög på den 5-gradiga skalan jämfört med motsvarande svar från vård- och arbetsgivare, där man fick svara på frågan (F4) om man tyckte att ”kassans handläggare har rätt kompetens som dialogförare”.

På följdfrågorna har man som dialogförare bl.a. svarat att *rollen* kan förbättras om man får mer tid och blir avlastad i det ordinarie arbetet. Man behöver också ”mer tid för förberedelser och bättre planering av uppföljning”. För att förbättra rollen föreslår man också ett nygammalt recept från rehabsamordningen: ”Förslag. Att vi kanske finns på resp vårdcentral”.

Bland *situationer* som kan vara svåra att behärska märks att det ibland – pga. kontorets arbetssituation t.o.m. kan vara svårt att få tid till att få fram lokal statistik till ett Dialogmötet – som alltså bör vara väl förberett.

Det kan också bli oöverstigligt att få igång en Dialog på så pass kort tid som en timme och att det då kan ha varit svårt att ”få till en bra sammanfattning eftersom dialogen i tid tagit längre tid än planerat. Har då hoppat över sammanfattningen”.

I transitionella termer har man då övergett uppgift 2, dvs. reflektionen kring *hur* man kommit fram till olika beslut under Dialogen men också hur själva diskussionen har upplevts av olika inblandade. Då hamnar man också i det som berörts tidigare under rubriken ”single-loop learning” (se figur 1, sid 18). Vilket ju enligt både utbildning och teoribildning leder till återfall i tidigare tänkande och kanske också attityder.

Eftersom trots allt de flesta dialogförare gett svar runt 4, dvs. att man instämmer ganska mycket på de två frågorna så är det inte så många som har en

upplevelse av att rollen behöver förbättras och att man alltså inte fullt ut behärskar situationen. De dialogförare som trots allt kommenterade fråga 4 och fråga 5 ovan kom från följande län enligt utskriften, som alltså skedde i nummerordning per dialogförare och inte i bokstavsordning per län:

Tabell 11 De län där dialogförarna ger exempel på hur man skulle kunna förbättra deras roll samt också ger exempel på situationer som är svåra att behärska

<i>Fråga 4:</i>	<i>Fråga 5:</i>
Västernorrland	Västernorrland
Västra Götaland (3 svar)	Västra Götaland
Kronoberg	Kronoberg
Västmanland (2 svar)	Jönköping
Norrbottnen	
Halland	Halland (2 svar)

För vårdgivare och arbetsgivare gäller lägre (medel)värden när man bedömer kompetensen hos kassans handläggare, något vi kan se i diagram 1.

I stället för ett medelvärde som i dialogförarnas fall kretsar kring 4.2 får vi här ett medelvärde runt 3,9. Så skillnaden är inte så stor. Intressant är däremot att man som dialogförare bedömer sig som kompetent i en utsträckning som inte har sin fulla motsvarighet i hur denna kompetens bedöms av vårdgivare och arbetsgivare.

Dessa har också fler synpunkter – ungefär dubbelt så många – kring hur kompetensen hos kassans dialogförare/handläggare skulle kunna förbättras, t.ex. – från vårdgivarna, i regel läkare: ”Bättre utbildning i medicinska och socialmedicinska frågor”. Vidare att: ”Kompetensen varierar ganska mycket. Från dålig till mycket hög.” Samt: ”Tror att det vore en fördel om fler handläggare hade en bakgrund i sjukvården”.

Från arbetsgivarna hörs liknande tongångar: ”Olika kompetens hos olika handläggare. Allt ifrån ’sådär’ till ’mycket bra’”. Samt: ”Kompetensen är bra, men det är inte ’rätt nivå’”. Men man menar också från arbetsgivarna att kassahandläggarens kompetens är: ”Helt rätt men de har en omöjlig arbetssituation pga. felaktiga politiska beslut och dåliga chefer”.

De här synpunkterna och liknande kom från en rad olika län, något vi kan se i nästa tabell:

Tabell 12 Synpunkter på hur dialogförarnas kompetens kan förbättras enligt vårdgivare och arbetsgivare i olika län

<i>Vårdgivare:</i>	<i>Arbetsgivare</i>
Halland (2 svar)	Halland
Västra Götaland	Västra Götaland (2 svar)
Örebro	Örebro
Stockholm (6 svar)	Skåne
Östergötland	Jönköping
Dalarna	Dalarna
Uppsala	Värmland
Sörmland (2 svar)	
Västmanland	

Ungefär hälften av svaren är specifikt kritiska, övriga är av en mer allmän karaktär och svarar egentligen inte på frågan utan i stället t.ex. att man som dialogförare borde ha: ”Mer kontakt med verkligheten”.

Det kan vara intressant att notera att flera vård- och arbetsgivare menar att kompetensen hos kassans handläggare är *ojämn*. Kompetensen ser med andra ord bra ut på ytan men har skönhetsfläckar.

En orsak till detta skulle kunna vara att olika handläggare kanske inte i alla fall blev uttagna till dialogförarutbildningen utan själv fick välja eller att man helt enkelt blev ditskickad för att fylla en viss kvot. Dvs. att om nu ledningen för kassan hade förbundit sig att ställa upp för de olika Prohälsaprojekten inklusive och kanske i synnerhet Dialogen så måste man ju också se till att utbilda en del av personalen. Att det sedan inte alltid blev de lämpligaste utan kanske de som man ändå kunde undvara – ja det problemet fick man komma till rätta med senare.

Hur som helst kanske Dialogen skulle sälla sig till den långa raden av projekt som man i kassavärlden under årens lopp vant sig vid att se rinna ut i sanden. Dvs. det skulle knappast bli något resultat av själva projektet och detta skulle

därmed inte heller få någon effekt på den löpande verksamheten: Så varför anstränga sig i onödan?

Men detta är kanske – kanske inte – alltför lösa spekulationer utifrån en i sin tur alltför låg svarsfrekvens. Å andra sidan är det ju just en sådan som inbjuder till gissningar.

I nästa diagram (se bilaga 6, diagram 2) bedömer vård- och arbetsgivare kompetensen hos *försäkringsläkarna*. Från arbetsgivarna är svarsfrekvensen så låg (11 svar av 84 möjliga) pga. att man de inte känner till försäkringsläkares arbetsuppgifter och – i de flesta fall – inte heller har träffat någon att det inte går att uttala sig om hur man därifrån egentligen ser på försäkringsläkares kompetens som dialogförare.

Men från hans eller hennes kollegor på olika sjukvårdsinrättningar får man – med en hög svarsfrekvens – ett ganska så högt medelvärde på 3,91. Jämfört med diagram 1 kan vi se att vårdgivarna bedömer försäkringsläkarnas kompetens att arbeta med Dialogenmetodiken som i stort sett på samma nivå som kassans handläggare – dessa fick ju ett motsvarande medelvärde på 3,87.

Skriftliga kommentarer utifrån samma följdfråga som för kassans handläggare från i stort sett samma län som i tabellerna ovan men nu *från läkare om läkare* kan låta så här:

”Kan ej göra någon bedömning på något som ej syns, hörs, ifrågasätter eller för dialog”.

”Har aldrig fått chans att bedöma det, anar att den är bra”.

”Vet ej. Har inte pratat med läkare”.

”Går ej ett bedöma”.

”Har ingen uppfattning eftersom jag aldrig träffat någon personligen. Ett ärende som var för 1 år tillbaka berörde en försäkringsläkare som enbart utmynnade i onödiga extra undersökningar och inte tillförde något i själva ärendet”.

Svaren är mycket representativa; så något överraskande har alltså en lång rad vårdgivare (upp mot 24 av 127) inte ens träffat någon försäkringsläkare. I de få fall där man faktiskt mött en försäkringsläkare under en Dialog är man dock positiv – även om man egentligen inte borde vara det – eftersom (följd)frågan ju var att om man nu kryssat för en låg gradering i enkäten (1 eller 2) dvs. i närheten av attityden *instämmer inte alls* så skulle man ju tala om hur försäkringsläkarnas kompetens skulle kunna förbättras.

Man kan bara hoppas att de vårdgivare som fyllde i höga värden, dvs. 3, 4 eller 5 i sin enkät också träffat en försäkringsläkare under en Dialog och tänkte på just detta möte när man gjorde sin – relativt höga – bedömning av kollegans kompetens.

De flesta har uppskattat Dialogen

Dialogen har mött stor uppskattning, men mest verkar det här sättet att arbeta ha uppskattats av dialogförarna själva. Ungefär så skulle man – lite kortfattat kanske – kunna sammanfatta den här kategorin av enkätsvar.

I enkäten till dialogförare rör frågorna 6 och 8 i vilken utsträckning man tror att arbetsgivare och vårdgivare har uppskattat Dialogen som metod för att informera och för att utveckla samarbetet. Underförstått då mellan kassan och dessa två aktörer. I diagram 3 och 4 – se nedan kan vi också se att dialogförarna (F6) tror att arbetsgivarna (F6) har uppskattat Dialogen i lite större utsträckning än vad arbetsgivarna själva tycker sig ha uppskattat den. Och det är en skillnad som blir ännu lite större vid samma jämförelse med vårdgivarna (F8 resp F6) – här är skillnaden ungefär 10 procent av den skala som används som mått. Dvs. dialogförarna tror att läkarna uppskattar Dialogenmetoden mer än vad dessa faktiskt gör.

Diagram 3 Jämförelse (medelvärden) mellan dialogförares och arbetsgivares uppfattningar om hur mycket man uppskattat Dialogen som metod för att informera och utveckla samarbetet

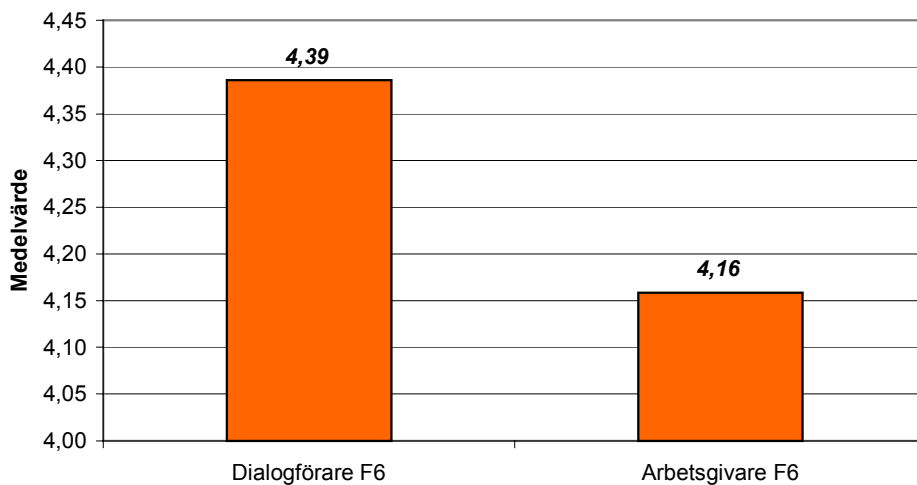
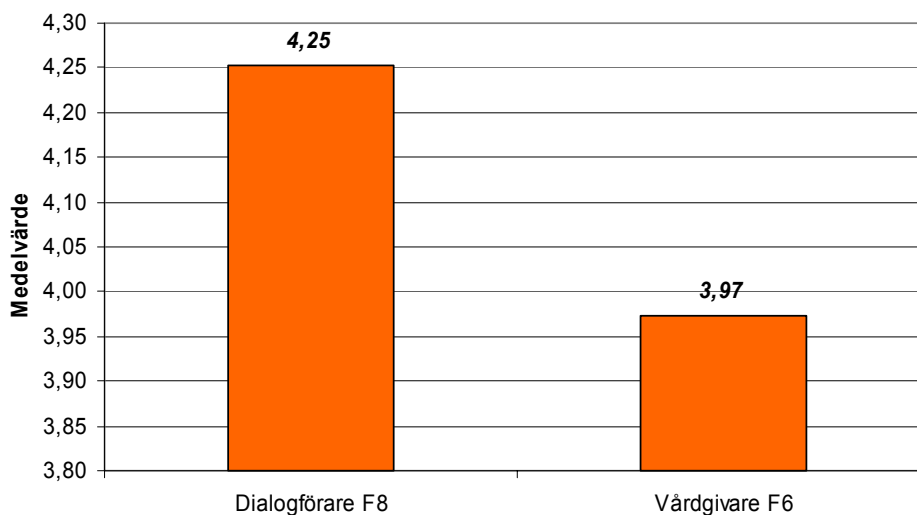


Diagram 4 Jämförelse (medelvärden) mellan dialogförares och vårdgivares uppfattningar om hur mycket man uppskattat Dialogen som metod för att informera och utveckla samarbetet



Till just den här frågeställningen finns ingen specifik följdfråga som skulle kunna förklara skillnaderna. Möjligen skulle man kunna dra slutsatsen att dialogförarnas entusiasm för metoden inte återspeglas fullt ut hos vare sig vårdgivare eller arbetsgivare. Detta skulle i sin tur kunna bero på att det sätt att diskutera på och lösa problem som används i Dialogen framstår som mera modernt inom kassan än det kanske är inom åtminstone vissa delar av vården och kanske hos de flesta arbetsgivare.

Utbildningar inom konsultativt förhållningssätt enligt liknande modell har trots allt förekommit till och från inom olika organisationer ända sedan slutet av 80-talet. Under rubriken övriga synpunkter i enkäterna till arbetsgivare och vårdgivare finns också en del exempel på att man uppskattar det nya samarbetet med kassan men kanske i en del fall är aningen blasé i sin uppskattning av metoden.

En arbetsgivare – från Värmland skriver t.ex. – under punkten *övriga synpunkter* – att: ”Som arbetsgivare känner vi allvaret med att jobba med de frågor som dialogen tar upp oavsett om dialogen genomförs eller inte. Dialogen snabbar dock upp arbetet och är en nyttig pådrivare om saker skulle riskera att dra ut i långbänk”.

Och från Västerbotten – som alltså ligger närmare långbänkarnas hembygd kommer följande reflektion från en som det låter, något luttrad, arbetsgivare: ”Bra tanke, men många reser runt i samma ärende. Inget speciellt tillkom”.

Man kan ju fråga sig vilka de ”många” skulle vara som reser runt i just detta ärende, dvs. att minska ohälsa och sjukfrånvaro men vilka konkurrenterna i så fall skulle vara förmåler inte citatet.

Från en arbetsgivare från Stockholm kan man – som en motvikt – få höra något mer positiva tankegångar: ”Vi har redan ett mycket bra och öppet förhållande till försäkringskassan och samverkar på flera punkter”. Men skriver sedan samme/samma arbetsgivare: ”Jag anser inte att dialogen tillfört något nytt. Självfallet är det alltid bra att ha en öppen dialog mellan FK och arbetsgivaren och detta kan ytterligare förbättras, men då i vårt löpande arbete”.

Vårdgivarna verkar ha en aning större misstrogenhet till metoden än arbetsgivarna, något som också framgår vid en direkt jämförelse mellan dessa två – se diagram 5 i bilaga 6. Från läkargruppen hörs också lite olika tongångar kring samarbetet, denna gång – kanske en aning uppgivet – från Göteborg: ”Vi tror på metoden men måste avvakta med synpunkter då vi inte har påträffat samarbete”.

Från Stockholm är man däremot mera kritisk som i det följande ganska långa uttalandet: ”Vi har endast haft ett dialogmöte med läkare och FK. Vid detta möte kom vi inte fram till något speciellt utan att vi skulle ha ett nytt möte senare och förhoppningsvis då komma vidare. Det stora problemet vid mötet var att vi inte hade ett vettigt diskussionsunderlag. Det saknades uppgifter om hur sjukskrivningsbilden såg ut vid just vår vårdcentral och hur denna bild ser ut i förhållande till övriga, i vår kommun, vårt landsting, Sverige. Vi hoppas och förutsätter att FK har med sig dessa uppgifter vid vårt nästa möte. Vi bedömer att detta är nödvändigt för att kunna gå vidare”.

I Sörmland är en läkare positiv till det nya och utvidgade samarbete som Dialogen innebär men menar – nog så insiktsfullt – att: ”Möten och dylikt ändrar inte den grundläggande problematiken. Attitydförskjutningar i samhället. Arbetsgivarens slimmade organisation. Dåligt ledarskap inom kommun och LT. AF attityd att vilja sjukdomsförklara människor”. Här, angående det sista citatet om just sjukfrånvaro, skulle man vilja tillägga: Glöm inte läkarnas sjukskrivningsmönster. Plus att en stor poäng med Dialogen – som den nu är tänkt att tillämpas – är just att bl.a. försöka ändra attityder och uppfattningar hos t.ex. läkarna. Samt att också kunna förklara för arbetsgivarna att de slimmade organisationerna har ett kanske alltför högt pris. Speciellt sedan arbetsgivarna själva – på grund av kostnader för sjuklöneperioden – har börjat få betala vad eventuellt denna typ av organisation kan ha gett upphov till.

Så även ur företagsekonomisk synvinkel är en rymlig organisation för friska förmodligen bättre än en slimmad för sjuka. Kommentarer till information och samarbete – som skymtar i många följdfrågor i de tre enkäterna – kännetecknas av det som ibland på diplomatspråk kallas för ”försiktig optimism”. Dvs. man hoppas att det som kassorna nu dragit igång skall visa sig både genomtänkt, uthålligt och ge önskvärda effekter.

Men om kassan inte klarar att genomföra Dialogen och övriga Prohälsaprojekt kan man ana att bakom diplomatin finns en stor beredskap för såväl förvirring som besvikelse.

Diskussioner – samarbete – sjukskrivningsmönster

Enkätsvaren i den här kategorien är en respons på följande frågeområden (för exakt ordalydelse för de olika frågorna se bilaga 3–5) i de olika enkäterna:

Tabell 13 Jämförelse av olika frågeområden i enkäterna till dialogförare, vårdgivare och arbetsgivare. Enkätsvaren har sedan grupperats på motsvarande sätt i diagram

<i>Dialogförarna</i>	<i>Vårdgivarna</i>	<i>Arbetsgivarna</i>
F7: Vissa resultat från Dialogen med arbetsgivare		F7: Fler diskussioner kring hur få tillbaka långtids sjukskrivna i jobbet F8: Bättre samarbete i enskilda rehabärenden
F9: Vissa resultat från Dialogen med vårdgivare	F7: Läkarnas sjuk skrivningsmönster F8: Bättre samarbete i enskilda rehabärenden F11: Underlättar rehabsamordning	
F10: Fler diskussioner om läkarnas sjukskrivningar (mönster)	F7: se ovan F12: Tydligare läkarintyg	
F11: Bättre samarbete i enskilda rehabärenden med sjuk- och hälsovård	F8: se ovan	

Av tabellen kan vi se att de här frågeområdena är klart resultatorienterade. De jämförs *sins emellan* och *rad för rad* på det sätt som de finns sorterade i tabellen.

Dvs. från dialogförarna kan man hävda – enligt fråga sju, F7 i sin enkät att man redan sett *vissa resultat* från Dialogen med arbetsgivare.

Detta jämförs sedan i diagram 6 med om arbetsgivarna tycker att man faktiskt börjat ha fler diskussioner kring att få tillbaka långtidssjukskrivna i jobbet (F7) samt att det börjar bli ett bättre samarbete med kassan i enskilda rehabären-

den (F8). Motsvarande gäller för fråga nio, F9 där dialogföraren skall ta ställning till att: ”Jag har redan sett vissa resultat från Dialogen med vårdgivare”.

Detta jämförs – se diagram 7 – med vad vårdgivarna egentligen tycker om resultatet av Dialogen inom tre områden, nämligen läkarnas sjukskrivningsmönster (F7), bättre samarbete i enskilda rehabärenden (F8) och att Dialogen eventuellt skulle kunna underlätta för rehabsamordningen (F11).

Nedan presenteras Diagrammen 6 och 7 i jämförande syfte.

Diagram 6 Jämförelse (medelvärden) mellan dialogförarnas uppfattning (F7) om i vilken utsträckning Dialogen gett vissa resultat i arbetet med arbetsgivare och vad dessa själva anser om a) sin förmåga att få tillbaka långtidssjukskrivna i jobbet (F7) samt b) att arbetet med Dialogen skulle ha lett till ett bättre samarbete i olika enskilda rehabärenden med Försäkringskassan (F8)

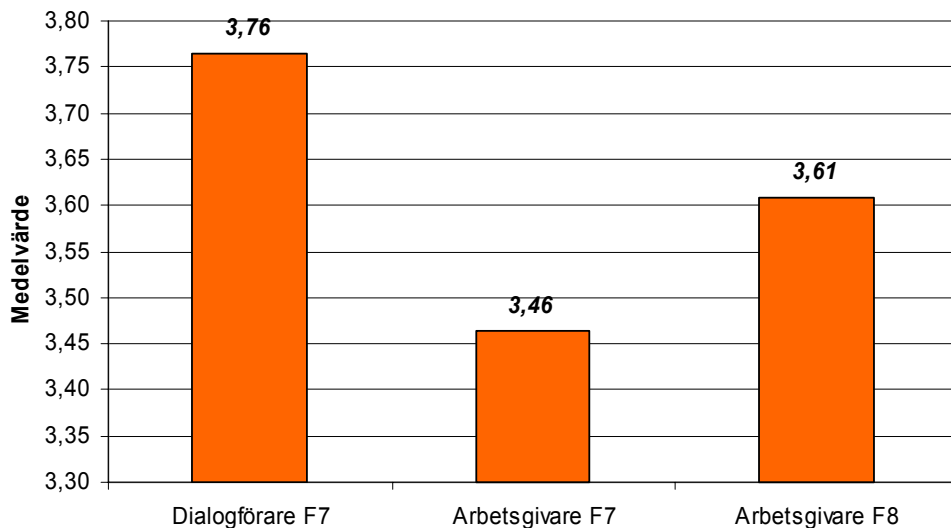
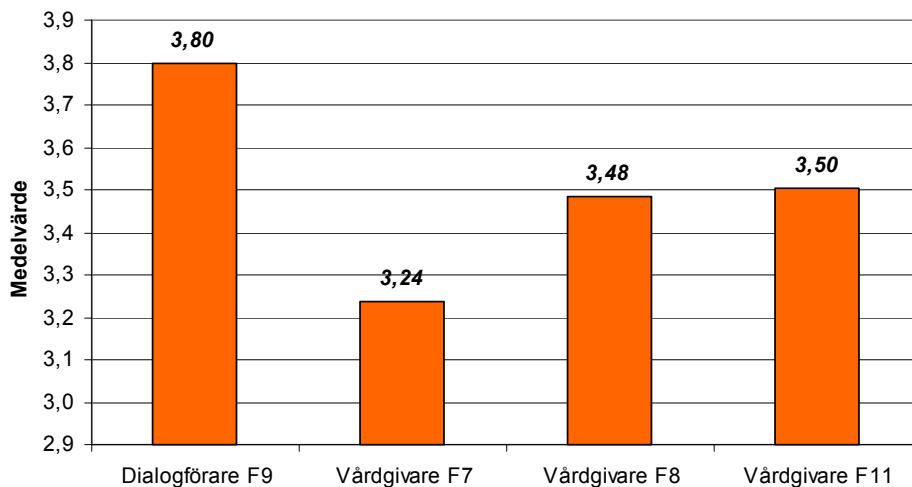


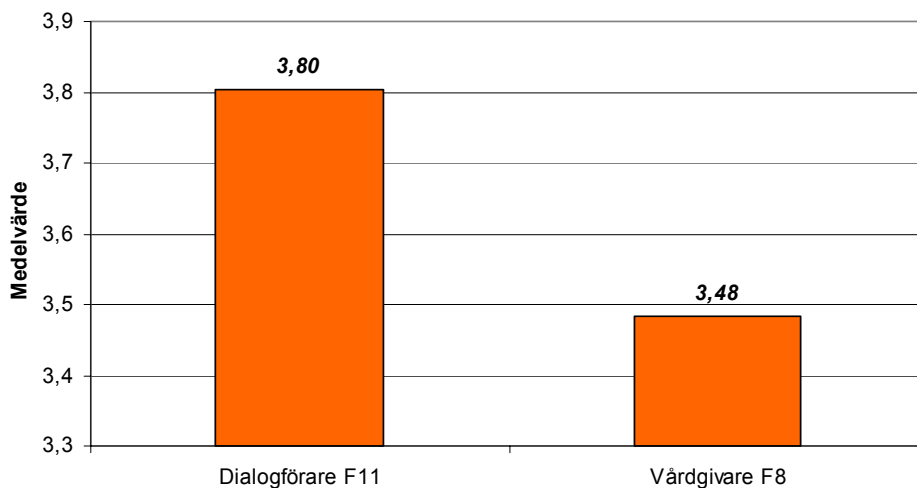
Diagram 7 Jämförelse (medelvärden) mellan dialogförarnas uppfattning om i vilken utsträckning Dialogen gett vissa resultat i arbetet med vårdgivare (F9) och vad dessa själva anser om a) att det blivit fler diskussioner kring läkarnas sjukskrivningsmönster (F7) och b) att arbetet med Dialogen leder till ett bättre samarbete i olika enskilda rehabärenden med Försäkringskassan (F8) samt c) att Dialogen kommer att underlätta för rehabsamordningen i det egna länet (F11)



Här kan man se att dialogförelsen tror på ett bättre resultat av Dialogen än vård- och arbetsgivarna. Och något liknande gäller om vi vill jämföra frågorna tio och elva i enkäten till dialogförelse med motsvarande resultatvariabler på de övriga två enkäterna. Av diagrammen 8 – se bilaga 6 – och 9 kan man också dra slutsatsen att i jämförelse med vård- och arbetsgivare kännetecknas dialogförelsens svar av en viss övertro på de mer långsiktiga resultaten av Dialogen.

Lite bestickande är det onekligen att när man – enligt diagram 8 – från dialogförelsen tycker att Dialogen har bidragit till att det blivit fler diskussioner kring läkarnas sjukskrivningsmönster (F10 i dialogförelsenkäten) så verkar detta inte fått genomslag – enligt läkarna själva – i ett tydligare läkarintyg (F12 i vårdgivarenkäten). Här står ett ganska högt medelvärde på 3,88 mot ett relativt lågt – 3,11. Något liknande gäller hur man – från dialogförelse och vårdgivare ser på samarbetet mellan kassan och sjukvården. Detta framgår ganska tydligt av diagram 9 nedan.

Diagram 9 Jämförelse (medelvärden) av hur dialogförare och vårdgivare ser på sitt gemensamma samarbete. Frågan gäller att "arbetet med Dialogen leder till ett bättre samarbete i varje enskilt rehabiliterande"



Så ett övergripande slutresultat av den statistiska analysen av denna kategori blir att dialogförarna verkar ha en något större tilltro till Dialogen som påverkan och kanske som utvecklingsprocess än just de aktörer som man bjudit in till Dialog.

Vad kan detta bero på? För att få en antydning till svar får vi gå till de skriftliga svar på de s.k. *öppna frågor* som ställdes i anslutning till frågorna 7, 9 och 11 i dialogförarenkäten samt till frågorna 8 och 11 i vårdgivarenkäten. I arbetsgivarenkäten är det bara fråga 8 som i denna kategori har ett öppet svarsalternativ direkt i anslutning till frågan. Ordalydelsen till de olika frågorna framgår av bilagorna 3, 4 och 5.

En summering av dialogförarnas synpunkter i form av några olika nyckelord finns i tabellen nedan:

Tabell 14 Exempel i form av svar på öppna frågor på vad dialogförarna uppfattar som resultat av att arbeta med Dialogen

<i>Dialogförare</i>		
<i>F7: Exempel på resultat</i>	<i>F9: Exempel på resultat</i>	<i>F11: Bättre samarbete</i>
<i>Dialog med <u>arbetsgivare</u></i>	<i>Dialog med <u>vårdgivare</u></i>	<i>Exempel på vad som nu fungerar bättre</i>
Fler möten ger resultat	Ökad förståelse	Fler kontakter
Nya möten för samarbete	Bättre diagnoser	Lättare att nå fram
Vinster i förebyggande	Regelbundna träffar	Läkarna har vaknat; de lyfter problem
Tar egna initiativ	Tvårprofessionella team på vårdcentr.	Man kan kommunicera och få lösningar
Info på intygen	Fler partiella sjukskrivn.	
Fler kryss för ”kontakt”		

Det man kan utläsa mellan raderna i svaren är att dialogförarna dels uppenbarligen blivit väl mottagna och att det bemötande som man utbildats i att tillämpa utifrån ett transitionellt förhållningssätt har gett överraskande snabba resultat. Eventuellt är man lite mer skeptisk från övriga aktörer till att kassan denna gång skulle vara mer uthållig än vid andra tillfällen under årens lopp då förebyggande arbete och rehabiliteringssamordning varit orden för dagen.

Men man hoppas, något som framgår av motsvarande sammanställning över de två öppna frågorna från vårdgivarenkäten och en öppen fråga från enkäten till arbetsgivare.

I Vårdgivarenkätens fråga åtta, F8 gäller det att kunna: ”Ge exempel på 1–3 olika saker som nu fungerar bättre just på grund av arbetet med Dialogen men som inte fungerade tidigare”. I den öppna frågan elva, F11 skall man helt enkelt motivera varför man tycker eller inte tycker att: ”Dialogen kommer att underlätta rehabsamordningen i vårt län”. I den här kategorin har arbetsgivarna en öppen fråga, nämligen nr åtta, F8 och den rör ett eventuellt bättre samarbete i enskilda rehabärenden med kassan och att man skall kunna ge 1–3 exempel på olika saker som ”nu fungerar bättre pga. just arbetet med Dialogen men som inte fungerade tidigare”.

Nedan presenteras motsvarande tabell än en gång i form av några olika nyckelord men som alltså speglar uppfattningen från dels vårdgivare, dels arbetsgivare.

Tabell 15 Exempel i form av svar på öppna frågor på vad vårdgivare och arbetsgivare uppfattar som resultat av att arbeta med Dialogen

<i>Vårdgivare</i>		<i>Arbetsgivare</i>
<i>F8: Exempel på resultat</i>	<i>F11: Exempel på resultat</i>	<i>F8: Exempel på resultat</i>
<i>Fungerar bättre</i>	<i>Bättre samordning</i>	<i>Bättre samarbete</i>
Ökad förståelse	Tveksamt	Förståelse för olika ansvarsområden
Teamarbete	Mycket återstår	Snabbare bedömning
Minskar missförstånd	Långt kvar	Uppföljning
Än ingen förbättring	Mer lika bedömningar i hela länet	Större öppenhet
Regelbundna möten		

Som vi kan se av tabellen är man från vårdens sida mest skeptisk till effekterna av Dialogen när det gäller rehabiliteringssamordningen i de olika länen. Ett uttalande från Gävleborgs län under fråga elva, F11 får exemplifiera just denna inställning: ”Det är många andra faktorer som spelar betydligt större roll än Dialogen när det gäller att få till rehabsamordningen”.

Arbetsgivarna verkar vara betydligt mer positiva till de olika möjligheter som Dialogen kan föra med sig. Man menar t.ex. – denna gång från Värmland – att det blivit: ”Bättre insyn totalt. Dock har man pengar på ’fel konton’”.

Men från samma län kommer också synpunkten att: ”Vi hade redan ett bra samarbete innan ’dialogmötet’ så det har varit svårt att göra en bedömning i detta material eftersom själva dialogmötet inte var bra då vi satt och funderade över vad syftet var efteråt. Vi har inte fått någon uppföljning ännu. Vi har kommit långt i rehab och förebyggande arbete i kommunen och även kontakten med försäkringskassan har varit mycket bra”.

En förbättring har man märkt i Kalmar län: ”Vi tar upp fler frågor än aktuella rehabärenden. Vi tar med försäkringskassans handläggare i aktuella projekt inom området”. Och något liknande har hänt i Skåne län: ”Ärenden behandlas snabbare i dag. Upplever större flexibilitet hos FK. Genom ’Dialogen’ arbetar vi effektivare med tidig rehabilitering”.

Sammanfattningsvis för den här kategorin där enkäterna behandlar olika uppfattningar kring vad som kan åstadkommas med Dialogen så är man från

dialogförarna mest positiva, tätt följda av arbetsgivarna medan däremot vårdgivarna, dvs. läkarna intar en mer skeptisk och kanske avvaktande attityd.

Eventuellt är detta en yrkesskada, eventuellt ett sundhetstecken, men vem har inte varit hos doktorn och på en fråga om det kommer att gå bra fått höra den klassiska läkarsentensen: ”Kanske, kanske inte, vem vet?”.

Förebygga – förkorta – samordna

Just den här kategorin av enkätsvar hör till de mest intressanta i de tre enkäterna.

Här behandlas i vilken utsträckning Dialogen sas kan medverka till att förebygga sjukfrånvaro och ohälsa, att förkorta redan pågående sjukskrivningar samt att också bidra till mera flyt i samordningen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Ett flertal frågor jämförs med varandra på ett sätt som framgår i tabellen nedan samt i diagrammen 10–13 (för exakt ordalydelse av de olika frågorna se bilagorna 3–5).

Den tabell som nu presenteras är uppbyggd på ett samma sätt som tabell 13 i föregående avsnitt:

Tabell 16 Jämförelse av olika frågeområden i enkäterna till dialogförare, vårdgivare och arbetsgivare. Enkätsvaren har sedan grupperats på motsvarande sätt i diagram

<i>Dialogförarna</i>	<i>Vårdgivarna</i>	<i>Arbetsgivarna</i>
F12: Dialogen hjälp i det förebyggande		F9: Dialogen hjälp i det förebyggande
F13: Med Dialogen möjligt förkorta nya sjukskrivningar		F10: Med Dialogen möjligt förkorta nya sjukskrivningar
F14: Långtidssjukskr. tillbaka i jobbet med rehab och Dialogen	F10: Långtidssjukskr. tillbaka i jobbet med rehab och Dialogen	F11: Långtidssjukskr. tillbaka i jobbet med rehab och Dialogen
F12 och F13: Se ovan	F9: Med Dialogen kunna förkorta och förebygga	

Liksom frågeområdena i tabell 13, som alltså bl.a. rörde läkarnas sjukskrivningsmönster och resultat av samarbete utifrån Dialogen är dessa frågor också klart resultatorienterade.

Nu rör det synpunkter från – och jämförelser av – de tre olika aktörerna inom tre olika områden: Att förebygga, att förkorta och att samordna. Liksom tidigare jämförs de *sins emellan rad för rad* på det sätt som de finns sorterade på i tabellen.

De aktuella diagrammen är 10, 11, 12 och 13. Dessa fyra redovisas nedan i denna ordning och kommenteras därefter.

Diagram 10 Jämförelse (medelvärden) mellan dialogförare (F12) och arbetsgivares (F9) uppfattningar om i vilken utsträckning man tillsammans kommer att kunna förebygga längre sjukskrivningar

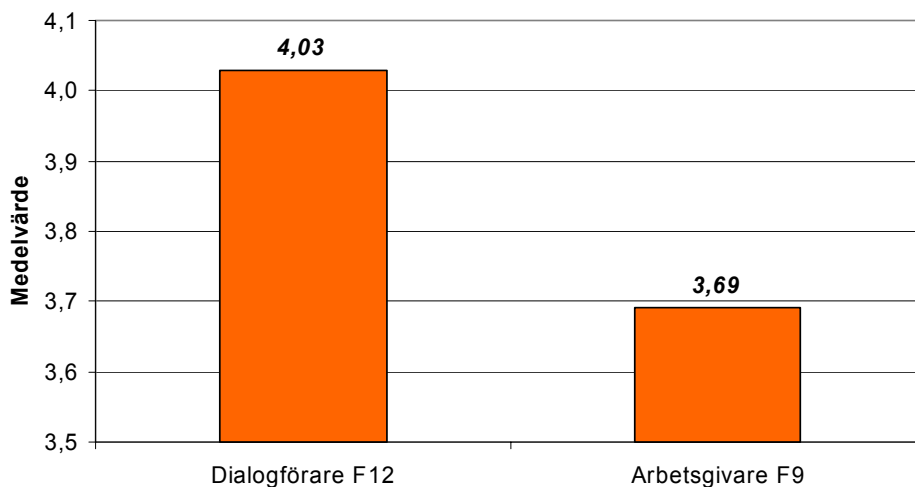


Diagram 11 Jämförelse (medelvärden) mellan dialogförare (F13) och arbetsgivare (F10) om i vilken utsträckning arbetet med Dialogen kan bidra till att förkorta de nya sjukskrivningar som redan har påbörjats

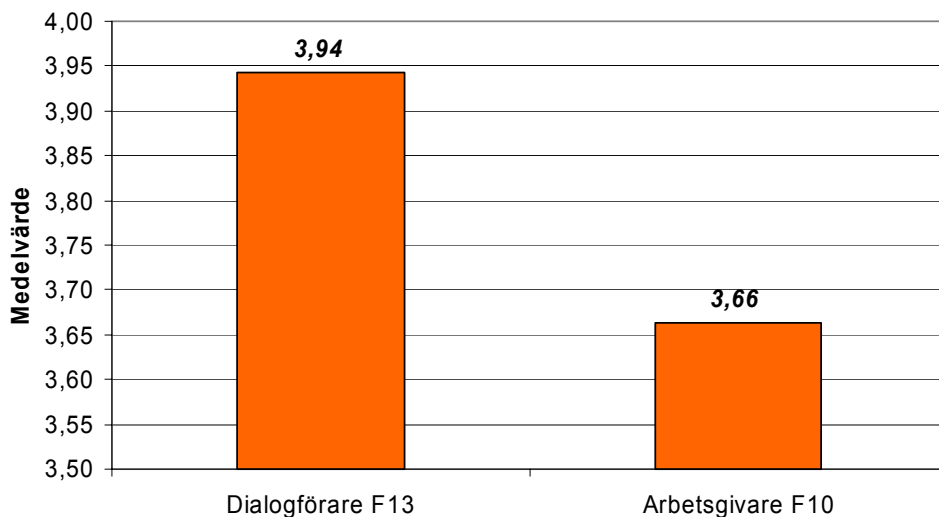


Diagram 12 Jämförelse (medelvärden) mellan dialogförare (F14), vårdgivare (F10) och arbetsgivare (F11) kring i vilken utsträckning arbetet med Dialogen kan bidra till att rehabinsatserna på ett bättre sätt än tidigare kan få tillbaka långtidssjukskrivna i arbete

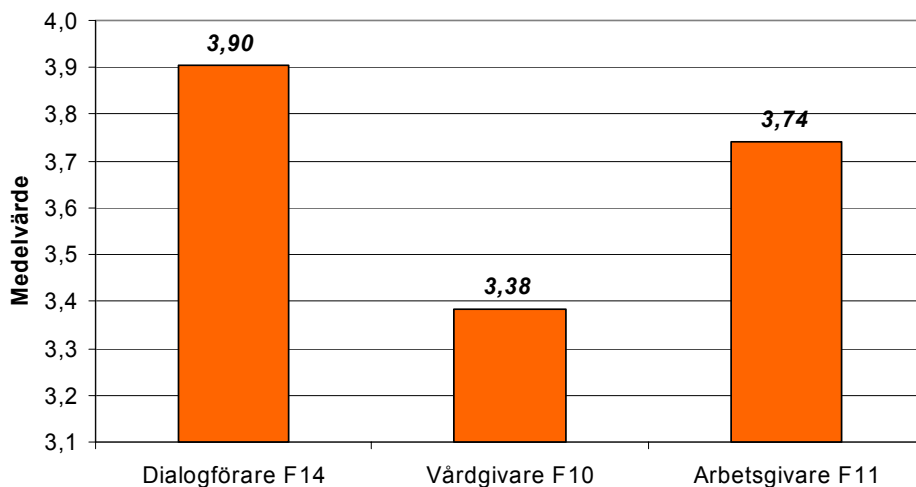
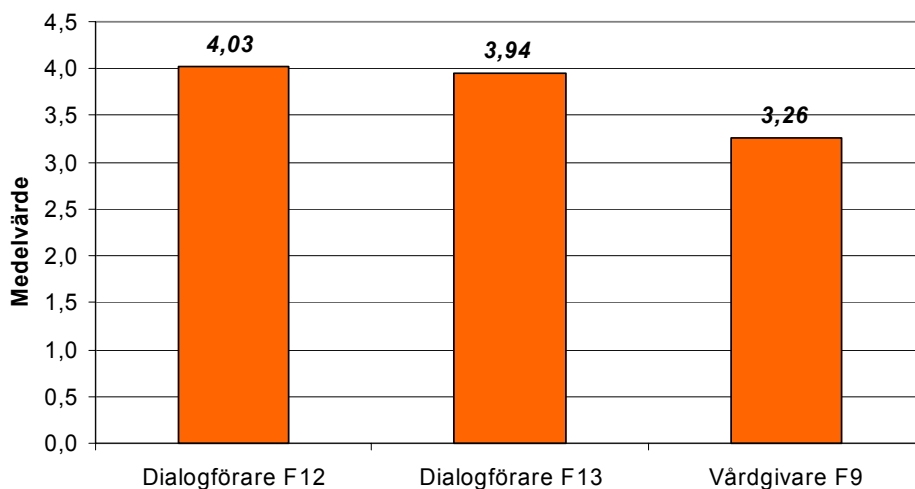


Diagram 13 Jämförelse (medelvärden) mellan dialogförares uppfattningar att arbetet med Dialogen kan a) medverka till att förebygga längre sjukskrivningar (F12) samt b) hjälpa till att förkorta nya sjukskrivningar som påbörjats (F13) å ena sidan och å andra sidan vårdgivares uppfattning att man med hjälp av Dialogen som metod tillsammans kommer att kunna förkorta nya sjukskrivningar och förebygga längre sjukskrivningar i framtiden (F9)



De resultat som diagrammen illustrerar är i stort samma som i tidigare avsnitt: Dialogförares är genomgående mer optimistiska jämfört med övriga aktörer. Man tror att man med stöd av Dialogen kan åstadkomma resultat inom ohälsområdet som påverkar det förebyggande arbetet positivt, som kan förkorta nya sjukskrivningar och ge effekt på samordningen av rehabresurerna.

När det gäller det förebyggande arbetet (se diagram 10) och att förkorta alla de sjukskrivningar (diagram 11) som redan är igång så är arbetsgivarna mer skeptiska medan man verkar ha större tillit till att Dialogen kan medverka till positiva rehabiliteringseffekter (diagram 12).

Här (se samma diagram) är vårdgivarna, dvs. läkarna mer pessimistiska och denna inställning återspeglas förmodligen också i att man från läkarhåll ger relativt låga värden på Dialogens förmåga att förkorta nya sjukskrivningar och förebygga längre sjukskrivningar i framtiden (se diagram 13 där läkarnas uppfattning på sin fråga 9, F9, jämförs med dialogförares F12 och F13; se också tabell 17 och för en exakt ordalydelse enkäterna i bilagorna 3–5).

Samma resultat återkommer alltså men nu i ny skepnad. För att hitta en förklaring och sas få mer kött på benen måste vi gå till de skriftliga svaren på följdfrågorna. Vi börjar med dialogförarna och jämför därefter deras svar med arbetsgivarnas och sedan med vårdgivarnas. Samtliga frågor hade följdfrågor där man uppmanades att motivera sitt svar.

De summerade följdfrågorna i de tabeller som nu följer speglar med andra ord ett ganska omfattande material från samtliga aktörer.

Tabell 17 Motiveringar i form av svar på öppna frågor på vad dialogförarna uppfattar som resultat av att arbeta med Dialogen

<i>Dialogförare</i>		
<i>F12: Förebygga</i>	<i>F13: Förkorta</i>	<i>F14: Samordna</i>
<i>Svarsmotivering</i>	<i>Svarsmotivering</i>	<i>Svarsmotivering</i>
Förändrat tankesätt	Inte bara Dialogen	Inte bara Dialogen
Läkare tänker efter mera inför sjukskr.	Deltidssjukskrivn. nu möjliga	Bättre kunskap om olika åtgärder
Rehab börjar tidigt	Fylligare intyg	Tätare träffar mellan FK och vården
Samsyn på problem	Svårt avsluta ett sjukfall snabbt	Handlingsplaner inom vården ett måste
Rätt bedömning är betydelsefull	Ökad förståelse för konsek. av sjukskr.	Tidiga åtgärder

Något man mer och mer börjat förstå är att man måste samarbeta på ett betydligt mer aktivt sätt än tidigare för att lyckas med det förebyggande arbetet, något som illustreras av de sammanfattande satserna i tabellens vänsterkolumn under F12. Från t.ex. Västra Götaland tycks man övertygad om att: "Ett utökat och mer flexibelt samarbete kommer att påverka sjukskrivningarnas längd".

Något man också noterat i Stockholm: "Genom Dialogen förankras attitydförändringar till att sjukskriva partiellt, kontakta Fk för att planera rehabåtgärder, tydliggöra för patienten och föreslå aktivering med rehabverktygen". Från Kalmar har man lagt märke till motsvarande tendenser: "Förhoppningen är detta (dvs. att som det står i enkätfrågan: .. tillsammans kunna förebygga längre sjukskrivningar i framtiden; förf.:s komm.) och tror på dialogen som

form även om vissa delar måste/bör bli med en blandning av information. Dialogen bidrar till att vi samtalar/diskuterar – att prata *med* i stället för *för*”.

Med andra ord har Dialogen bidragit till att avsevärt förbättra samtalsklimatet mellan kassan och andra aktörer. Men steget därifrån till att åstadkomma faktiska och bestående resultat inom ohälsöfältet kan inte desto mindre vara långt. Det är ju ett välkänt faktum från socialpsykologin att om man i arbetsgrupper börjar trivas alltför bra tillsammans så försämras också gruppens resultat.

Dialogförarna verkar nu stå inför utmaningen att klara av att öka både närhet och distans i sina kontakter med övriga aktörer.

För mittkolumnen i tabellen, F13 gäller det att ”förkorta de nya sjukskrivningar som har påbörjats”, som frågan i enkäten lyder. Här är man – också som dialogförare – mera skeptisk till att kunna påverka på något märkbart sätt. Åtminstone tycks man inte ha sett någon sådan effekt hittills under Dialogenprocessen. Från Uppsala län tycker man t.ex. att ”Här kan det vara mer tveksamt. De ärenden som blivit fel från början kanske måste avslutas med sjukersättning”. Och liknande tongångar kommer från Jönköpings län: ”Ett sjukfall som redan startat kan vara svårt att avsluta snabbt om det inte finns tydliga medicinska skäl. Är problematiken sammansatt och vi accepterat sjukskrivning för en tid kan detta vara svårt att bryta”. Å andra sidan, från Östergötland har någon en annan erfarenhet: ”Jag tror att Dialogen har medvetandegjort mycket. Bättre underlag gör det lättare för FK att bedöma rätten till sjukpenning. Partiell sjukskrivning kan ev. öka”.

Nästa – eventuella – resultatområde (högerkolumnen i tabellen: F14) rör om det kan vara möjligt att med Dialogen som utgångspunkt klara av att bättre än tidigare hjälpa långtidssjukskrivna att komma tillbaka till jobbet. Man kan, menar här de flesta, givetvis använda sig av Dialogen som en del i en tidig samverkan eller samordning för en rehabilitering och kanske på så sätt också bidra till att förkorta även pågående sjukskrivningar genom att gå in och föreslå att den försäkrade skall gå över till partiell sjukskrivning, som ett led i sin rehabilitering – men ”..dialoginstrumentet är inte ‘allsmäktigt’ utan måste åtföljas av en mängd handling”.

Om man är mera pessimistiskt lagd kan man som en dialogförare från Västmanland mena att: ”Det räcker inte med FK och vården. Det krävs åtgärder för att människan skall välja aktivitet i stället för passiv sjukskrivning”. Men sammanfattningsvis – när vi ser till samtliga svar från dialogförarna kring om det är möjligt att använda sig av Dialogen för att kunna förebygga, förkorta och samordna på ett bättre sätt än tidigare så är dessa relativt optimistiska.

Detta tycks också gälla för eventuella möjligheter att kunna förkorta pågående nya sjukskrivningar. Här hänger dock mycket på läkarnas intresse för att få till stånd en ökad patientaktivitet genom att så ofta som möjligt insistera på partiell sjukskrivning. På motsvarande sätt gäller det att försöka få arbetsgivarna intresserade av partiella sjukskrivningar inom ramen för en påbörjad sjuklöneperiod. Detta kräver troligen att en sedan lång tid avlövad företagshälsovård får lov att blomma upp igen.

Vad anser då arbetsgivarna om Dialogen som ett hjälpmedel för att förebygga, förkorta och rehabilitera? Låt oss titta på nästa tabell.

Tabell 18 Motiveringar i form av svar på öppna frågor på vad arbetsgivarna uppfattar som resultat av att arbeta med Dialogen. Svar på följdfrågor till frågorna 9, 10 och 11 i arbetsgivar-enkäten

<i>Arbetsgivare</i>		
<i>F9: Förebygga</i>	<i>F10: Förkorta</i>	<i>F11: Samordna</i>
<i>Svarsmotivering</i>	<i>Svarsmotivering</i>	<i>Svarsmotivering</i>
Dialogen en av flera förebygg. insatser	Den sjukskrivne måste äga problemet	Behövs gemensamma stora insatser
Måste ta tag i den sjukskr.:s problem	Tveksamt om kassans org. klarar att arbeta snabbt	Ibland håller var och en på sin budget
Tror på metoden	Mycket tveksam om detta är lösning	Har i dag redan ett bra samarbete med FK
Ledningen viktig		

Det är ganska känt att kassans handläggare ibland kan vara tveksamma till en del arbetsgivares vilja att arbeta förebyggande och ställa upp som en aktiv partner under en rehabsamordning. Från arbetsgivarhåll tycks man vara ungefär lika skeptisk till kassans vilja och förmåga. Från Dalarna menar t.ex. en arbetsgivare apropå förebyggande arbete: ”Jag är tveksam till att detta samarbete kommer att få fullt utslag då FK aviserar att de ej har möjlighet att fullfölja detta”.

Och från en arbetsgivare i Västerbotten kommer följande uppfattning: ”Fokus måste läggas på de tre viktigaste parterna: den anställde, dennes arbetsledare/chef och den sjukskrivande läkaren”. Här begränsar man sig till de tre viktigaste och utesluter kassan, men från samma län kommer också åsikten att det

är många fler faktorer inblandade: ”De höga sjuktalen beror på en mångfald orsaker. Kassen och arbetsgivarna kan inte ensamma bryta trenden”.

Här kan man onekligen fråga sig om det verkligen skulle vara så omöjligt att få grepp om bakgrunden till den ökande sjukfrånvaron. Hur många faktorer kan det röra sig om? Definitivt inte en eller två men knappast heller så många som upp mot elva eller tolv. Var börjar och var slutar en mångfald? Över till vad arbetsgivare tycker är väsentligt för att eventuellt kunna förkorta en redan påbörjad sjukskrivning. Så här menar man från Jönköpings län: ”Den sjukskrivne måste känna att det är hon/han som äger problemet; inte FK eller någon annan”.

Och från Uppsala tycker man att det är kassen som är problemet eftersom man där inte vill gå ut för starkt och sas slå på trumman för de olika Prohäsaprojekten, bl.a. för att man då inte skulle klara av att möta den efterfrågan – på just dialog och samarbete – som man i så fall varit med om att skapa: ”Problemet är att kassen inte har resurser för att stödja oss i rehabarbetet”. Också från Örebro hörs liknande tonfall: ”Som sagt, jag tror våra kontakter med FK förkortar sjukskrivningar, men jag tycker inte det är någon skillnad i dag jämfört med t.ex 1 eller 2 år sedan”.

Från Gotland har en arbetsgivare ett förslag på hur man kan gå tillväga för att förkorta: ”Genom tidigare och tätare kontakter med nya sjukskrivningar där vi erbjuder möjlighet att tidigt komma tillbaka till en anpassad arbetsplats”.

Och från Värmland har man liknande förslag: ”Förhoppningsvis kommer vi att få bättre möjlighet att diskutera rätt frågor i rätt tid, som dessutom förankras snabbare och lättare”.

Så nyckelorden för att kunna förkorta redan påbörjade sjukfall är tydligen ”i tid” och ”tidigt”. Vilket alltså innebär snarast möjligt. Om man läser mellan raderna kan man ana att reaktionstiden är ganska lång och att man i de olika organisationerna måste börja med att få till stånd snabbare reaktioner på olika sjukfall. Något som i sin tur är svårt i stora organisationer som dessutom skall samverka eller samarbeta. Rent praktiskt innebär ju detta att man bokar tider i sin almanacka och då blir mötet beroende av en dag då alla kan och det kan dröja.

För rehabinsatser gäller också att vara ute i tid – innan den försäkrade, den sjukskrivne eller patienten fastnat i det man brukar kalla ”sjukrollen”, dvs. det mentala och sociala tillstånd där man dels uppfattar sig som ständigt mera sjuk än frisk och där det då dessutom är ganska långt kvar innan man tillfrisknat så pass att man klarar av att börja arbeta igen.

Här varierar arbetsgivarens inställning från välvillig och stödjande till något som kan betecknas som ja, mindre välvillig och stödjande: ”Jag har inte märkt att vi fått något tillskott av nya rehabinsatser. För att de långtidssjuk-skrivna ska komma tillbaka krävs mer resurser då de är så lågpresterande. Jag hoppas på lönebidrag och det behövs inte bara för att komma igång utan måste finnas med under längre tid, kanske för gott” (arbetsgivare, Västra Götaland).

Någon sorts statlig permanent socialhjälp som slussas över arbetsgivarens konto skulle man kanske kunna säga utan att bli alltför syrlig. Andra arbets-givare – denna gång från Jönköping – har däremot en lite mer empatisk in-ställning: ”Vid ex en utmattningsdepression är det viktigt att det händer ’roliga saker’ runt den sjuke så att han/hon inte faller ner i något ’vakuum’”.

Övriga uttalanden är trots allt mer positivt färgade än negativa. Också när det gäller rehabområdet har man mer och mer börjat inse att den enda möjliga framgångsvägen är ett gemensamt och uthålligt samarbete.

Och från intervjuerna finns följande uttalande från en insiktsfull försäkrings-överläkare:

”Det räcker ibland inte med att bara försöka aktivera den försäkrade. Hela intimkretsen måste vara med, dvs. sjukgymnasten, kuratorn, familjen, alla som finns med i vad man skulle kunna kalla för den försäkrades intimutrym-me. Sjukgymnasten eller arbetsterapeuten påverkar ju mycket mer än doktorn som man kanske bara träffar en kvart och det är svårt för en läkare att hävda t.ex. en partiell sjukskrivning när man som doktor hela tiden har kanske ett tiotal osynligt närvarande emot sig”.

Och det verkar ju logiskt; att om nu sjukrollen skapas i och av den sociala närmiljön, och då framför allt kanske av de som ingår i intimkretsen, de män-niskor som får lov att röra vid dig men också de som du kan bli berörd av så måste man använda sig av just denna krets för att få till stånd den aktivitet som leder mot ett tillfrisknande.

Aktivering och motivation i rehabsammanhang får därmed en ny innebörd. Om man som samordnare inte kan aktivera intimkretsen så kan man inte heller öka aktiviteten hos den försäkrade som ibland motvilligt skall rehabiliteras. Och något liknande gäller förmodligen för aktiveringen av medaktörerna under ett s.k. Dialogenmöte. Det gäller att med andra ord aktivera, få med hela vårdcentralen på mötet, dvs. inklusive eventuella sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Det är först då det är möjligt att skapa den motivation som behövs. Och samma sak för aktiveringen av arbetsgivare. Om inte ledningen och cheferna på Volvo, på Sandvik eller på Telia eller på kommunen är med på noterna så kommer knappast någon annan att vara det heller.

Frågan för dialogföraren blir då: Vilken är varje medaktörens intimitets? Hur kan jag påverka den?

För att få åtminstone en början på ett svar på de här frågorna måste vi titta på de olika aktörernas uttalanden om rehabilitering samt om att förebygga och förkorta.

För vårdgivarna finns dessa summerade i nästa tabell:

Tabell 19 Motiveringar i form av svar på öppna frågor på vad vårdgivarna uppfattar som resultat av att arbeta med Dialogen. Svar på följdfrågor till frågorna 9 och 10 vårdgivarenkäten

<i>Vårdgivare</i>	
<i>F9: Förkorta och förebygga</i>	<i>F10: Samordna</i>
<i>Svarsmotivering</i>	<i>Svarsmotivering</i>
Dialogen ensam räcker inte	Kassan har ej resurser
Tveksamt utan andra resurser	Ind. rehabmöten bättre
Samhällsfaktorer måste påverkas	FK bör finnas på VC
Bara om arbetsgivarna tar sitt ansvar	FK ”äger” inte frågan
	Större aktivitet behövs
	Vi har redan rehabteam
	Snabbare åtgärder = pat. snabbare i yrkeslivet

För att kunna förebygga och förkorta menar en vårdgivare från Halland att Dialogen kan spela en roll och ”Kan vara ett steg i ledet, men det handlar om att ändra beteende hos läkare, pat och det sker ej genom Dialogen”.

Vidare – från Östergötland – tycker en läkare att: ”Inte Dialogen i sig men genom diskussion och samsyn kan vi komma längre”. Samt från Stockholm:

Vi har startat ett rehabteam i samarbete med FK och hoppas att det skall ha ovanstående effekt”.

Det finns relativt många – lätt surrealistiska – uttalanden av det här slaget, dvs. antingen handlar de inte alls om Dialogen eller också börjar man undra om den diskussion som läkaren refererar till verkligen var en Dialog. Är t.ex. inte själva poängen med Dialogen att just påverka läkarnas attityder och betenden? Vad är ”Dialogen i sig” om inte diskussion och samsyn?

Man kan grubbla över hur de Dialoger gestaltade sig som man refererar till. Tog läkarna över diskussionen? Räckte inte ledarskapet från handläggaren till för att styra i rätt riktning? Glömde man avrundningen och det som kallas för uppgift 2 i det transitionella förhållningssättet? Och om inte: Hur kan då en läkare – i Värmland – motivera sitt svar om rehabinsatser på följande sätt: ”Bättre med individuella rehabmöten, tror jag”. Var fanns dialogföreläsaren som skulle ha berättat att ett rehabmöte och ett Dialogmöte skall/borde vara två olika saker?

Men å andra sidan har de flesta förstått poängen med Dialogen som en inspiration för att komma igång med olika rehabinsatser även om man menar – denna gång från Jönköping att: ”Men det måste kompletteras med att FK-handläggare finns på vårdcentralen för möte regelbundet med sjukskrivande läkare + rehabteams personal, för effektivt samarbete”.

Ibland kan det dock vara nog så svårt att få tag på kassans personal, tycker en något luttrad läkare i Stockholm: ”Det kräver att handläggarna är på plats. Hos oss är 8/10 sjukskrivna; det verkar inte finnas tid för dialog”. Och om handläggarna ändå skulle finnas på jobbet så är det inte så säkert att de går att få tag på i tid i alla fall. Åtminstone inte i Örebro, anser en läkare därifrån: ”Fk har ej rehabinsatser att sättas in snabbt och flexibelt. Kommer oftast sent i utredningen, då det mesta är kört”.

Och så kan man hålla på och citera. Lyckligtvis finns en balans som får representeras av denna läkare – från Halland: ”FK gör ett hederligt arbete och tar det på fullt allvar. Tyvärr äger de inte frågan helt och många gånger hamnar man i en situation då det saknas arbetsuppgifter att rehabilitera till”.

Men en del av de negativa uttalandena ovan kanske kan förklara varför vårdgivarna är lite mer skeptiska till Dialogen än vad kassans egna handläggare och försäkringsläkare är. Det är som om man ville säga: Upp till bevis! Skall vi tro på er nu? Varför är ni inte bättre förberedda?

Läkarintyget

När det gäller läkarintyget är texten till frågan i dialogföreläsningsenkäten en aning skild från den text som används i enkäten till vårdgivarna, dvs. huvudsakligen läkare. I den förstnämnda, F15 i enkäten, gällde det att besvara följande

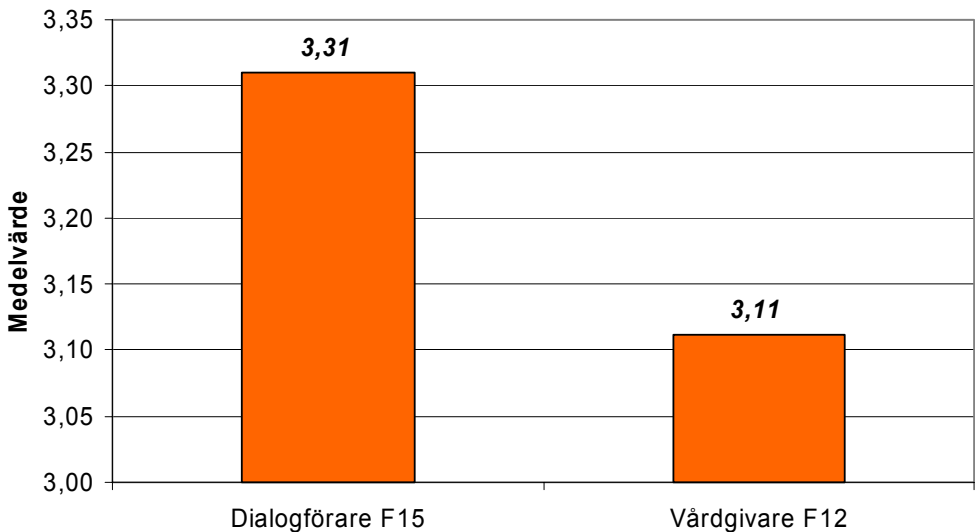
- Som en följd av Dialogen har diagnosen i läkarintyget blivit tydligare.

I vårdgivarenkäten är formuleringen som nedan:

- Som en följd av Dialogen har informationen i läkarintyget blivit tydligare.

Svaren på dessa frågor jämförs med hjälp av medelvärden i diagram 14:

Diagram 14 Jämförelse (medelvärden) mellan dialogförares och vårdgivares uppfattningar om läkarintyget. Dialogförares uppfattning gäller tydligheten i diagnosen (F15) medan vårdgivarna uttalar sig om i vilken utsträckning informationen i läkarintyget blivit tydligare (F12)



Som vi kan se har båda grupperna lagt sig i mitten av den 5-gradiga skalan; man skulle kunna säga att man i viss mån instämmer. Även om frågeformuleringarna är lite olika har de bedömts ge ungefär samma information. Till just den här frågan/de här frågorna finns ingen följdfråga i någon av enkäterna; däremot finns viss information i den sista av de öppna frågorna i enkäterna, övriga synpunkter.

Här menar en läkare i Stockholm att: ”Läkarintygen är tydliga och utförliga men handläggarna hinner inte följa upp. Med dialogen som metod kanske arbetet på kassan förbättras och handläggningstiderna blir kortare”. En något irriterad läkare från Örebro skriver. ”FK-personalen måste självfallet reagera snabbare när vi på läkarintyget ger signaler”.

Från Gotland, där kassan gjort en egen utvärdering av Dialogen på samtliga vårdcentraler har man samma erfarenhet, åtskilliga läkare menar med stigande irritation att kassan inte svarar på kryss, eller som man uttrycker det: ”Att Fk sällan eller först efter 2–3 månaders kontakt kontaktar läkaren som kryssat i intygens ’kontaktruta’”. I detta sammanhang kan det vara intressant att jämföra diagram 7 (sid 74) med just diagram 14. Av dessa kan man utläsa att dialogförarna ligger på högre medelvärden på de variabler som rör sjukskrivningsmönster och läkarintyg.

De tror med andra ord att förändringen i läkarnas beteende är större än vad läkarna själva tror.

Arbetsgivarens ansvar

Också den här kategorin av enkätsvar hör till den intressantare i hela enkätarbetningen. Anledningen är givetvis att svaren speglar hur man från kassan – dvs. handläggare och försäkringsläkare i rollen som dialogförare – ser på arbetsgivarens *ansvar* när det gäller att förebygga, motsvarande ansvar för att få till stånd en tidig återgång i jobbet och om man börjat ta ett större ansvar för rehabfrågor för den egna personalen. Detta jämförs med arbetsgivarnas uppfattning om det egna ansvaret samt också i viss mån med vårdgivarna. Först en översiktlig tabell enligt tidigare mönster.

Tabell 20 Jämförelse av olika frågeområden i enkäterna till dialogförare, vårdgivare och arbetsgivare

<i>Dialogförarna</i>	<i>Vårdgivarna</i>	<i>Arbetsgivarna</i>
F16: Arbetsgivaren tar större ansvar i förebygg. åtgärder	F13: Arbetsgivaren tar större ansvar för att förebygga och förbättra rehab	F12: Arbetsgivaren tar större ansvar i förebyggande åtgärder
F17: Arbetsgivaren tar större ansvar att få tillbaka sjukskrivna		F13: Arbetsgivaren aktiverar personer som efter sjuklön blir sjukskr.
F18: Arbetsgivaren tar större ansvar för rehabilitering för sina anställda	F13: Arbetsgivaren tar större ansvar för att förebygga och förbättra rehab	F14: Arbetsgivaren tar större ansvar för rehabilitering för sina anställda

Medelvärden för svaren på de olika frågorna (se bilagorna 3–5 för exakta ordalydelser) presenteras i diagrammen 15, 16 och 17 nedan.

Diagram 15 Jämförelse (medelvärden) av hur dialogförare, vårdgivare och arbetsgivare uppfattar att arbetsgivarna tar ett större ansvar för att förebygga längre sjukskrivningar för sina anställda (F16, F13 resp F12). Vårdgivarna uttalar sig också om i vilken utsträckning arbetsgivarna förbättrar rehabiliteringsinsatserna för sina anställda

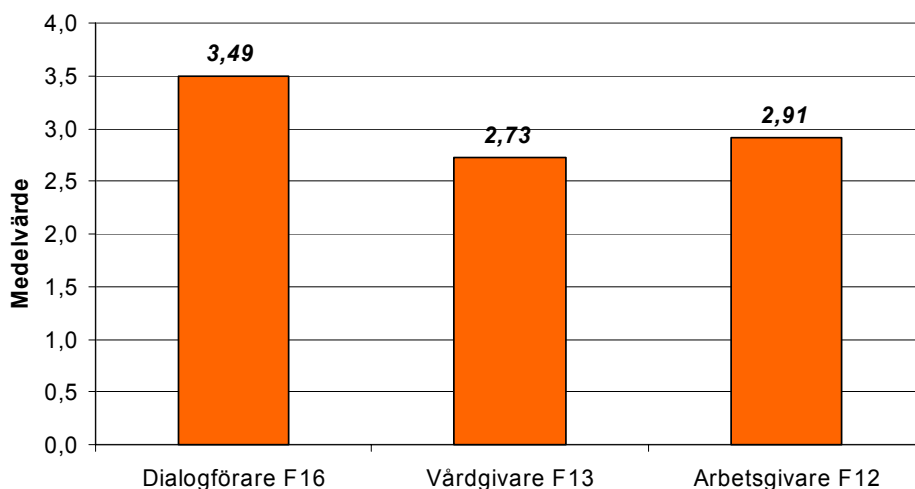


Diagram 16 Jämförelse (medelvärden) mellan a) dialogförarens uppfattning kring i vilken utsträckning arbetsgivare börjat ta ett större ansvar för att få tillbaka sina sjukskrivna i jobbet så tidigt som möjligt (F17) och b) arbetsgivares uppfattningar kring i vilken utsträckning man tycker att man som en följd av Dialogen nu anstränger sig att så tidigt som möjligt aktivera de personer som efter sjuklöneperioden övergår till att bli sjukskrivna (F13)

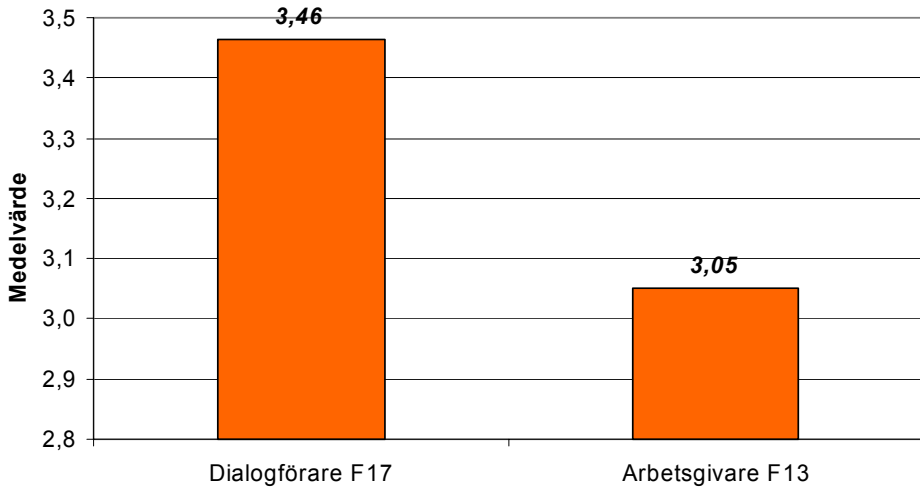
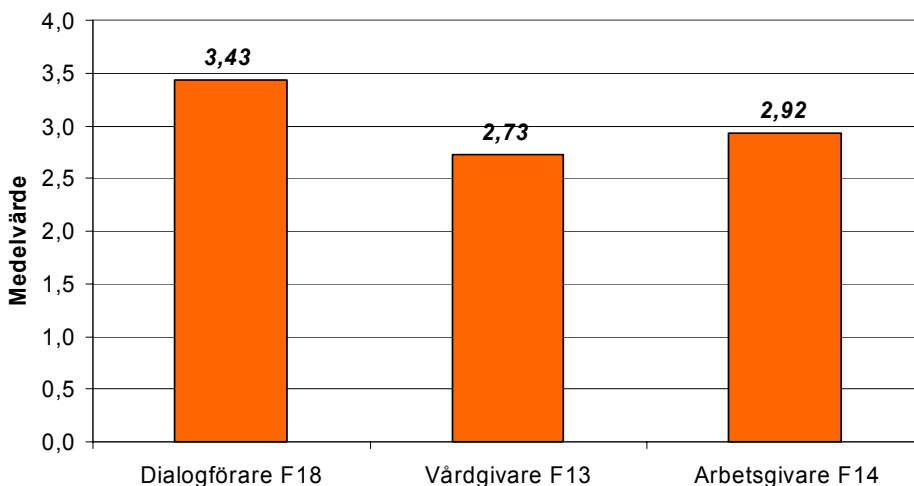


Diagram 17 Jämförelse (medelvärden) av hur dialogförare, vårdgivare och arbetsgivare uppfattar att arbetsgivarna tar ett större ansvar för rehabiliteringsfrågor för sina anställda (F18, F13 resp F14). Vårdgivarna uttalar sig också om i vilken utsträckning arbetsgivarna tar ett större ansvar för olika insatser för att förebygga längre sjukskrivningar



Ingen grupp verkar tro att arbetsgivarna som det står i enkätfrågan (till vårdgivarna) ”börjat ta ett större ansvar för olika insatser för att förebygga längre sjukskrivningar och förbättra rehabiliteringsinsatserna för sina anställda”. Medelvärdet för vårdgivarna är här strax under 2,75 medan arbetsgivarna – kanske något självkritiskt? – har lagt sig på värden lite under 3,0 för sina motsvarande enkätfrågor, dvs. F12 och F14.

Här placerar sig kassorna inte så högt som vid tidigare enkätfrågor i denna undersökning. Kanske något luttrade ligger man på medelvärden runt 3,4–3,5 för de enkätfrågor som rör hur man uppfattar att arbetsgivaren tar sitt ansvar för förebyggande, för aktivering och rehabiliteringsinsatser av sina egna anställda. Alla är med andra ord överens om att arbetsgivarna nått och jämnt lever upp till det ansvar som i varje fall kassorna tycker att man borde vara bättre på att axla.

Frågan är varför läkarna är pessimistiska. Beror det på att man träffar för lite arbetsgivare? Eller har man många arbetsgivarkontakter?

Det finns ingen följdfråga/öppen fråga till vårdgivarnas enkätfråga för just denna del av enkäten; däremot finns följdfrågor till såväl dialogförarna som

arbetsgivarnas enkätfrågor gällande just arbetsgivaransvaret, Svaren på dessa summeras i två avslutande tabeller för enkätundersökningen.

I båda fallen gäller att om man svarat att man instämmer i det närmaste fullt ut med påståendet (4 eller 5) så uppmanas man att ge exempel på en *viktig förändring*.

Närmast följer en tabell som summerar hur dialogförarna svarat.

Tabell 21 Exempel på hur arbetsgivarna tar ett större ansvar inom ohälsoområdet enligt dialogförarnas uppfattning

<i>Dialogförarna</i>		
<i>F16: Förebygga</i>	<i>F17: Sjukskrivna tillbaka</i>	<i>F18: Rehabilitering</i>
<i>Exempel på förändring</i>	<i>Exempel på förändring</i>	<i>Exempel på förändring</i>
Anställt personal att arbeta förebyggande	Arbetsgivaren mer medvetna om roll och ansvar	Är i startgroparna
Kommuner gör studiebesök hos varandra för att få idéer	Rutiner för sjukanmälan samt dessutom för rehabarbete	Utbildning i tidiga o. svåra samtalet
Kommuner anställer hälsoutvecklare och rehabansvariga	Samarbetsprojekt	Man arbetar på att skapa program för ”arbetsåtergång i 3-steg och policy vid tidig rehab i 4-steg”
Kommuner avsätter pengar för program	Utbildat chefer, inrättat träningsgrupper	Större intresse för FK
Läkare tänker efter före vissa diagnoser	Anställt hälsoinspiratörer	Arb.giv. gör egna rehabutredningar som är företagsanpassade
	Friskvårdsaktiviteter för alla anställda	
	Adm. stöd till chefer	

När det gäller att ange några viktiga förändringar som kan visa att arbetsgivarna nu sas blivit mera på hugget att arbeta med förebyggande åtgärder finns t.ex. följande – från ett stort sjukhus i Stockholm: ”Har anställt personal som speciellt ska arbeta med förebyggande åtgärder”. Och från samma stad: ”Kommunerna har på egen hand startat olika åtgärder som dialogen kan stötta”. Och från Jönköping meddelas att: ”Arbete med tidig rehabilitering har kommit till stånd på ett övergripande sätt”.

Oavsett vad man kallar det förebyggande arbetet så är det nu tydligt att det börjar ta sig upp för i alla fall kommunernas prioriteringslistor. Inte minst för

att det dessutom blivit ekonomiskt lönsamt – på grund av en allt längre egen sjuklöneperiod – att se till att det överhuvudtaget inte blir någon sjukfrånvaro. T.o.m. mycket ekonomiskt lönsam – beroende på hur hög sjukfrånvaro man har.

Och man inser att det inte bara är Dialogen som åstadkommit detta. Snarare verkar det vara så att Dialogenmetoden har kommit vid rätt tillfälle under en viss samhällsutveckling och då blir effekten av dess påverkan närmast katalyserande, en tankegång man tangerar i Örebro: ”Om det är Dialogen eller samhällstrycket är omöjligt att säga. Men många exempel”.

Och något liknande gäller också för nästa frågeställning på enkäten, F17, om ”arbetsgivarna börjat ta ett större ansvar för att få tillbaka sina sjukskrivna till jobbet så tidigt som möjligt”.

Här menar en dialogförare från Stockholm att: ”Arbetsgivarna har blivit mera medvetna om sin roll och sitt ansvar. Förut handlade det mera om vad FK kunde bekosta/köpa för åtgärder”. Och med ett större samhällstryck – men också en viss ekonomisk press – riktat mot sig börjar nu allt fler arbetsgivare också vidta åtgärder för att så fort som möjligt få tillbaka de sjukskrivna i arbete.

Logiken består givetvis i att man vill slippa betala lön i onödan till personal som inte är på jobbet: ”De ser över sin organisation för att göra det lättare för deltidssjukskrivna att återgå i arbete” (dialogförare, Västra Götaland). Pengarna styr just nu skulle man kunna säga och detta bidrar givetvis till Dialogens popularitet.

Ett tecken på att Dialogen kommit i rätt tid är att ibland kan en dialogförare få uppleva att hon eller han också fått en roll som brevbärare; i de broschyrer man delar ut finns idéer som kan sprida sig från en arbetsgivare till en annan, något som inträffat bl.a. i Norrbotten: ”Arbetsgivarna hade innan Dialogen börjat ta större ansvar; men genom Dialogen så fick vi ge goda tips från en annan kommun”.

Detta gällde det tredje frågeområdet i tabellen, dvs. arbetsgivarens ansvar för rehabilitering av egna anställda. Man har också kommit igång med att få fram egen rehabpolicy och försöker på eget initiativ sätta igång t.ex. rehabutredningar.

Sammanfattningsvis menar dialogförarna att arbetsgivarna blivit mer medvetna om sin egen roll och att man har ett större ansvar än det man tidigare har tagit.

I och med denna insikt – kombinerat med ekonomiska intressen – så blir det nu intressant att för arbetsgivaren att också bevaka de skeenden i den egna organisationen som eventuellt kan ge ohälsa. Med ökad kunskap om detta kan man, dvs. olika personalavdelningar och chefer också förebygga, förkorta och rehabilitera bättre.

I stället för medarbetare som kostar kan man få människor som gör nytta för den egna organisationen. Längs vägen kan man naturligtvis stöta på dilemman; en del av dessa kanske är i stort sätt olösliga, t.ex. när det är de egna cheferna eller den egna kulturen som är det egentliga problemet. Så låt oss titta närmare på vad arbetsgivarna själva anser om sitt ansvar för att komma tillrätta med den ökande ohälsan.

I tabellen nedan ger de olika kolumnerna summeringar av arbetsgivarnas uppfattningar om det egna ansvaret.

Tabell 22 Exempel på hur arbetsgivarna tar ett större ansvar inom ohälsoområdet enligt arbetsgivarnas uppfattning

<i>Arbetsgivarna</i>		
<i>F12: Förebyggande</i>	<i>F13: Aktivering</i>	<i>F:14 Rehabilitering</i>
<i>Exempel på förändring</i>	<i>Exempel på förändring</i>	<i>Exempel på förändring</i>
Bättre kännedom om FK:s verksamhet	Handlingsplaner blir allt vanligare	Har alltid haft ansvar
Regelbunden riskanalys av alla arbetsplatser inom kommun	Vi gjorde allt före Dialogenprojektet	FK-personal på plats i vår organisation för att stödja o. hjälpa
Utbildning från FK	Går regelbundet igenom sjukfall	Attitydförändring hos chefer o. medarbetare
Dialogen inriktar alla resurser åt samma håll; ej var för sig	Särskilt projekt för aktivering	Projekt med kassan o. AFA för att minska sjukfrånvaron
Ekonomiskt viktigt	Aktiv sjukskrivning	Försöker nu mera att förstå den sjukes hela livssituation
Noggrann analys och redovisning	Personalvårdsronder	
	Samtal vid sjukfrånvaro 5ggr/sex månader	

Först och främst förstår man här – kanske mer än vårdgivarna – att: ”Dialogen ger riktade insatser som förebygger ohälsa. Som det varit har vi mera gjort insatserna var för sig” (arbetsgivare, Västerbotten).

Från ett annat län – Västra Götaland – tangerar man betydelsen av Dialogen som en sorts katalysator: ”Ett kraftfullare arbete med förebyggande åtgärder är ej en följd av Dialogen som inte är särskilt känd ute bland cheferna. Att vi jobbar med det beror på andra drivkrafter – utredningar på riksnivå, politiska uttalanden, systematiskt arbetsmiljöarbete”. Och därmed lägger man också allt större vikt vid metoder för att inte bara få tillbaka de som blivit sjukskrivna utan också försöka se till att deras namn aldrig hamnar på ett läkarintyg.

Vidare verkar man från arbetsgivarhåll ha en god förståelse för att man för att minska ohälsan först och främst måste förbättra ledarskapet; om det finns en ohälsa i ledningssystemet kommer resten av organisationen knappast att vara hälsosam att vistas i.

För nästa frågeställning, F13 som gäller aktivering av personer som ”efter sjuklöneperioden övergått till att bli sjukskrivna” menar flera arbetsgivare att man arbetat med detta långt innan man fick höra talas om Dialogen: ”Dialogen är säkert en del i ett aktivare arbete, samtidigt har vi själva aktivt utvecklat olika arbetssätt under senaste året”.

Och intrycket av arbetsgivarnas kommentarer till de öppna frågorna är att man var igång inom detta område sedan tidigare. Man får ett intryck av att dialogförarna kommit ut på ohälsofältet vid precis rätt tillfälle. Det enda man kan undra över är varför arbetsgivarna inte tog kontakt med kassan.

Något liknande gäller för det sista frågeområdet, om arbetsgivarens ansvar för den anställdes rehabilitering och de åtgärder man själv sett till att ordna. Det är som om man inte har förstått – eller inte vill besvara – att frågeställningen gäller det egna ansvaret och alltså inte de egna aktiviteterna. Ansvar är ju närmast en känsla medan aktiviteter är något som utförts.

Man skulle kunna säga att om frågan handlar om vad man känner så svarar man att ”man visst gör på det viset”. Någon – från Gotland – menar dock att: ”Vi är på väg mot en attitydförändring hos chefer och medarbetare där vikten av ett bra eget rehabarbete har grundats”.

Och det är väl just detta som kännetecknar ett ansvarsfullt förhållande. Erkänsla, omtanke, hänsyn, respekt och ömsesidighet bör nog också finnas med. Och då kan man förmodligen räkna med ett ännu bättre resultat av alla sina aktiviteter.

Tre enkäter: Sammanfattning

Nedan sammanfattas i korthet huvuddragen av resultaten från de tre enkäterna; i nästa avsnitt görs en jämförelse mellan dessa och intervjuerna.

Resultaten rör likheter och skillnader mellan de tre aktörerna, dvs. dialogförare, vårdgivare och arbetsgivare. Likheterna handlar om problemet, om problemformulering och dessutom problemlösning. Problemet är den stigande sjukfrånvaron och ohälsan och att de skenande kostnaderna riskerar att urholka välfärden och framtida reformarbete. Problemformuleringen, dvs. hur man skall komma till rätta med problemet måste nu – åtminstone med Dialogenmetoden – ske gemensamt.

Det man kallat för samverkan är inte längre tillräckligt; det är endast verkligt samarbete som kan ge som resultat att man är överens om vilken bild eller kanske vilken karta av verkligheten som skall gälla. Det är först då man gemensamt kan lösa problemet. Ett dilemma kommer säkerligen att bli att som man säger, ”i nöden prövas vännen”, dvs. hur man lyckas med den gemensamma problemlösningen blir det verkliga testet på halten i det nya samarbetet.

Låt oss titta närmare på vad som förenar och skiljer de tre aktörerna åt – enligt de olika enkätsvaren. Först en tabell som på en övergripande nivå summerar huvuddragen:

Tabell 23 Sammanfattande översikt över huvudsakliga likheter och skillnader mellan de aktörer som besvarat de tre enkäterna

<i>Dialogförarna</i>	<i>Vårdgivarna</i>	<i>Arbetsgivarna</i>
Stort engagemang	Viss skepsis	Förändrade attityder
Chefer måste motiveras	Läkare måste motiveras	Söker delaktighet
Spretig organisationsform	Mer profession än organisation	Svaga ledningssystem
Vill finslipa metoder för att påverka	Efterlyser hjälpmedel som gör livet lättare	Efterlyser metoder som ger bättre ekonomi
Kassan har medelhög beredskap	Varierande beredskap	I dag hög beredskap

En skillnad som varit genomgående för enkätsvaren är att dialogförarna, dvs. huvudsakligen kassans handläggare har varit ibland avsevärt mer positiva och

haft ett större engagemang inför Dialogen än vårdgivarna, huvudsakligen läkare. Detta är naturligtvis en signal om att läkarna behöver motiveras extra mycket – se nästa rad i tabellen – något som verkar gälla också för en (kan-ske) stor del av kassans chefer.

Arbetsgivarna däremot tycks ha mera energi för att utveckla ett samarbete som efter hand kan leda till lägre sjukskrivnings- och ohälsolivåer. Inte minst för att man är ekonomiskt motiverad. Alternativet är ju att nyrekrytera och ha en överkapacitet på upp mot 15–20 procent av antalet anställda som då kan sättas in för att kompensera för alla de som är sjukfrånvarande. Något som ingen kommun i dag har råd med bl.a. för att de flesta reformer som kommunerna blir ålagda att betala ofta är kroniskt underfinansierade. Vilket alltså är en händelse som i dagsläget onekligen liknar en tanke.

Man kan givetvis spekulera i varför läkarna är mer skeptiska än kassans personal. En faktor kan vara att Dialogen inte entydigt tar parti för patienten och att läkaren känner sig kluven inför att – attitydmässigt – försöka sammanfoga vad samhället fordrar och vad patienten önskar. Läkaren hamnar mellan eller snarare på två stolar – samtidigt. Ett dilemma med andra ord.

Att vårdgivarna generellt skulle vara mer skeptiska eller avvaktande gäller dock inte i alla fall. Om man bryter ner medelvärdena – i den mån detta är fruktbart pga. ibland alltför låg svarsfrekvens, kan man se (se medelvärdetabellen i bilaga 7) att i t.ex. Västra Götaland tycker både vård- och arbetsgivare att dialogförarna har en högre kompetens än vad dessa själva tycker. Vårdgivarna i Skåne är mer positiva på de flesta variabler än t.ex. vårdgivarna i Stockholm, medan såväl vårdgivarna som arbetsgivarna i Hallands län (Halland är jämförbart med de ”stora” länen pga. av lika hög svarsfrekvens som dessa från vård- och arbetsgivare) ligger avsevärt *under* den bedömning som dialogförarna gör – på samtliga variabler.

Men i övrigt återkommer ett liknande mönster: Att *dialogförarna är lite mer positiva* än övriga aktörer till att arbeta med Dialogen. Här kan man fråga sig ifall arbetet med Dialogen stärker självkänslan så pass mycket så att man som dialogförare tenderar att bedöma de resultat man uppnår en aning för positivt, dvs. man överdriver. Eller att man skönmålar omedvetet för att i efterhand inför sig själv – och kontoret ! – kunna rättfärdiga att man lagt ner så pass mycket tid på Dialogen.

En annan faktor kan vara att läkarna är överdrivet skeptiska pga. tidigare negativ upplevelse av kontakter med kassahandläggare om sjukskrivningar.

Tillsammans kan detta få till följd att dialogförarna ibland kan tro att man kommit överens om saker som övriga aktörer kanske inte har något minne av.

Utifrån resultatet av den sista förkryssningsfrågan i de tre enkäterna skulle man kunna dra en sådan slutsats. För Dialogförarna är det fråga 19 för vårdgivarna fråga 14 och för arbetsgivarna fråga 15. Samtliga frågor har samma ordalydelse.

Här gällde det att kryssa för:

..om någon eller några av de punkter som nämns har blivit ett konkret resultat av att man använt sig av Dialogen som metod för information och samarbete.

Vilka de punkter var, som man alltså skulle kryssa för, framgår av tabellen nedan som också redovisar svarsfrekvensen (%) för var och en av grupperna.

Tabell 24 Jämförelse (%) av i vilken utsträckning dialogförare (F19), vårdgivare (F14) och arbetsgivare (F15) besvarat samma fråga rörande olika resultat (punkterna A–D) av att man arbetat med Dialogen

<i>Punkter/resultat</i>	<i>Dialogförare (%)</i>	<i>Vårdgivare (%)</i>	<i>Arbetsgivare (%)</i>
A. Nytt möte	60	25	32
B. Nytt möte för planering av gemensamma aktiviteter	49	15	30
C. Nytt möte med ny målgrupp	31	4	13
D. Åstadkommit gemensamt mål för fortsatt samarbete	34	22	29

Som vi kan se av tabellen som är konstruerad utifrån data ur bilaga 8 – tycker dialogförarna ganska genomgående att man kommit överens om saker som övriga aktörer inte uppfattat som en överenskommelse – eller inte minns. I vilket fall har punkterna som rör nya möten inte gjort något större intryck. Det man tycks vara mest överens om är att man skall fortsätta samarbete. Vilket ju i och för sig är ett ganska bra resultat av ett Dialogenarbete. Observera att i bilaga 8 finns också tabeller samt några diagram över hur motsvarande svar på samma punkter fördelar sig mellan de tre stora kassorna, Hallandskassan och övriga kassor.

Ytterligare en faktor som kan bidra till att läkarna är lite mer distanserade till kassan kan vara att från samhällets sida (läs statliga myndigheter och revisionsorgan) är sjukskrivning en form av behandling och definitivt inte ett alternativt sätt för att få pengar till brödfödan. Ur denna synvinkel är det närmast tjänstefel av läkaren om hon eller han sjukskriver för något som inte är strikt medicinskt motiverat. Och det är ju statliga myndigheter (läs: försäkringskassan) som kan anmäla ett ”sjukskrivningstjänstefel” till en annan statlig myndighet (läs: Socialstyrelsen). Och då kan man förstå att läkarna helst vill hålla armlängds lucka mellan sig och myndighetssektorn. Att sjukskriva är fortfarande till stor del en angelägenhet mellan läkare och patient. På gott och på ont.

Ett kanske vanligt exempel är om patienten vänder sig till sin läkare – som alltså hör till de personer i intimkretsen som de flesta har mycket stort förtroende för – för att bli sjukskriven/”ta sjukledigt” under en period för att få en chans att komma ur en besvärlig livssituation. Dilemmat uppstår inom läkaren därför att han/hon behöver patientens tillit och förtroende för att kunna behandla i fortsättningen.

När detta inträffat två eller tre gånger skulle man kunna säga att läkaren ingått en tyst pakt eller slutit ett osynligt kontrakt med sin patient. För att få slut på kontraktet måste båda vara överens om att kontraktet inte längre gäller. Utan att förtroendet rubbas är detta svårt att säga upp ensidigt.

Det är ur denna synvinkel man måste betrakta läkarkårens ibland bristfälliga motivation för ett alltför tätt samarbete med andra aktörer. Man har redan en pakt med sina patienter.

Och om man nu tillfälligt vill ta sig ur paktens kan man ju alltid ge signaler genom otydliga läkarintyg. Eller kryssa för i rutan ”kontakt önskas” på läkarintyget. Allt i förhoppningen att någon annan, dvs. kassan skall överta ansvaret för en sjukskrivning som man förstår är ett tecken på andra problem och som man också förstår inte är en lösning annat än kanske ytterst temporärt.

Cheferna på kassan verkar också behöva motiveras för ett förebyggande arbete. Att så är fallet kan förmodligen bero på en kultur, ett inre arbetsklimat som först och främst belönar det snabba och det kortsiktiga och alltså då inte det som kanske kräver mer eftertanke och försöker se till långsiktiga effekter. Dvs. just Dialogenarbetet.

Ibland kan man få ett intryck av att dialogförarna för en – ojämn ? – kamp mot den egna företagskulturen. Här gäller ju ofta utbetalning i stället för ut-

hållighet, fixa snabbt i stället för förebyggande och göra själv i stället för att samarbeta.

Ur denna synvinkel är det positivt att kassorna hittills har kännetecknats av i alla fall en medelhög beredskap för att arbeta med och också ta konsekvenserna av det merarbete som kan bli en följd av ett stigande antal Dialoger.

Positivt är också att arbetsgivarna tycks kännetecknas av en fortfarande relativt hög beredskap och ett intresse för att söka delaktighet och samarbete inte bara med kassan utan också med läkarna.

Arbetsgivaren vill givetvis veta mera om vad som kan ligga bakom en sjukskrivning och – något som påpekas i en lokal tidning (2003-07-01) i Halland som skriver om kassornas arbete med just Dialogen: ”Läkarna måste veta hur det ser ut på de olika arbetsplatserna för att kunna fatta så bra beslut angående sjukskrivning som möjligt. För att möta behovet är seminarier, med början i Falkenberg, nu inplanerade under hösten”.

Och att kassan kan medverka till att arbetsgivare (läs kommuner) och läkare får lära känna varandra, sina olika verksamheter och professioner är givetvis ytterst positivt och lovvärt som ännu ett initiativ, ytterligare en åtgärd som kan bidra till en sänkning av ohälsan i det egna länet och i den egna kommunen.

Men det är med en känsla av lite vemodig nostalgi som man plötsligt inser att de gamla rejäla företagsläkarna nu ersatts av organiserade kontaktseminarier. Frågan är hur mycket kontakt som måste skapas innan man får samma resultat som man då kunde få.

Något som också är positivt är att arbetsgivarna i dag verkar ha en hög beredskap för samarbetsprojekt och att man för att kunna driva dessa effektivt behöver kassan som stöd och partner. Attityderna verkar också ha förändrats så mycket att man nu tar betydligt mer seriöst på sitt arbetsgivaransvar – så pass seriöst att t.o.m. kassan blivit förvånad. Ibland har man då som dialogförare kanske något snopet fått konstatera att man på kommunen redan var igång med de projekt som det ju egentligen var tänkt att Dialogen skulle ha startat.

Kommuners företagskulturer kännetecknas dock ofta av samma som kassorna, åtminstone i ett avseende. Brist på uthållighet, vilket bl.a. yttrar sig i – liksom på kassan – en stor mängd mer eller mindre oavslutade projekt.

Och liksom på kassan går detta att spåra till brister i det personliga ledarskapet och sprickor inom olika ledningsgrupper. Resultatet blir en sorts ständigt krackelerande ledningssystem, vilket alltså kan förklara varför beredskapen

för att ta emot och förvalta effekterna av olika projekt ofta varit bristfällig. Inte minst gäller detta när projekten är stora, angelägna och svåra att implementera i linjen. T.ex. de olika Prohålsaprojekten.

Här finns med andra ord anledning till en viss pessimism. Som vi skall se i nästa avsnitt där enkätresultat jämförs med intervjuer och uttalanden i enkäterna är dialogförarna dock optimistiska när det gäller det yttre arbetet, dvs. det som kallas för kundorientering i kassavärlden men mer pessimistiska om möjligheterna att kunna påverka den egna ledningen, de egna cheferna och den egna kulturen.

Tidvis kan man i samtalen – de personliga intervjuerna – få ett intryck av att dialogföraren sökt sig till Dialogenutbildningen för att kunna arbeta utanför den egna kassan. Som om atmosfären där inte vore den rätta. Och att man liksom semesterfiraren då söker sig till områden med högtryck i stället för lågtryck.

Allt detta tillsammans kan förklara varför kassornas beredskap ibland inte varit den kanske allra bästa. Något som dessutom tillkommer är vad en arbetsgivare kallade för ”spretig organisationsform”. Och detta är kanske – som vi skall se i ett av de följande och avslutande avsnitten ett av de största hoten – det största? – mot ett väl genomfört samarbete med hjälp av Dialogenmetoden.

Fler resultat: Enkäter och intervjuer

Intervjuer ger inte alltid samma resultat som enkäter. Detta gäller också denna undersökning. I de närmaste tre avsnitten görs dels en kortfattad *jämförelse* mellan intervju- och enkätresultat, dels en riskanalys och förslag till fortsättning av Dialogen arbetet.

Jämförelserna rör faktorer/variabler som tidigare också varit intressanta att analysera, t.ex. läkarattityder, kassornas (ibland brist på) organisation och arbetsgivarens ansvar.

Tidigare jämfördes svaren från tre grupper. Nedan jämförs först resultaten från intervjuer och enkäter på ett övergripande sätt. Resultatet av denna jämförelse blir sedan – tillsammans med sammanfattningen av enkätsvaren i det tidigare avsnittet – ett underlag för en kort *riskanalys*.

Före det avslutande avsnitt som behandlar slutsatser och rekommendationer skissar vi på hur man skulle kunna gå vidare dels med *Dialogen i utbildning*, dels också med *Dialogen i praktiken* i en *fortsättning*. Detta görs utifrån tidigare sammanfattningar, jämförelser och riskanalys.

Jämförelser

Alla jämförelser i detta avsnitt utgår från intervjuer och enkäter totalt sett, dvs. nu redovisas de övergripande intrycken av dels intervjuer och enkäter och då inte uppdelade på de tre grupper som deltagit i undersökningen. Liksom tidigare utgår vi från en tabell.

I denna får intervjuer en kolumn och enkäter en annan. De jämförs på en femgradig skala med avseende på den effekt som Dialogen har haft; från – (minus) och 0 och från + (plus) till + + + (3 plus). Dessa tecken står för:

- = motsatt effekt
- 0 = ingen effekt
- + = inte så bra
- ++ = bra
- +++ = mycket bra

Nedan följer tabellen, som närmast är en karta över hur man sett på Dialogen och effekterna av arbetet med denna metod i olika avseenden/situationer:

Tabell 25 Skillnader mellan intervjusvar och enkätsvar i hur man uppfattat effekterna av Dialogen som utbildning och metod på olika faktorer. Med Sfa menas hela socialförsäkringsorganisationen dvs. här inkluderas RFV

<i>Med avseende på: (faktorer)</i>	<i>Jämförelser av</i>		<i>Troligt sant värde (viktad bedömning)</i>
	<i>Intervjuer</i>	<i>Enkäter</i>	
Dialogenutbildning	+++	++	+++
Attityder till:			
– Dialogen i praktiken	++	++	++
– Dialogförarna	++	+++	++
Samarbetet	+++	+++	+++
Sjukskrivningsmönster	+	+	+
Läkarintyget	++	+	+
Förebygga	+++	++	+++
Förkorta	++	+	+
Få tillbaka långa sjukfall	+	++	++
Rehabilitera	+++	++	++
Kassans/Sfa:s organisation	+	–	–
Kassans beredskap	+	++	+
Läkarnas attityd	+	0	+
Arbetsgivarnas attityd	+	+++	++
Arbetsgivarnas ansvar	++	+++	++

Som vi kan se bygger tabellen mera på överväganden av det man ibland kallar global natur, dvs. måtten i de två kolumnerna är resultat av sammanvägningar av en rad faktorer. Det gör att de är potentiellt såväl sanna som spekulativa.

Även om måtten i strikt mening är långt ifrån matematiskt-logiska kan de i gengäld ge desto mer ur s.k. psyko-logisk synvinkel. Dvs. man kan vid ett och samma tillfälle få en bild eller kanske snarare en karta över en rad komplicerade fenomen och hur de hänger ihop.

Här kan man se att svaren på enkätundersökningen modifierar den bild man får av enbart intervju svaren. Det är inte fråga om några stora skillnader; men de skillnader som finns kan vara nog så intressanta att diskutera. Och denna lite mer komplexa bild av den s.k. verkligheten är en bild som kan vara bra att ta med sig till just nästa avsnitt – om riskanalys.

Riskanalys

De flesta kampanjer misslyckas därför att det inte finns några insatser som kan garantera det som utlovas i kampanjen. I den nya kampen mot ohälsan är det tvärtom. Här finns en mängd insatser och åtgärder inom ramen för Pro-hälsa – men ingen kampanj. Man kan fråga sig att om det beror på att de som är i ledningen för de organisationer som bör vara kampanjansvariga – RFV, FKF och kassorna – av olika skäl inte vill slå på trumman för den mängd insatser som faktiskt görs inom en organisation som ibland kallats både för beslutsfabrik och jättebankomat.

Svaret på frågan är: Troligen inte, dvs. man är långt ifrån oengagerad. Men de olika ledningarna är engagerade i lite olika stor utsträckning och dessutom i lite olika saker och det är kanske just detta som ger en viss beslutströghet kring t.ex. uppläggnings av en kampanj.

I stora organisationer vill man ju också gärna vara (helst helt) på den säkra sidan innan man börjar marknadsföra sina arbetsätt och riktar in hela organisationen mot delvis nya mål och uppdrag. Både hängslen och svängrem med andra ord.

Riskanalysen skall ses som ett försök att – så långt möjligt – åskådliggöra vart gårdagens skeenden kan föra oss i framtiden och dessutom bli ett stöd för ett eventuellt nutida beslutsfattande.

Liksom tidigare i detta avsnitt inleds resonemanget med en tabell.

Tabell 26 Risker som bedöms ha allra högsta prioritet för att åstadkomma väl genomförda resultat av Dialogen och övriga Prohälsaprojekt

<i>Risker för Prohälsa och Dialogen på</i>		
	<i>Kort sikt (t.o.m. 2004)</i>	<i>Medellång sikt (fr.o.m. 2005)</i>
	<i>För Dialogen:</i>	<i>För Prohälsa:</i>
Sfa: RFV o. kassorna	Fk har låg beredskap Fk: s ledningar säkerställer varken förståelse eller engagemang Fk: s trovärdighet minskar	Sfa blir <i>en</i> organisation med samma ledning Energin avtar Lokala chefer omprioriterar Fusionsproblematik Mycket omorganisationer
Övriga aktörer	Luften går ur projekten Läkarna fokuserar patienten Arbetsgivarna går vidare på egen hand	Uthålligheten avtar Nya fokus intresserar Politiska beslut ändrar förutsättningar Hela ohälsan i ny organisation

Det som tas upp i tabellen är de risker som bedöms kunna bli de allvarligaste. Som vi kan se återkommer Sfa:s organisation och kassornas (och RFV:s) chef- och ledarskap som en risk som kan påverka samtliga Prohälsaprojekt negativt. En förändring i form av en gemensam ledningorganisation för administrationen kan innebära en risk därför att de olika organisationerna inom Sfa då kan tendera att bli inåtvända. Dvs. koncentrera sig på att försöka lösa den fusionsproblematik som med stor sannolikhet kommer att uppstå. Hur denna eventuellt framtida fusion blir löst avgör förmodligen Prohälsas – inkl. Dialogens – framtid. På kort sikt står och faller förmodligen Dialogenprojektet på kassaledningarnas engagemang i just detta projekt.

Om inte detta engagemang är relativt högt (upp mot 90 procent, se ovan, tabell 4) kommer handläggarnas energi troligen att avta liksom kontaktpersonernas och andra på kassan som berörs av såväl Dialogen som övriga Prohälsaprojekt. Och då går luften ur medaktörerna, förmodligen först läkarna och sedan arbetsgivarna.

Fortsättning

Detta avsnitt – och de som följer här efter – bottnar i tidigare gjorda analyser. Fokuseringen ligger alltså på vad som bör åtgärdas och varför det i så fall bör ske. I stället för att dröja vid vad som redan har inträffat och varför man fått de resultat man fått. Med andra ord sätts framtiden i fokus.

Här är det möjligt att urskilja två huvudstråk. Ett rör Dialogen som utbildning, medan det andra handlar om Dialogen i praktiken och därmed också om vidareutveckling i jobbet som dialogförare. Vidare kan man se att vad gäller det praktiska arbetet kommer det att kunna intensifieras när det gäller läkargruppen – eftersom läkarna kan behöva motiveras ytterligare – medan nya arbetsgivare kan bli aktuella att påverka. Dessa blir då stat, landsting och privata arbetsgivare. I två avslutande tabeller – en om utbildning och en om praktik – belyser vi just detta.

Tabell 27 Några punkter om vad som kännetecknade tidigare utbildning i Dialogen och några förslag kring vad som är rimligt att ta med i nästa utbildning för dialogförare utifrån undersökningsresultaten

	<i>Fortsättning</i>	
	<i>Dialogen som utbildning</i>	
	<i>Kassans personal</i>	<i>Försäkringsläkare</i>
Tidigare utbildning (t.o.m. våren -03)		Transitionellt förhållningssätt Olika rollspel Dialogpedagogik Olika tankefigurer, t.ex. DADA
Förslag inför nästa utbildning (från hösten -03)		Öva <u>uppgift 2</u> Rollspel som rör samarbetet mellan handläggare och försäkringsläkare Tryck på hur öka beredskap i kassan för att arbeta med Dialogen Hur förändra läkares attityder Hur starta på jämställd nivå med nya arbetsgivarna (i vissa fall) Konsulter/handledare måste ha samsyn Konsulter intervjuar dialogförare ”Gamla” dialogförare mentorer för nya

Den intressanta delen av tabellen rör förslagen – i den här delen av rapporten – kring vad som kan lyftas in i utbildningen inför en framtida satsning på Dialogen. Det är på olika sätt viktigt att öva uppgift 2, dvs. kunna reflektera kring vad som hänt och hur mötet har varit. Här skapas energi inför nästa möte. Utan tillämpning av uppgift 2 kommer det transitionella förhållningssättet så småningom att vittra bort och samtidigt mojnar vinden i det pågående aktiva samarbetet med aktörerna.

Rollspel där handläggare och försäkringsläkare tillsammans möter t.ex. läkare på vårdcentral behövs troligen som ett underlag inför en diskussion om ett framtida samarbete. När det gäller kassornas beredskap kanske man skall

bjuda in ett antal chefer från kassavärlden till informella samtal på kvällen mellan dag 1 och dag 2. De chefer som kommer blir då också mentorer för Dialogen på sina resp kassor.

För att förändra läkares attityder behövs förmodligen såväl lokal statistik för varje vårdcentral i varje kommun och län – som en början. Därefter kan det vara dags att ta fram mönstret för varje enskild läkare. Det är förmodligen inte förrän man kan tala till varje enskild läkare (varför gör du så här?) om hans eller hennes sjukskrivningsmönster och att läkaren svarar i jag-form som attityden kan gå att förändra. Och då behöver man förmodligen ändå så mycket draghjälp som möjligt av – förhoppningsvis – fler försäkringsläkare som dessutom har mera tid att under de närmaste åren arbeta intensivt och ihållande med Dialogen.

När det gäller arbetsgivarna har det i ett flertal fall visat sig att dialogföraren – något försmädligt – varit ute i ogjort väder, att kommunen som besöktes redan hade genomfört eller skulle genomföra det som man från kassan hade tänkt sig. Detta är givetvis positivt men som dialogförare bör man ha klart för sig att ”arbetsgivarna har börjat bli på hugget”. Och detta är något som hänt under det senaste året. Så det är viktigt att först kartlägga och sedan utifrån kartläggningen tala om för chefer och kassaledning vilka resurser som behövs för att kassan skall ha beredskap att möte den efterfrågan som Dialogen kan tänkas skapa. Och om man inte får resurserna är det knappast idé att börja. Effekten kan då bli motsatt det man hade tänkt sig. Och det hade man ju inte tänkt sig.

Den sista punkten att man bör organisera för att de som redan har varit dialogförare också blir mentorer kan betyda att de nyutbildade dialogförarna får en s.k. flygande start samt att båda parter får arbeta med uppgift 2 och alltså reflektera kring på vilket sätt jobbet skulle kunna ha gjorts bättre. Eventuellt bör dialogförare på kommande utbildningar ha med sig namn på en mentor och att man också organiserar för ett särskilt mentorprogram inom ramen för utbildningen.

Vid en större utbildningsinsats med flera externa utbildningskonsulter från olika företag bör konsulterna få en chans att få en samsyn kring hur lägga upp och genomföra en utbildning på så likartat sätt som möjligt. En utbildning för konsulterna alltså, så att de känner sig trygga i rollen som handledare och – inte minst viktigt – att alla arbetar med samma förhållningssätt. Huvudsaken med utbildningen är ju inte att föra över kunskaper utan att föra över förhållningssättet.

Däremot kan det vara värdefullt att konsultens/handledarnas kunskaper om hur Dialogen tillämpas ”ute på fältet” är så goda som möjligt. Ett förslag är att varje konsult/handledare intervjuar minst två dialogförare som har arbetat en längre tid med Dialoger – lämpligen en handläggare och en försäkringsläkare.

När det gäller Dialogen i praktiken börjar vi också med en tabell:

Tabell 28 Några punkter om vad som hittills kännetecknat Dialogen i praktiken jämfört med vad som kommer att känneteckna Dialogenarbetet inom den allra närmaste framtiden enligt undersökningsresultaten

<i>Fortsättning</i>		
<i>Dialogen i praktiken riktad mot</i>		
	<i>Vårdgivare</i>	<i>Arbetsgivare</i>
<i>Praktiken i dag</i>	Läkare på VC	Oftast kommuner
	Minst två möten	
	Pärm eller prata	
	Nationell statistik	Hög beredskap
<i>Praktiken i morgon</i>	Hela vårdcentralen	Påverka ledningssystemet
	Kassans beredskap högre	
	Lägg pärmen åt sidan	
	Utvecklingsprocess	
	Hela intimkretsen	Nya arbetsgivare
	Påverka primärvårdsnämnderna	Arbeta med kampanjer
	Fler försäkringsläkare	Bra samarbete med t.ex. AMS och arbetsförmedlingen

Av tabellen kan vi se att det är den möjliga framtiden i dialogenjobbet som det skymtar i tabellens nedre del som det nu är intressant att resonera kring. I framtiden har man – förhoppningsvis! – löst dilemmat om man skall låta sitt förhållningssätt eller pärmen bli styrande för mötet och alltså lagt stora delar av pärmen åt sidan. Här finns helt enkelt, tänker man nu, ett informationsstöd

som jag som dialogförare kan plocka fram vid behov. Närmare bestämt arbetsgivarens eller vårdgivarens behov, vad kommunen eller läkaren vill ha från mig.

Nu gäller det att kunna påverka hela vårdcentralen som ett socialt system och hitta vägar att få arbetsgivaren att inse att om man skall kunna ta sitt arbetsgivaransvar för att minska sjukskrivningarna och öka rehabinsatserna behöver man börja i toppen. Ibland kanske med chefsutbildningar eller med personliga samtal eller s.k. teamutbildningar för chefer och medarbetare. Det gäller också att försöka påverka läkarnas attityder indirekt – och subtilt – via t.ex. primärvårdsnämnderna.

Vidare, för att kunna påverka vården: Här behövs sannolikt betydligt fler försäkringsläkare än de som utbildats hittills, kanske ytterligare upp mot ett 50-tal. Och därefter bör förmodligen samtliga försäkringsläkare få möjlighet att kunna jobba minst halvtid som dialogförare under kanske 3–4 år för att alla Dialogerna skall få avsedda effekter. Eventuellt kan man skapa ett särskilt mentorprogram för försäkringsläkarna.

På arbetsgiversidan kommer det att bli aktuellt att arbeta med andra arbetsgivare än kommuner och då krävs det att man står rustad med nya argument. Kanske de ekonomiska argumenten inte väger lika tungt i ett vinstrikt industriföretag eller en stor bank som gentemot en fattig kommun?

Det kommer troligen att behövas ett utbyggt samarbete med AMS och de lokala arbetsförmedlingarna – annars kommer det här att uppstå konkurrens i stället för samarbete. För att öka förtroendet kanske det är lämpligt att tillsammans arbeta med Dialogen, just dialogpedagogik har en lång tradition hos ”Amsarna”. Vidare kan det bli aktuellt att arbeta med kampanjer, något som eventuellt kan samordnas med vad andra myndigheter inom den s.k. ohälsosänkande sektorn arbetar med. Varje kampanj och positivt uttalande i lokalpressen om det egna arbetet ökar energin; dessutom är ju s.k. textreklam inte bara så mycket billigare än den egna informationen utan får också betydligt mer genomslagskraft hos företag, på vårdcentraler, inom kommuner och inte minst inom de försäkrade själva.

Det kan också vara värt att överväga en vidareutbildning för redan verksamma dialogförare, kanske i form av en s.k. workshop där man dels får träffas och utbyta erfarenheter men också får lyssna på vad som i dag finns i form av teorier och metoder med relevans för just det goda samtalet.

Det samtal som skapar dialog i stället för att mynna i monolog.

Avslutningsvis, några funderingar kring rollen som dialogförare. På många sätt har den stora likheter med en projektledarroll. Liksom en projektledare är ju en av dialogförarnas viktigaste uppgifter att förmå en grupp att gemensamt närma sig olika mål. Samordning är en annan likartad uppgift för såväl projektledaren som dialogföraren: Att t.ex. kunna jämka samman viljeinriktningar från olika intressenter och aktörer. Med andra ord, när man som dialogförare lyckats erövra ledarskapet bland aktörerna så gäller det att fortsätta arbeta som projektledare.

Och något liknande gäller sannolikt samordnarrollen inom (den arbetslivsinriktade) rehabiliteringen. Om man som samordnare inte kan se sig själv som en projektledare för vart och ett av de "ärenden" som man skall arbeta med så blir det lite svårare att klara av samordningen.

Till slut några ord om rekrytering till dialogförare. Här kan det vara fruktbart att tänka i termer av det som Daniel Goleman (se litt.förteckn.) kallat för systemet av emotionella komponenter, dvs. det som bygger upp det begrepp som han har myntat under rubriken "*Känslans intelligens*". Denna spjälkas upp i en del som rör personlig och en annan som handlar om social kompetens. Inom den personliga kompetensen är det sedan möjligt att se två skikt och detsamma gäller för vars och ens sociala kompetens. Här hittar vi både den ideala dialogföraren och urtypen för samordnare och projektledare:

Tabell 29 Illustration av tankegångarna bakom begreppet **Känslans intelligens**

<i>Personlig kompetens som består av</i>			<i>Social kompetens som består av</i>	
<i>Självinsikt dvs.:</i>	<i>Självstyrning dvs.:</i>	<i>Motivation dvs.:</i>	<i>Empati dvs.:</i>	<i>Social förmåga dvs.:</i>
Emotionell medvetenhet	Självkontroll	Prestationsvilja	Förstå andra	Påverkan
Korrekt självbedömning	Pålitlighet	Engagemang	Utveckla andra	Kommunikation
Självförtroende	Noggrannhet	Initiativförmåga	Serviceorient.	Konflikthanter.
	Anpassning		Hantera olikh.	Ledarskap
	Innovation		Politisk medvetenhet	Katalysator för förändring
				Bygga gemenskap
				Samverkan och samarbete
				Teamförmåga

Bland det allra viktigaste i tabell 29 är förmodligen den sociala raden som kallas *empati*, dvs. en kombination av medkänsla och inlevelse. Om någon saknar just denna egenskap eller förmåga så ökar sannolikheten för att den personen också har en låg självinsikt och en svagt utvecklad självkontroll. Därmed minskar också den sociala förmågan, dvs. förmågan till bl.a. ledarskap och att kunna bygga upp en gemenskap för samverkan och samarbete i en grupp eller ett arbetslag.

Då får vi dialogförare, projektledare och rehabiliteringssamordnare som varken kan lyssna eller lära och som sannolikt stöter bort de aktörer som det är tänkt att de skall samarbeta med. Och då är man i kassavärlden tillbaka till den monologsituation som man nu till varje pris vill undvika.

Slutsatser och rekommendationer

Dialogen startar processer; saker och ting börjar hända både i kassan och hos medaktörerna. Men det krävs mer; enbart Dialoger är inte tillräckliga. Det som startats måste bearbetas, utvecklas, förvaltas, följas upp, kvalitetssäkras och utvärderas. Just de två senare som ibland har den informella beteckningen ”utvärdering-eftersom” respektive ”effektutvärdering” bör användas som instrument för utveckling mera än de kanske används i dag. Detta gäller speciellt för kvalitetssäkring. Men också den mer traditionella utvärderingen är viktig – särskilt om de slutsatser man kommer fram till – när de presenteras – fortfarande har karaktären av färskvara och ännu inte blivit överspelade av det som ständigt händer i den s.k. verkligheten. Nedan presenteras ett antal slutsatser utifrån de ovan beskrivna undersökningresultaten. Några har tagits upp tidigare, andra har bara berörts, tangerats i texten dessförinnan men vidareutvecklas nu nedan.

Slutsatser

De slutsatser som kan dras från den här rapporten berör flera effekter som ibland korsar olika nivåer – dialogförare, organisation, chefsnivåer, samhällsnivån. Rapporten är i början beskrivande med inslag av utvärdering; mot slutet av rapporten gäller motsatsen, här är den i huvudsak analyserande och utvärderande men med inslag av viss beskrivning. De viktigaste effekter som – i lite olika omfattning – beskrivits, analyserats och utvärderats i denna rapport har på individ, grupp, uppdrags- och organisationsnivån varit effekterna av:

- Dialogförarens genomförande av sitt uppdrag
- Kassornas beredskap
- Vårdgivares och arbetsgivares attityder

Samt vidare på en mer övergripande nivå:

- De olika ledningssystemens effektivitet
- Chefers förmåga att säkerställa förståelse och engagemang
- Sfa:s och kassornas organisation

Den första av de sex punkterna handlar både om dialogförarnas kompetens och om effekterna av Dialogen som metod. Metoden är starkt knuten till ett konsultativt – i vårt fall transitionellt – förhållningssätt.

Så utvärderingen av Dialogen är – åtminstone indirekt – också en utvärdering av i vilken utsträckning dialogförarna har tillägnat sig en förmåga och en kompetens att tillämpa grundreglerna i det transitionella tänkandet.

Här blir slutsatsen att detta gått förvånansvärt bra med tanke på att utbildningen har varit så pass kort – i praktiken bara två dagar. Man kanske kan invända att långt ifrån alla som utbildats har arbetat med Dialogen i praktiken men det är väl i så fall ganska bra att det – antagligen – skett en viss självsanering, så att de mest lämpade också blivit de utvalda.

Detta är i sig en indikation om att till en Dialogförrutbildning – eftersom den är så kort – måste personer rekryteras som redan har en relativt stor kompetens inom praktisk pedagogik och tillämpad socialpsykologi och därmed goda förutsättningar att arbeta framgångsrikt med Dialogen. Också när det gäller önskvärd personlig och social kompetens bör man konstruera någon form av Dialogförrarprofil – för att underlätta rekryteringen, jämför ovan tabell 29, som kanske kan ge viss inspiration inför ett sådant arbete.

Ytterligare en slutsats blir att: *Dialogen som metod och transition som förhållningssätt* har visat sig ha en ganska så kraftfull effekt på attitydbildning hos framför allt arbetsgivarna men också bland vissa vårdgivare. Den avgör givetvis inte allt – i betydelsen ingriper i alla skeenden men den kan hjälpa till att starta processer som i ett annat samhällsklimat skulle ha varit svåra att få igång.

Här verkar kombinationen klimat och Dialogen i praktiken ha skördat mest framgångar hos arbetsgivarna förmodligen för att ”timingen” här varit i det närmaste perfekt; arbetsgivarna fick de rätta kontakterna och kanske också inspiration att fortsätta det som i många fall påbörjats.

Att Dialogen inte haft samma effekt på vårdgiversidan beror förmodligen på styrkan i den pakt som redan finns mellan läkare och patient. Eventuellt behövs det ännu fler försäkringsläkare som dialogförrare för att påverka upplösandet av det här slaget av ”osynliga kontrakt”.

En annan slutsats är att arbetsgivare och vårdgivare ligger på lite olika mognadsnivåer när det gäller att bidra till att skapa resultat som minskar ohälsa och sjukfrånvaro. Här gäller det för en dialogförrare att så långt möjligt kunna vara flexibel i sitt personliga ledarskap (som samtalsledare under Dialogenprocessen) och ha – eller skaffa sig – förmågan att situationsanpassa ledarskapet.

Det finns redan en välkänd och väletablerad ledarskapsmodell med just detta namn (se *Hersey & Blanchard* i litteraturförteckningen). Där då begreppet situationsanpassa står för att kunna anpassa ledarskapet till en grupps mognadsnivå så att denna matchas och vidareutvecklas av ledarstilen.

Mognadsnivån är en kombination av vad man i gruppen kan och vill och ledarskapet är en kombination av relations- och uppgiftsorientering. Så här – se tabell 30 nedan – skulle då en dialogförares matchning/situationsanpassning av sin ledarstil i samtalsituationen kunna se ut i relation till vårdgivarnas respektive arbetsgivarnas *förmodade* mognadsnivåer för det som bör avhandlas i en Dialog:

Tabell 30 Illustration av att dialogförares bör använda sig av olika ledarskap eller ledarstilar gentemot arbetsgivare (delaktighet) och vårdgivare (motivera)

<i>Mognadsnivå kunna och vilja</i>	<i>Ledarstil Dialogförares</i>	<i>Mognadsnivå aktörer</i>
Hög	Delegering	
Ganska hög	Delaktighet	<i>arbetsgivare inom kommuner</i>
Ganska låg	Motivera	<i>vårdgivare, läkare</i>
Låg	Instruera	

Som vi kan se av tabellen måste en dialogförares i sin ledar/samtalssituation uppträda annorlunda gentemot arbetsgivare resp vårdgivare. För att det skall bli resultat av samtalet kräver arbetsgivaren delaktighet medan läkargruppen/vårdgivarna vill bli motiverade. Vårdgivarna vill med andra ord att dialogförares förklarar mycket mera kring frågor som rör varför. Arbetsgivarna är redan ”på spåret” och vill kanske t.o.m. få kassan med sig.

Med vårdgivarna tar det då längre tid att skapa en gemensam karta/bild av hur problemet ser ut och hur det kan lösas. Den tid man inte behöver lägga på arbetsgivarkontakter – därför att mognadsnivån här är högre – kan man alltså lägga på att arbeta mera med vårdgivarna.

I termer av teorin/modellen bakom situationsanpassat ledarskap: Som dialogförares blir man effektiv först när det egna ledarskapet matchar mognadsnivån hos medarbetarna. Och för dialogförares är ju medarbetarna de olika aktörerna.

Slutsatsen som rör kassornas beredskap lyder kanske lite provokativt: Det kunde ha varit värre – men det kan också bli betydligt bättre i många fall. I ett fåtal fall är det riktigt bra. Men huvudintrycket är att *det spretar*. Med detta menas att om man ser till samtliga kassor så finns det en dryg handfull som lagt in ”högsta växeln” i Dialogenarbetet och nu börjar få till stånd viktiga resultat. Här finns t.ex. vissa delar av Stockholmskassan (kanske upp mot hälften), Gotlandskassan, Örebrokassan, Hallandskassan och i viss utsträckning också Värmlandskassan och de tre Smålandskassorna, dvs. Kronoberg, Kalmar och Jönköping samt vissa delar av Västra Götaland. Skånekassan som startat sent är nu på god väg men för övriga kassor verkar resultatet ganska magert.

Eventuellt kan det bero på att denna utvärdering och rapport kanske kommer i tidigaste laget; å andra sidan kan man observera att i de kassor där man kommit igång väl har man också själva utvärderat effekterna av Dialogen.

En lokal utvärdering innebär ju också en intresseförklaring från ledningen – man talar om att detta är ett område som man troligen kommer att prioritera. Så utvärdering kan i sig leda till att man anstränger sig lite mera. Och i sådana fall leder utvärderingen dessutom till utveckling.

I övriga kassor verkar inställningen till Dialogen – och kanske också till övriga Prohälsaprojekt – fördela sig ungefär lika; *från* en ganska ljum inställning *till* en attityd riktad mot den här typen av utveckling som närmast skulle kunna beskrivas som en läpparnas bekännelser. Så när det gäller beredskap kan man säga att hälften av kassorna verkar ha en god eller t.o.m. mycket god beredskap medan en fjärdedel har en låg beredskap och återstående knappast någon beredskap att räkna med. Det kan också på dessa kassor existera t.o.m. (dolda) negativa attityder till Dialogenarbetet.

Här måste dock poängteras att detta är samlade huvudintryck som ju lätt kan bli generaliserande men de bygger på en sammanvägning av information från telefonintervjuer med dialogförare runt om i landet och enkätsvaren från samtliga tre enkäter. Och för de sistnämnda framför allt på svaren på de öppna frågorna.

Den slutsats som rör vårdgivares och arbetsgivares attityder som en effekt av Dialogenarbetet kan beskrivas som: Ibland varandras motsatser. Detta betyder att i jämförelse med arbetsgivarna är läkarna/vårdgivarna lite mer svårflirtade. Detta bör rimligen få konsekvenser för hur man lägger upp det praktiska arbetet i fortsättningen men också för Dialogen som utbildning.

Frågan man kan ställa sig är ju om metoden och det transitionella förhållningssättet fungerar som bäst i medvind men när man arbetar i motvind behöver det kompletteras. Här har sannolikt försäkringslågarna en viktig roll; för att vända vinden. Å andra sidan är motvind bättre än ingen vind alls – ty vem kan segla förutan?

Slutsatserna för den mer övergripande nivån handlar om de olika ledningssystemens effektivitet, om olika chefers förmåga/kompetens att säkerställa förståelse och engagemang för Dialogenarbetet i sina organisationer på både lokal och regional/central nivå. Samt också om effekten av Sfa:s, dvs. RFV:s och kassornas organisationer. Effekterna av dessa går in i varandra; man skulle kunna säga att de berör och är ömsesidigt beroende av varandra på ett både intrikat och komplext sätt. Långt ifrån alla som arbetar i dessa organisationer, dvs. kassorna och RFV förstår hur dessa organisationer fungerar, vad som driver människor i dem eller har förmågan att inifrån beskriva företagskulturen.

Men just detta behöver inte bekymra oss i detta sammanhang. Här kan vi konstatera att den organisatoriska miljö som omger och påverkar Dialogenuppdraget och därmed dialogförarna och alla som de kommer i kontakt med är långt ifrån tillfredsställande. I stället för att skapa genomgående bra förutsättningar för olika – ur samhällssynvinkel – viktiga projekt hamnar mycket mellan stolarna. Så pass mycket ibland att man kan få intrycket att organisationen/organisationerna har detta som en del av sin företagskultur och därmed också i sin verksamhet och i sin löpande produktion av olika beslut.

Dvs. man skall/bör arbeta på ett sätt så att i alla fall vissa saker hamnar mellan stolarna. Hit hör – kan man få ett intryck av – alla ansträngningar som bedöms på ett betydande sätt kunna rubba det nuvarande läget. Närmare bestämt alla olika beslutsunderlag som pekar mot att vad Sfa skulle behöva är en grundläggande strukturell förändring – mot en mer sammanhållen ledning.

Här kommer man då att möta en annan problematik, fusionsproblematiken och principen som säger att nästan alla fusioner är dömda att misslyckas.

Den säger vidare att det viktigaste är inte antalet timmar man lägger ner på grubbla att och diskutera för att hitta den perfekta organisationsstrukturen – vilket man alltså ofta gör – men utan att hitta den. Det viktigaste är i stället den acceptans och de känslor var och en som berörs har inför fusionen.

När två organisationer/ledningssystem slås ihop kan följande erfarenhetsmässigt inträffa:

- Fusionen slutförs aldrig, man hamnar i skyttegravar
- En av organisationerna tar över, ”slukar” den andra
- Fusionen lyckas men bara till hälften
- Fusionen lyckas fullt ut

I det första fallet försöker man jobba på som vanligt men just det faktum att man emotionellt sas befinner sig i en skyttegrav, dvs. man väntar ständigt på ett angrepp blir ett energiläckage. Liknande gäller för nästa punkt att en organisation erövrar den andra. Detta betyder att en ser sig som vinnare när effekten av fusionen ju egentligen bör bli att båda blir vinnare.

Detta kännetecknar det sista alternativet. Här förstår man att det som skall fusioneras, smälta samman är två olika företagskulturer. Något som kommer att ta tid och som man måste arbeta med både metodiskt, systematiskt och empatiskt. För kassornas och RFV:s del kan man säga: Prova Dialogen som metod för sammansmältning. I de fall där fusioner har lyckats har man använt sig av likartade pedagogiska metoder och förhållningssätt. Och apropå vad som tidigare beskrivits som det transitionella förhållningssättet: Finns det någon mer omfattande organisatorisk *transition* än just en fusion?

Vi kan också dra slutsatsen att ledningssystemens effektivitet, dvs. de resultat man kan och vill åstadkomma samt chefernas förmåga att säkerställa förståelse och engagemang för olika viktiga frågor hänger ihop med nuvarande organisationsform.

I dag skapar denna enligt många alltför mycket motsättningar och intressekonflikter som ibland leder till, ska vi säga – viss antagonism. I organisationen – i detta fall hela Sfa – leder detta i sin tur till olika former av energiläckage på chefs- och handläggarnivå. I stället för energiläckor borde man skapa kraftkällor. Vilket alltså en mer sammanhållen ledning skulle kunna bidra med.

Rekommendationer

Sammanfattningsvis – utifrån slutsatserna i föregående avsnitt är det nu möjligt att ge följande rekommendationer:

- Skapa effektiva ledningssystem och utveckla chefer så att deras ledarskap blir effektivt. En sammanhållen ledning kan betyda att en del av cheferna byts ut. Se detta som en möjlighet. Starta chefsförsörjningsprogram. Arbeta med chefskontrakt. Utbilda alla ledningsgrupper på olika nivåer i team-building, dvs. motsvarande arbetslagsutveckling
- Kvalitetssäkra alla projekt som skall vidare i linjen och bli en del av det löpande arbetet. Börja med att kvalitetssäkra de olika ledningsgrupperna.
- För Dialogen på kort sikt: Vidareutbilda, öka kassornas beredskap, arbeta ännu mera med läkargruppen, vidga samarbetet till olika arbetsgivare – se tabellerna 26 och 27 och anslutande text för detaljer. Samt: Rekrytera rätt personer, man får då större effekt av en ganska kort utbildning och undviker att många aldrig ens börjar praktisera de kunskaper och förhållningsätt man fått.
- För Dialogen på lång sikt: Här är troligen uthålligheten det viktigaste – och att tillräckligt många jobbar med Dialogen – inte minst ännu fler försäkringsläkare. En annan viktig förutsättning är att dialogförarna arbetar inom en organisation som kan agera betydligt mer enhetligt och kraftfullt för att säkra en så bra försäkring som möjligt på såväl kort som lång sikt.

Detta är alltså i korthet de viktigaste slutsatserna och rekommendationerna från denna undersökning.

Litteraturförteckning

Offentliga utredningar

Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter. SOU 2000:72.

Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum. SOU 2000:78.

Samverkan 6.1. Partnerskap – nytt inslag i svensk samhällsorganisation eller snarare uppgraderad samverkan? SOU 2001:1.

Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. SOU 2002:5.

Bättre styrning av socialförsäkringens administration. SOU 2002:26.

Från RFV och socialförsäkringsadministrationen

Rehabilitering i utveckling. RFV redovisar 1990:2.

Särskild rapport till regeringen om ohälsan och insatser mot den. RFV anser 1990:5.

Adolfsson, S. (2002). *Rundgång i rehabiliteringen.* En intervjustudie med chefer på välfärdsmyndigheter. Rapport nr 38. Stockholm: Försäkringskassan Stockholms län.

Ekblad, S. (2002). *Rehabilitering – från tyst kunskap till profession.* Stockholm: Försäkringskassan Stockholms län.

Engström, L-G., Lundberg, T. & Putsep, M. (1999). *Kugghjulet.* Ett samverkansprojekt kring den ”vansklige patienten”. Rapport nr 17, Gula serien. Karlstad: Värmlands läns allmänna försäkringskassa.

Eriksen, T. & Jeffmar, C. (2003). *Ledarskap: Från ord till handling.* Utvärdering, förändring och utveckling i Värmlandskassan 1992–2002. Rapport nr 29, Gula serien. Karlstad: Värmlands läns allmänna försäkringskassa.

Jeffmar, C. (1992). *När Rödluvan satte på sig sjumilastövlar.* Arton reportage från en socialförsäkring i förvandling. Stockholm: RFV.

Jeffmar, C. (1993). *Törnrosa i pepparkakshuset.* En resa i rehabiliteringens rike. Stockholm: FKF.

Jeffmar, C. (1994). *Snövit och den underbara lampan*. Kvalitetsstyrning och utvärdering i rehabilitering. Stockholm: FKF.

Jeffmar, C. (2003). *Prohälsa: Från ord till handling*. Intern rapport till RFV:s direktion.

Jeffmar, C. & Thurffjell, G. (1996). *När fel bli rätt*. Om Värmlandsskassans kvalitetsutveckling 1994–96. Rapport nr 5, Gula serien. Karlstad: Värmlands läns allmänna försäkringskassa.

Från Statskontoret

Socialförsäkringsadministrationens arbete med att utveckla metoder för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. PM 2002-10-29.

Utvecklingen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. PM 2002-11-27.

Interna PM, försäkringskassorna

Dialog mellan vårdcentraler och försäkringskassan på Gotland. Uppföljning och kort utvärdering under perioden 2002-11-12--2003-05-15.

Försäkringskassan söker dialog med vården. Brev till Stockholms läns sjukvårdsdirektörer, 2002-10-17.

Kommundialogen. Samverkansaktivitet mellan Försäkringskassan i Örebro län och Arbetsmiljöinspektionen. Slutrapport. April 2003.

Rapport Prohälsa. Dialog med arbetsgivare och vårdgivare. Utvärdering av Dialogen i Jönköpings län. April 2003.

Rehabiliteringsgaranti i Stockholms län – ett gemensamt åtagande mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Försäkringskassan. Projektplan 2002-04-30.

Rehabiliteringsgarantin – ett gemensamt krafttag mot ohälsan inom arbetslivet. Broschyr/folder 2003 från försäkringskassan och landstinget i Stockholm.

Sammanställning. Dialog med sjukvården, Kalmar län 2003. Sammanställning av minnesanteckningar från Dialoger. 2003-08-13.

Sjukskrivning, rehabilitering, förtidspensionering. Information till läkare från försäkringskassan i Stockholm. Januari 2001.

Från Prohälsa

Dialoginsatser gentemot vårdgivare och arbetsgivare. Rapport delprojekt 8 inom Prohälsa, 2002-06-30.

Särskild bilaga nr 1: Dialoginsatser gentemot vårdgivare och arbetsgivare. Rapport delprojekt 8 inom Prohälsa 2002-06-30: Sammanställning av svar från försäkringskassornas försäkringschefer, 2002-06-06.

Särskild bilaga nr 2. Dialoginsatser gentemot vårdgivare och arbetsgivare. Rapport delprojekt 8 inom Prohälsa, 2002-06-30: Dialogträffar med vårdgivare mars – maj 2002.

Särskild bilaga nr 3. Dialoginsatser gentemot vårdgivare och arbetsgivare. Rapport delprojekt 8 inom Prohälsa, 2002-06-30: Dialogträffar med arbetsgivare mars – maj 2002.

Dialoginsatser gentemot vårdgivare och arbetsgivare. Rapport om Dialogförarutbildning delprojekt 8 inom Prohälsa, 2002-12-23.

Projektbeskrivning för Prohälsa. PM om försäkringskassornas och RFV:s projekt för att professionalisera ohälsarbetet, 2001-11-12.

Från Internet (<http://www.>)

a.fk.se: *Försäkringskassan i Stockholms län med lokal information.*

fkf.se/solid: *Försäkringskassans interaktiva datastöd i socialförsäkringsmedicin.*

forsakringskassan.se: *Aktuell information om olika ersättningar och bidragsformer.*

hallandsposten.se/arkiv (2003-07-01): *Dialog ska ge färre sjuka.*

hsn.sll.se/FK_HSN/: *Rehabiliteringsgaranti mellan försäkringskassan och Stockholms läns landsting.*

okadhalsa.regeringen.se/atgarder/6_atgarder_offentlig_sektor: *Försök att minska ohälsan inom den offentliga sektorn. Pressmeddelande, 2003-07-01.*

rfv.se: *RFV:s prognos efter första halvåret: Kostnaderna för sjukskrivningarna fortsätter att öka. 2003-08-12.*

tco.se: TCO:s ohälsorapport 2002: I väntan på rehab. Pressmeddelande från 2003-04-10.

vg.forsakringskassan.se: Exempel på arbetsgivares åtgärder i kommuner inom Västra Götalands län.

Övrigt

Argyris, C. (1985). *Strategy, change and defensive routines*. London: Pitman.

Argyris, C. & Schön, D. (1982). *Theory in Practice*. San Fransisco: Jossey-Bass.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of man*. New York: Ballantine.

Bateson, G. (1979). *Mind and nature. A necessary unity*. London: Fontana.

Bion, W.R. (1959). *Experiences in groups*. New York: Basic Books.

Bridger, H. (1980). *Consultative work with communities and organisations*. Aberdeen: Aberdeen Univ. Press.

Brinner, W., Geddes, M. & Hastings, C. (1990) *Projektledaren*. Stockholm: Svenska Dagbladet.

Börjeson, L. (2002). *Utveckla teamet*. En bok om grupper utveckling. Lund: Gleerups.

Börjeson, L. & Lisiderius-Gustavii, S. (2002). *Projektråd*. Att leda ett projekt. Lund: Gleerups.

Crafoord, C. (1994). *Människan är en berättelse*. Tankar om samtalskonst. Stockholm: Natur och Kultur.

Edlund, C. (2001). *Långtidssjukskrivna och deras medaktörer – en studie om sjukskrivna och rehabilitering*. Umeå: Umeå universitet.

Edström, R. (1993). *Transition*. Bilaga till rapport till Arbetsmiljökommisionen.

Faucheux, C. (1985). *Some preliminary reflections on transitional processes*. Opubl. manuskript. London: Institute of Human relations.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.

Goleman, D. (2001). *Känslans intelligens och arbetet*. Emotionell intelligens och social kompetens i arbetslivet. Stockholm: W&W. (eng.: Working with emotional intelligence).

Hersey, P. & Blanchard, K.H., (1979). *Management of organizational behavior: Utilizing human resources*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Jeffmar, C. (1987). *Socialpsykologi – människor i samspel*. Lund: Studentlitteratur.

Jeffmar, C. (1992). *Organisationsutveckling i kris och förändring*. Lund: Studentlitteratur.

Jeffmar, C. (1995). *Guldlock och Ali Baba*. Psykologi och metodik för arbetslivsinriktad rehabilitering. Stockholm: FKF.

Lindestad, L. & Jeffmar, C. (1992). *Uppdrag: Chef*. Stockholm: Timbro.

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper.

Lyttkens, L. (1981). *Människors möten*. En undersökning av samspelets innebörd. Lund: Doxa.

McLuhan, M. (1964). *Understanding media: the extensions of man*. Toronto: Toronto University Press.

Olsson, E. (2003). *Samordnad rehabilitering*. Processen som kom av sig. Stockholm: H&H Bokförlag.

Ruesch, J. & Bateson, G. (1987). *Communication*. The social matrix of psychiatry. New York: Norton.

Savater, F. (1994). *Etik för min son*. Stockholm: Brombergs.

Sharpe, J. (1984). *The double task work system*. Utdrag ur opubl. manuskript. London: Unilever PLC.

Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publ.

Wittgenstein, L. (1992). *Filosofiska undersökningar*. Stockholm: Thales.

Bilaga 1

Intervjuer, Dialogen mars-april 2003-03-23

Beskrivande:

Vad är det som görs?

Hur går det till?

Detaljbeskrivning

Resultat:

Vad händer?

Bestående effekter

Bättre samarbete

Utvärdering

Problem för dialogförarna

Vad händer efteråt

Lika bra resultat med någon annan metodik??

2003-03-23/cj

Christer@Jeffmar.com

Bilaga 2



2003-04-03

Information till dig som är Dialogförelare

Vid det här laget känner du nog till att jag har ett uppdrag från RFV att utvärdera Dialogen med hjälp av intervjuer/samtal och enkäter. Intervjuerna äger rum i tre län medan enkäterna som du nu fått i din hand går ut till samtliga län. Gunnel har hjälpt till med lite förhandsinfo och själv har jag skickat en "early warning" till dig via kontaktpersonen för Dialogen i ditt län.

I det kuvert du nu fått från RFV finns tre slag av enkäter. Var och en är riktad till tre grupper. En är till din egen grupp, dvs *dialogförelare* runtom i landet. Här kryssar du själv för och lägger i returkuvertet som är märkt med ett stort **D** för dialogförelare.

De övriga två typerna av enkäter är till *vårdgivare* och *arbetsgivare* som du haft kontakt med i ditt arbete som dialogförelare. Mera konkret: Där du genomfört dialoger. Här kan du se att begreppet Dialogen finns förklarat på första sidan. Det finns tre enkäter till tre vårdgivare och lika många till arbetsgivare som du besökt. Det finns också tre returkuvert till vårdgivarna märkta med ett stort **V** för vårdgivare samt tre returkuvert till arbetsgivarna märkta med ett stort **A** för arbetsgivare.

Det jag ber dig göra är att till var och en av tre arbetsgivare och tre vårdgivare skicka en enkät och ett returkuvert. Samt be dem besvara sin enkät, stoppa i returkuvertet som går till RFV (det är som du ser ett RFV-kuvert) samt posta det – portot är betalt. Förmodligen bör du liksom jag maila/e-posta eller kanske helst ringa och förklara vad du vill be dem göra. Eller använd den här informationen. Tala också om att allt är strikt anonymt.

Om du bara jobbat med arbetsgivare så skickar du bara till dem. Samma gäller om du bara haft kontakter med vårdgivare – då skickar du enbart till dem.

Så för att summera:

Enkät för Dialogförelare – besvarar du själv, stoppar i returkuvert märkt **D** och postar.

Enkät för Vårdgivare – ber du tre vårdgivare besvara, att stoppa i returkuvertet som du bifogat enkäten och posta. Detta kuvert är märkt **V**.

Enkät för Arbetsgivare – samma som för vårdgivare - här är returkuvertet märkt med **A**.

Tack på förhand för din medverkan! Tyvärr är det bråttom, så Alla enkäter i retur snarast!

De allra bästa hälsningar

Christer@Jeffmar.com

Ev frågor besvaras på tel: 08-571 46054, säkrast kvällstid efter 2000

Bilaga 3



Enkät till

Dialogförare

Datum: _____ Län: _____

1. Jag är dialogförare gentemot vårdgivare arbetsgivare
2. Jag är försäkringsläkare rehabsamordnare annat:
3. Jag har haft samtal med
 - 3a. olika vårdgivare vid tillfällen det senaste halvåret
 - 3b. olika arbetsgivare vid tillfällen det senaste halvåret

För de påståenden som nu följer: Kryssa för det alternativ som bäst motsvarar din uppfattning:

4. Jag tycker att jag på ett bra sätt klarar av att arbeta i rollen som dialogförare
- | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Instämmer inte alls | | | | Instämmer fullt ut |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om du kryssat för alternativ 1 eller 2: Hur kan rollen förbättras enligt din mening?

.....
.....
.....

5. Som dialogförelare behärskar jag väl de flesta situationer som kan inträffa

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du kryssat för 1 eller 2: Ge 1 - 2 exempel på situationer du inte behärskar som dialogförelare

.....

.....

.....

6. *Dialogen* som metod för att informera och utveckla samarbetet har uppskattats av olika arbetsgivare

1	2	3	4	5	?
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Jag har redan sett vissa resultat från *Dialogen* med arbetsgivare

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ge några exempel på viktiga resultat:

.....

.....

.....

8. *Dialogen* som metod för att informera och utveckla samarbetet har uppskattats av olika vårdgivare

1	2	3	4	5	?
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Jag har redan sett vissa resultat från Dialogen med vårdgivare

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ge några exempel på viktiga resultat:

.....

.....

.....

10. Dialogen har medverkat till att det hos vårdgivarna har blivit fler diskussioner kring läkarnas sjukskrivningsmönster

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Arbetet med Dialogen leder till ett bättre samarbete i varje enskilt rehabärende mellan Försäkringskassan och hälso-och sjukvårdens olika rehabaktörer

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ge exempel på 1- 3 olika saker som nu fungerar bättre just pga arbetet med Dialogen men som inte fungerade tidigare

.....

.....

.....

12. Genom att arbeta med Dialogen som metod kommer vi att tillsammans kunna *förebygga* längre sjukskrivningar i framtiden

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivera ditt svar här (1-2 kommentarer):

.....

.....

.....

13. Genom att arbeta med Dialogen kan vi *förkorta* de nya sjukskrivningar som har påbörjats

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivera ditt svar här (1-2 kommentarer):

.....

.....

.....

14. Genom att arbeta med Dialogen kan vi med hjälp av rehabinsatser på ett bättre sätt än tidigare hjälpa våra långtidssjukskrivna att komma tillbaka i arbete

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivera ditt svar här (1-2 kommentarer):

.....

.....

.....

15.Som en följd av Dialogen har diagnosen i läkarnas läkarintyg blivit tydligare

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.Som en följd av Dialogen har arbetsgivarna som kassan varit i kontakt med börjat ta ett större ansvar i förebyggande åtgärder för sina anställda

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat 4 eller 5 ge exempel på en viktig förändring:

.....

.....

.....

17.Som en följd av Dialogen har arbetsgivarna som kassan varit i kontakt med börjat ta ett större ansvar för att få tillbaka sina sjukskrivna till jobbet så tidigt som möjligt

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat 4 eller 5 ge exempel på en viktig förändring:

.....

.....

.....

18. Som en följd av Dialogen har arbetsgivarna som kassan varit i kontakt med börjat ta ett större ansvar för rehabiliteringsfrågor för sina anställda

	1	2	3	4	5
Instämmer inte alls					Instämmer fullt ut
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat 4 eller 5 ge exempel på en viktig förändring:

.....

.....

.....

19. Ange nedan (kryssa för) om någon eller några av de punkter som nämns har blivit ett konkret resultat av att man använt sig av Dialogen som metod för information och samarbete:

- 19a. Nytt möte
- 19b. Nytt möte för planering av gemensamma aktiviteter
- 19c. Nytt möte med ny målgrupp
- 19d. Åstadkommit gemensamt mål för fortsatt samarbete
- 19e. Övrigt, nämligen

Förutom punkterna ovan, ge här 1 - 2 exempel på vad du anser ni har åstadkommit hittills genom användandet av Dialogen

.....

.....

Övriga synpunkter om användandet av Dialogen som metod
(skriv också på baksidan av papperet)

.....

.....

Jag har inga ytterligare synpunkter

Bilaga 4



Enkät till

Vårdgivare

Dialogen kallas den metod och det arbetssätt försäkringskassans handläggare har börjat tillämpa i ditt län vid besök och möten hos te x arbetsgivare och på vårdcentraler. Istället för att ge information på traditionellt sätt arbetar man med en metod som innebär att man tillsammans samtalar om den information - ibland i form av statistik - som kassan har med sig. Kassan prövar att hålla igång en dialog med dem man samarbetar med. Det finns stort utrymme för frågor, svar och diskussion. På Riksförsäkringsverket tror vi att *Dialogen*, som försäkringskassan har börjat pröva i möten med arbetsgivare och vårdgivare, kan bli ett värdefullt instrument för att öka samarbetet så att vi gemensamt skall klara av att minska sjukskrivningar och ohälsotalet.

Vi vill därför bli med hjälp av den information vi får när du besvarat - och returnerat - den här enkäten försöka förbättra *Dialogen* ytterligare. Vi ber dig alltså om *10 minuter av din tid* för ett bättre samarbete. Fyll i enkäten, skicka den till oss i bifogat svarskuvert. Alla svar behandlas strikt anonymt. Alla kuvert öppnas av ett oberoende registreringsföretag. Informationen registreras i avidentifierad form och skickas som en avidentifierad fil till Riksförsäkringsverket där den används för tabellsammanställningar över samtliga svar.

Tack för Din medverkan!

Datum: _____ **Län:** _____

1. Jag är läkare sjuksköterska annat:

2. Jag arbetar vid vårdcentral sjukhus annat:

3. Jag har haft samtal med

3a. kassans handläggare vid tillfällen det senaste halvåret

3b. försäkringsläkare vid tillfällen det senaste halvåret

För de påståenden som nu följer: Kryssa för det alternativ som bäst motsvarar din uppfattning. Där det finns utrymme skriv också några rader och besvara frågan utifrån hur du uppfattat frågeställningen!

4. Kassans handläggare har rätt kompetens som dialogförare

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du kryssat för alternativ 1 eller 2: Hur kan kompetensen förbättras enligt din mening?

.....

.....

.....

5. Försäkringsläkarna vid kassan har rätt kompetens som dialogförare

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du kryssat för alternativ 1 eller 2: Hur kan kompetensen förbättras enligt din mening?

.....

.....

.....

6. *Dialogen* som metod för att informera och utveckla samarbetet har uppskattats av oss vårdgivare

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Dialogen har medverkat till att det hos oss vårdgivare har blivit fler diskussioner kring våra läkares sjukskrivningsmönster.

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Arbetet med Dialogen leder till ett bättre samarbete i varje enskilt rehabiliterande mellan Försäkringskassan och hälso-och sjukvårdens olika rehabaktörer

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ge exempel på 1 – 3 olika saker som nu fungerar bättre just på grund av arbetet med Dialogen men som inte fungerade tidigare

.....

.....

.....

9. Genom att arbeta med Dialogen som metod kommer vi att tillsammans kunna *förkorta nya sjukskrivningar och förebygga* längre sjukskrivningar i framtiden

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivera ditt svar här (1-2 kommentarer):

.....

.....

.....

10. Genom att arbeta med Dialogen kan vi med hjälp av rehabinsatser på ett bättre sätt än tidigare hjälpa våra långtidssjukskrivna att komma tillbaka i arbete

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivera ditt svar här (1-2 kommentarer):

.....

.....

.....

11. Dialogen kommer att underlätta rehabsamordningen i vårt län

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivera ditt svar helt kort här:

.....

.....

.....

12. Som en följd av Dialogen har informationen i läkarintyget blivit tydligare.

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Som en följd av Dialogen med arbetsgivare har de som har varit med börjat ta ett större ansvar för olika insatser för att förebygga längre sjukskrivningar och förbättra rehabiliteringsinsatserna för sina anställda

1	2	3	4	5	?
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Ange nedan (kryssa för) om någon eller några av de punkter som nämns har blivit ett konkret resultat av att man använt sig av Dialogen som metod för information och samarbete:

- 14a. Nytt möte
- 14b. Nytt möte för planering av gemensamma aktiviteter
- 14c. Nytt möte med ny målgrupp
- 14d. Åstadkommit gemensamt mål för fortsatt samarbete
- 14e. Övrigt, nämligen

Förutom punkterna ovan, ge här 1 - 2 exempel på vad du anser ni har åstadkommit hittills genom användandet av Dialogen

.....

.....

.....

Övriga synpunkter om användandet av Dialogen som metod
(Skriv också på baksidan av papperet)

.....

.....

.....

Jag har inga ytterligare synpunkter

Bilaga 5



Enkät till

Arbetsgivare

Dialogen kallas den metod och det arbetssätt försäkringskassans handläggare har börjat tillämpa i ditt län vid besök och möten hos te x arbetsgivare och på vårdcentraler. Istället för att ge information på traditionellt sätt arbetar man med en metod som innebär att man tillsammans samtalar om den information - ibland i form av statistik - som kassan har med sig. Kassan prövar att hålla igång en dialog med dem man samarbetar med. Det finns stort utrymme för frågor, svar och diskussion. På Riksförsäkringsverket tror vi att *Dialogen*, som försäkringskassan har börjat pröva i möten med arbetsgivare och vårdgivare, kan bli ett värdefullt instrument för att öka samarbetet så att vi gemensamt skall klara av att minska sjukskrivningar och ohälsotalet.

Vi vill därför bli med hjälp av den information vi får när du besvarat - och returnerat - den här enkäten försöka förbättra *Dialogen* ytterligare. Vi ber dig alltså om *10 minuter av din tid* för ett bättre samarbete. Fyll i enkäten, skicka den till oss i bifogat svarskuvert. Alla svar behandlas strikt anonymt. Alla kuvert öppnas av ett oberoende registreringsföretag. Informationen registreras i avidentifierad form och skickas som en avidentifierad fil till Riksförsäkringsverket där den används för tabellsammanställningar över samtliga svar.

Tack för Din medverkan!

Datum: _____ **Län:** _____

1. Jag är chef/arbetsledare personalchef/personalansvarig
 företagsläkare rehabansvarig annat:.....
- 2a. Jag arbetar i stat landsting kommun privat företag
 annat:.....
- 2b. Min organisation (där jag har min arbetsplats) har följande antal anställda:
- 0-20 21-50 51-200 201-500
 501-1000 1001-5000 fler än 5000

3. Jag har haft samtal med:

3a kassans handläggare vid tillfällen det senaste halvåret

3b. försäkringsläkare vid tillfällen det senaste halvåret

För de påståenden som nu följer: Kryssa för det alternativ som bäst motsvarar din uppfattning. Där det finns utrymme skriv också några rader och besvara frågan utifrån hur du uppfattat frågeställningen!

4. Kassans handläggare har rätt kompetens som dialogförelare

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du kryssat för alternativ 1 eller 2: Hur kan kompetensen förbättras enligt din mening?

.....

.....

.....

5. Försäkringsläkarna vid kassan har rätt kompetens som dialogförelare

1	2	3	4	5	?
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du kryssat för alternativ 1 eller 2: Hur kan kompetensen förbättras enligt din mening?

.....

.....

.....

6. Dialogen som metod för att informera och utveckla samarbetet har uppskattats av oss arbetsgivare

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Dialogen har medverkat till att det hos oss arbetsgivare har blivit fler diskussioner kring hur vi skall få tillbaka våra långtidssjukskrivna till jobbet

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Arbetet med Dialogen leder till ett bättre samarbete i varje enskilt rehabärende mellan Försäkringskassan i vårt län och oss arbetsgivare i rehabiliteringsfrågor

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ge exempel på 1 – 3 olika saker som nu fungerar bättre just pga arbetet med Dialogen men som inte fungerade tidigare

.....

.....

.....

9. Genom att arbeta med Dialogen som metod kommer vi att tillsammans kunna *förebygga* längre sjukskrivningar i framtiden

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivera ditt svar här (1-2 kommentarer):

.....

.....

.....

10. Genom att arbeta med Dialogen kan vi *förkorta* de nya sjukskrivningar som har påbörjats

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivera ditt svar här (1-2 kommentarer):

.....

.....

.....

11. Genom att arbeta med Dialogen kan vi *med hjälp av rehabinsatser* på ett bättre sätt än tidigare hjälpa våra långtidssjukskrivna att komma tillbaka i arbete.

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivera ditt svar här (1-2 kommentarer):

.....

.....

.....

12. Som en följd av Dialogen har arbetsgivaren på vår arbetsplats börjat ta ett större ansvar i förebyggande åtgärder för våra egna anställda

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat 4 eller 5 ge exempel på en viktig förändring:

.....

.....

.....

13. Som en följd av Dialogen anstränger vi arbetsgivare oss nu att så tidigt som möjligt aktivera de personer som efter sjuklöneperioden övergått till att bli sjukskrivna

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat 4 eller 5 ge exempel på en viktig förändring:

.....

.....

.....

14. Som en följd av Dialogen har vi på vår arbetsplats börjat ta ett större ansvar för rehabiliteringsfrågor för våra egna anställda

1	2	3	4	5
Instämmer inte alls				Instämmer fullt ut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat 4 eller 5 ge exempel på en viktig förändring:

.....

.....

.....

15. Ange nedan (kryssa för) om någon eller några av de punkter som nämns har blivit ett konkret resultat av att man använt sig av Dialogen som metod för information och samarbete:

- 15a. Nytt möte
- 15b. Nytt möte för planering av gemensamma aktiviteter
- 15c. Nytt möte med ny målgrupp
- 15d. Åstadkommit gemensamt mål för fortsatt samarbete
- 15e. Övrigt, nämligen

Förutom punkterna ovan, ge här 1 - 2 exempel på vad du anser ni har åstadkommit hittills genom användandet av Dialogen

.....

.....

.....

Övriga synpunkter om användandet av Dialogen som metod
(Skriv också på baksidan av papperet)

.....

.....

.....

Jag har inga ytterligare synpunkter

Bilaga 6

Diagram 1

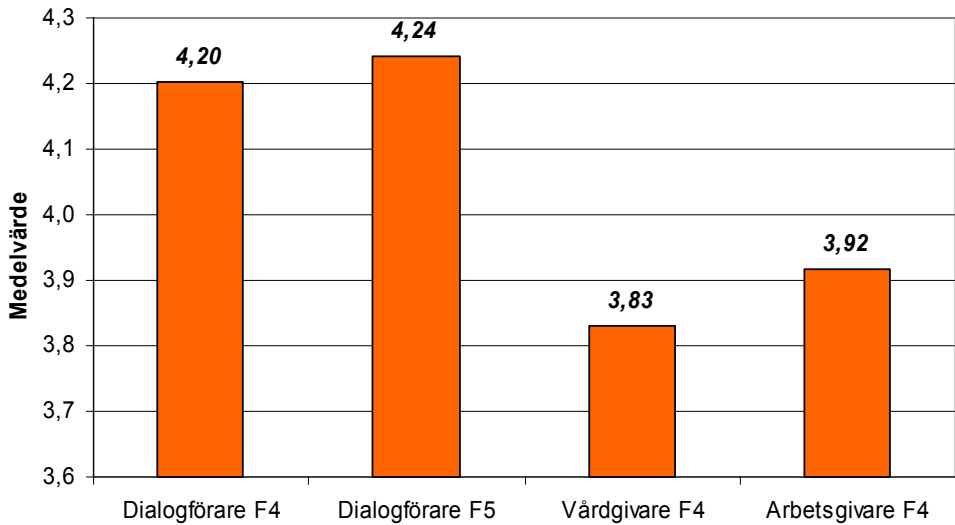


Diagram 2

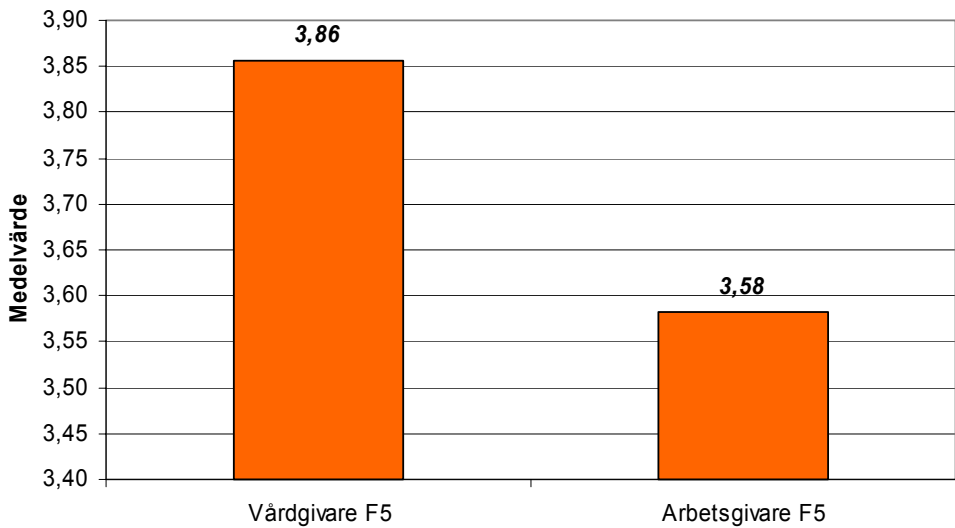


Diagram 3

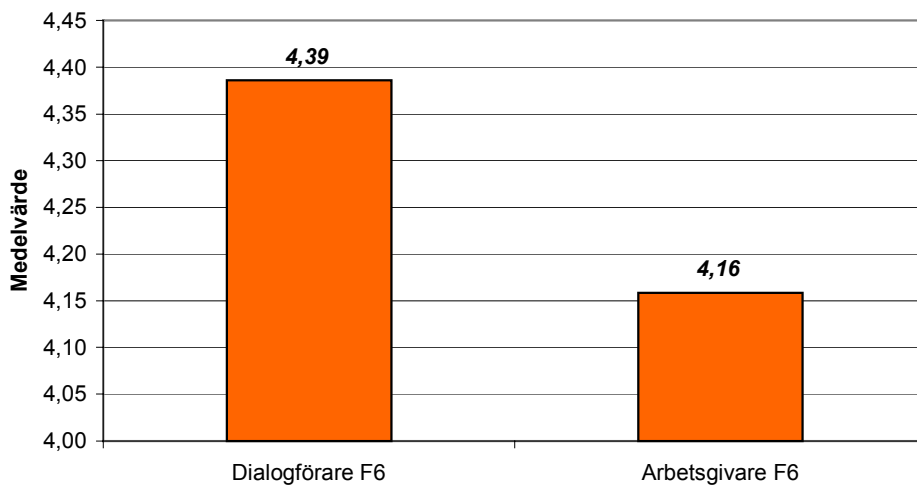


Diagram 4

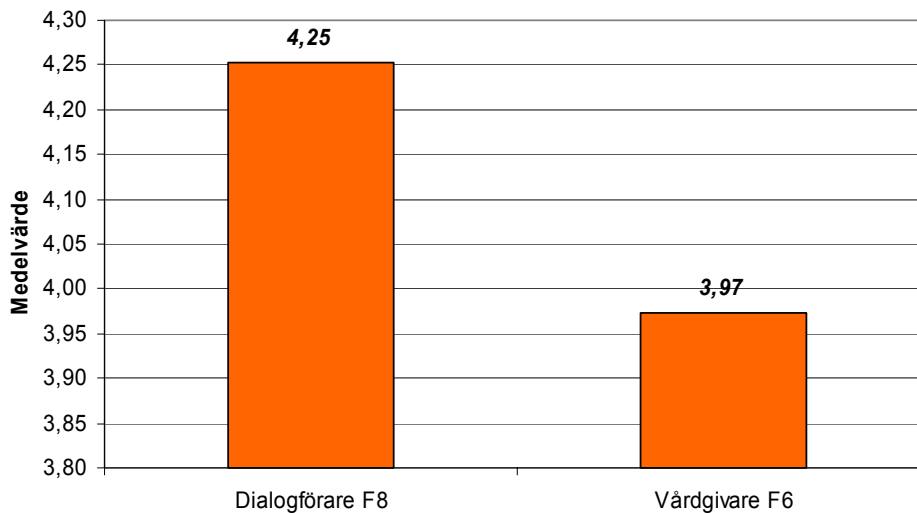


Diagram 5

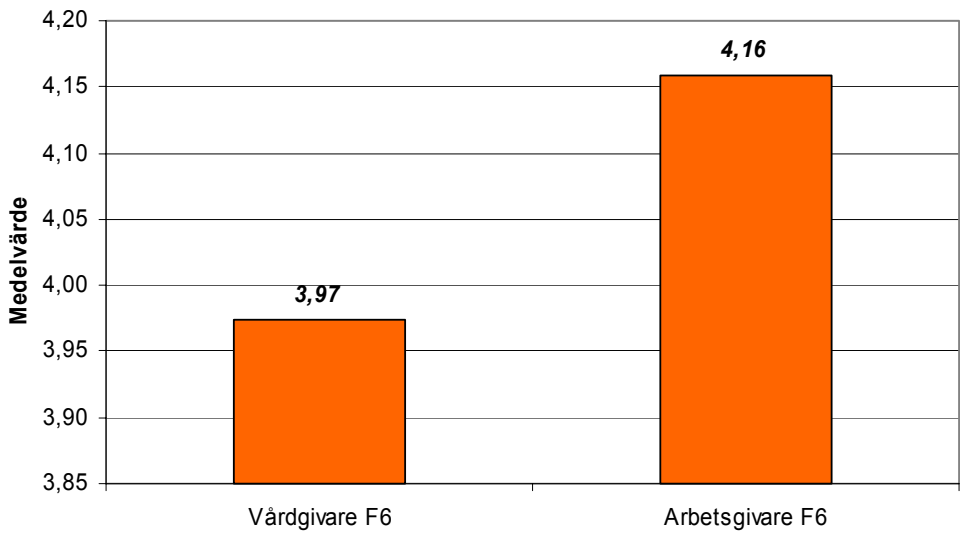


Diagram 6

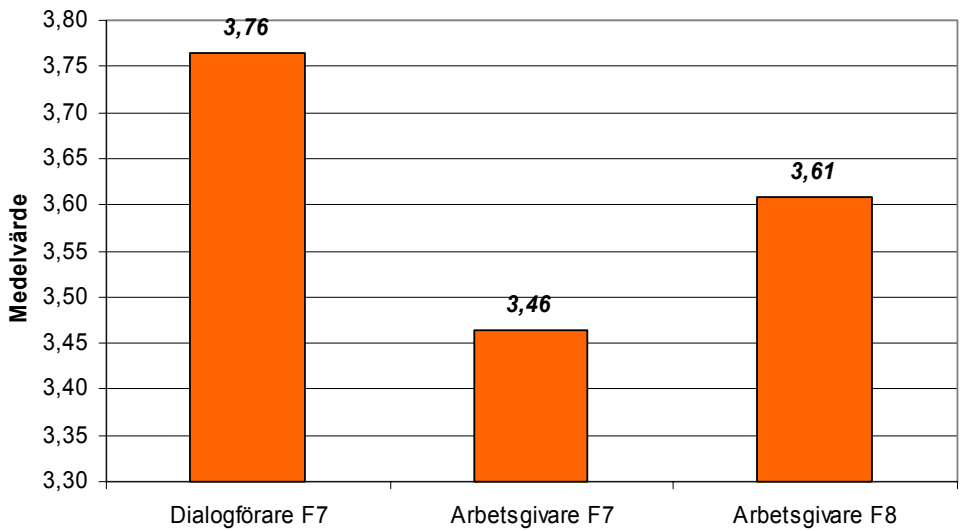


Diagram 7

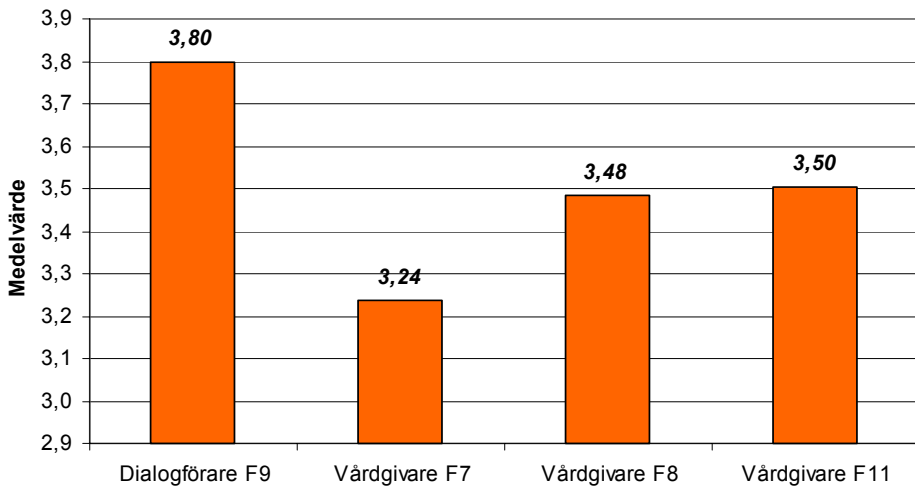


Diagram 8

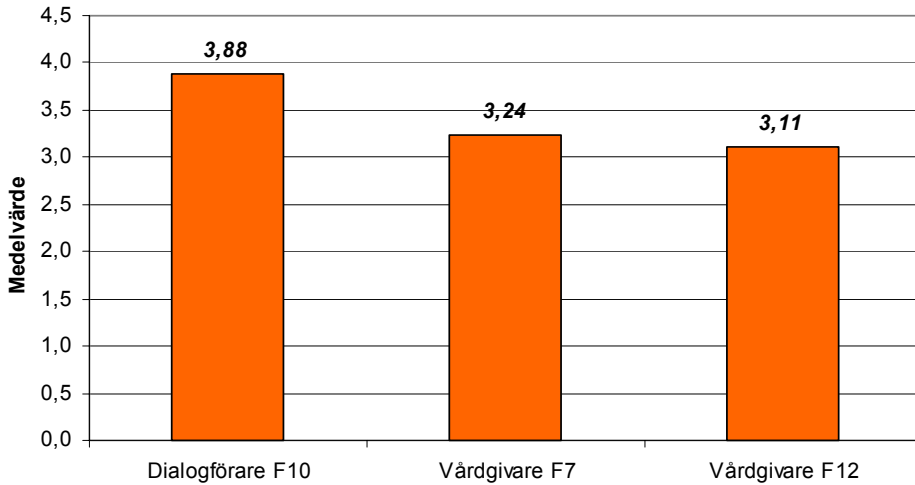


Diagram 9

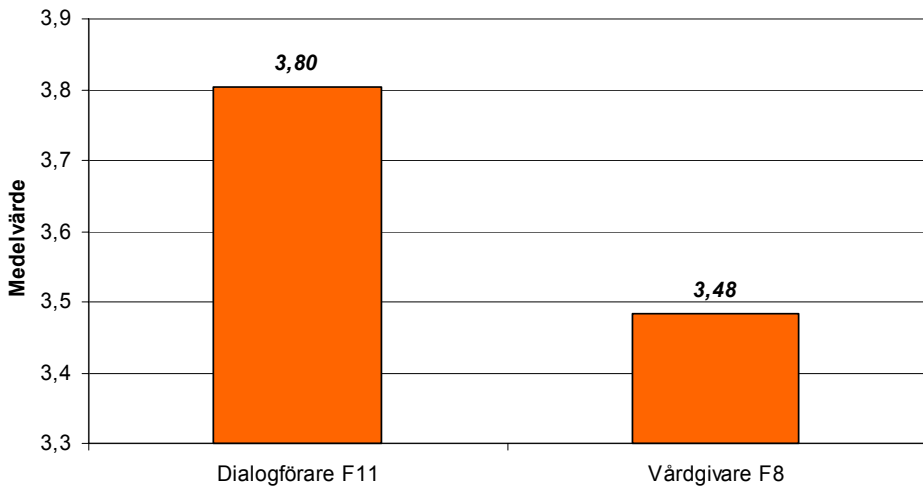


Diagram 10

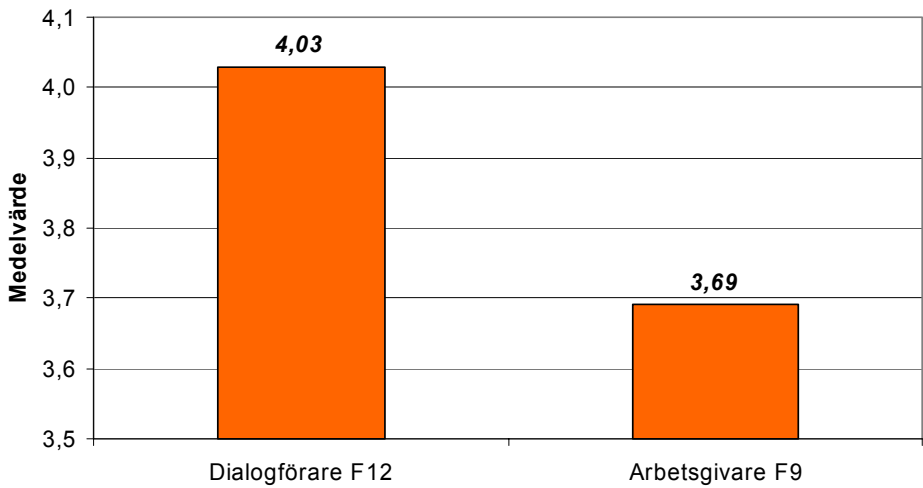


Diagram 11

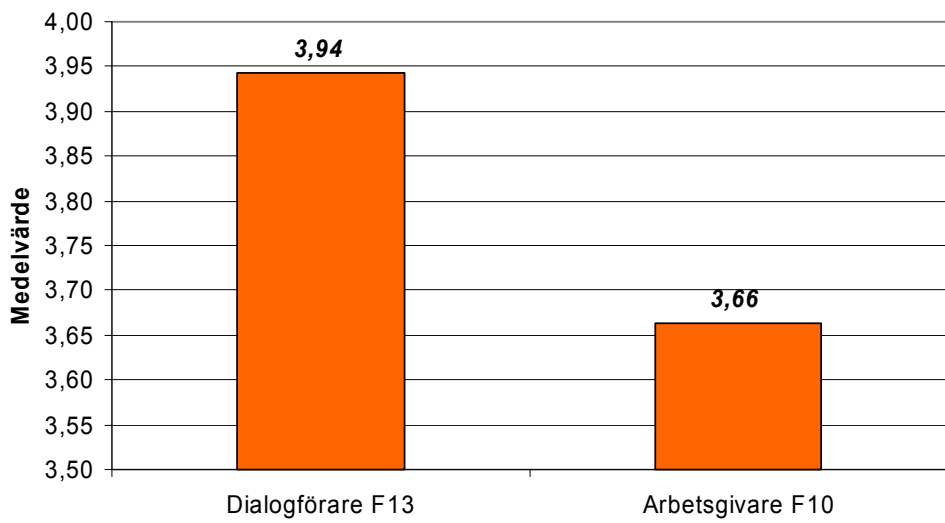


Diagram 12

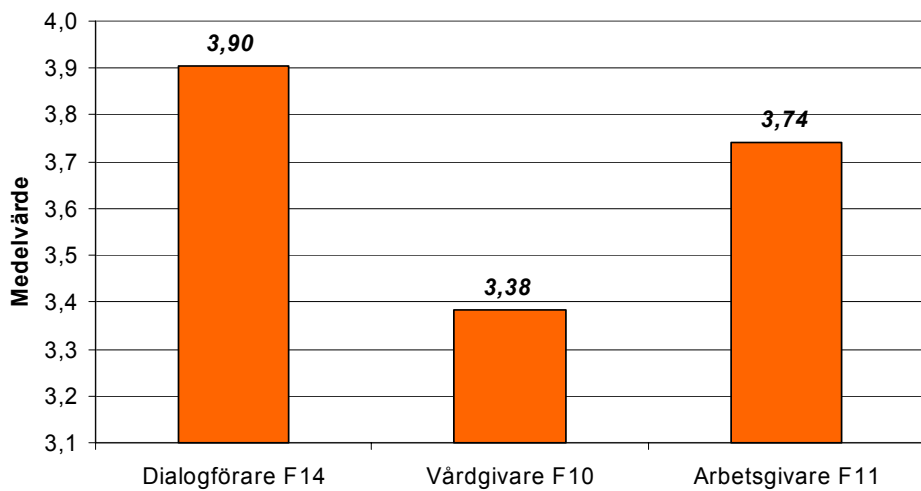


Diagram 13

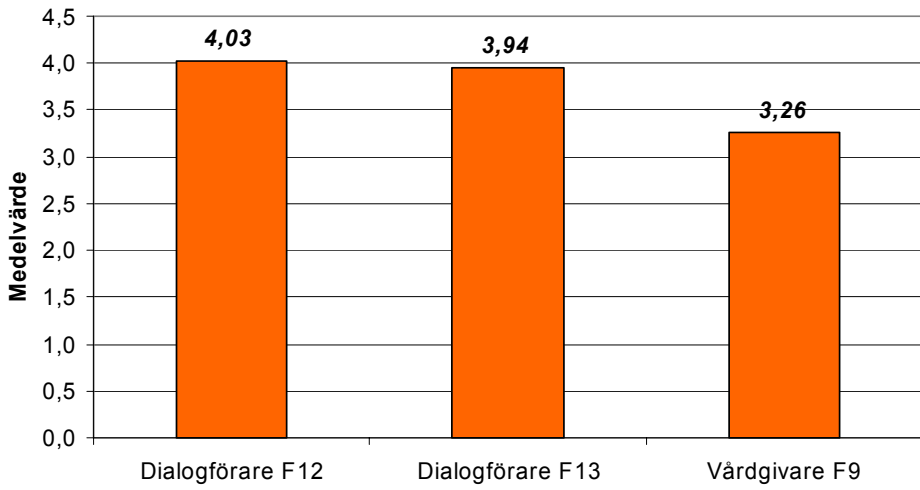


Diagram 14

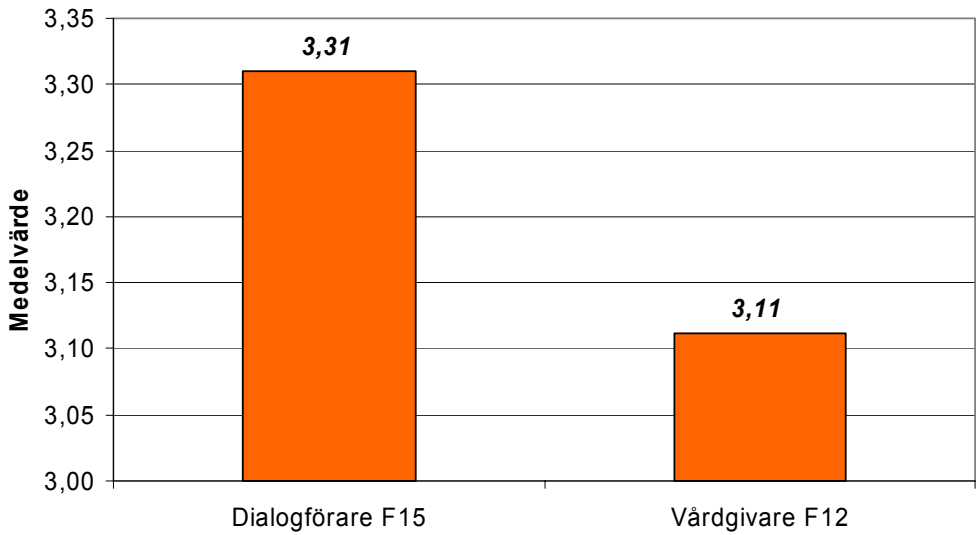


Diagram 15

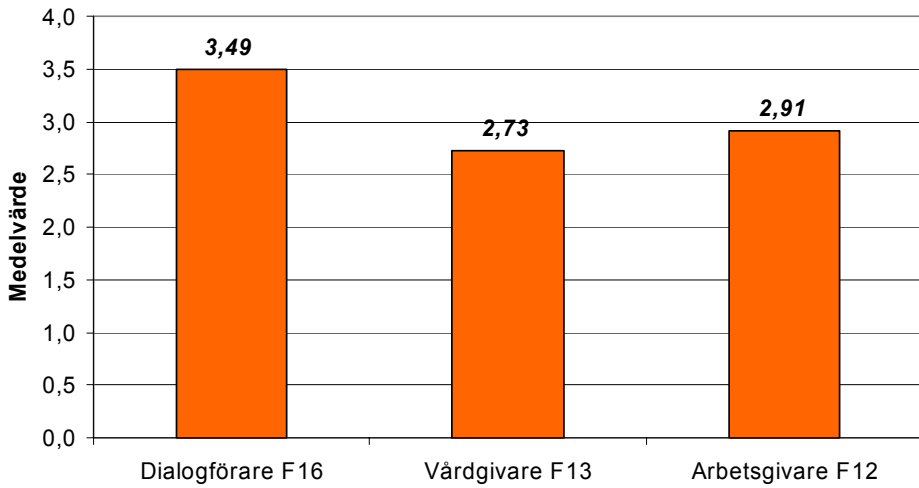


Diagram 16

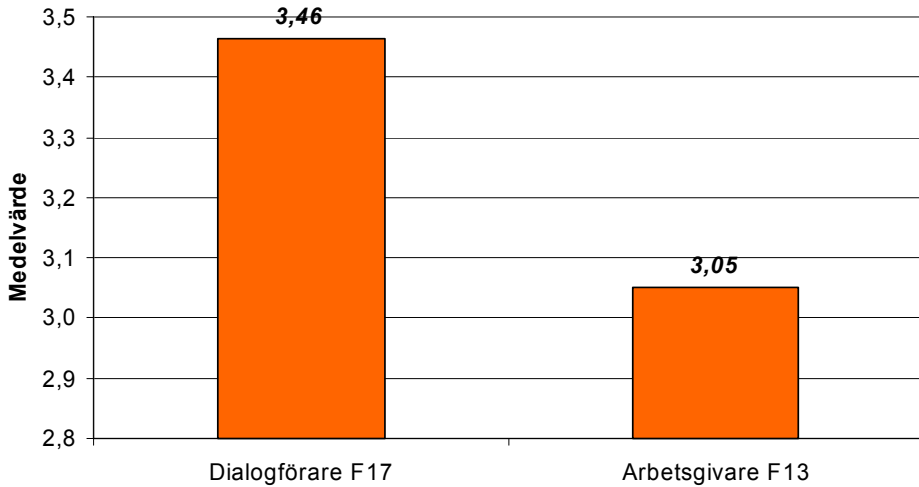
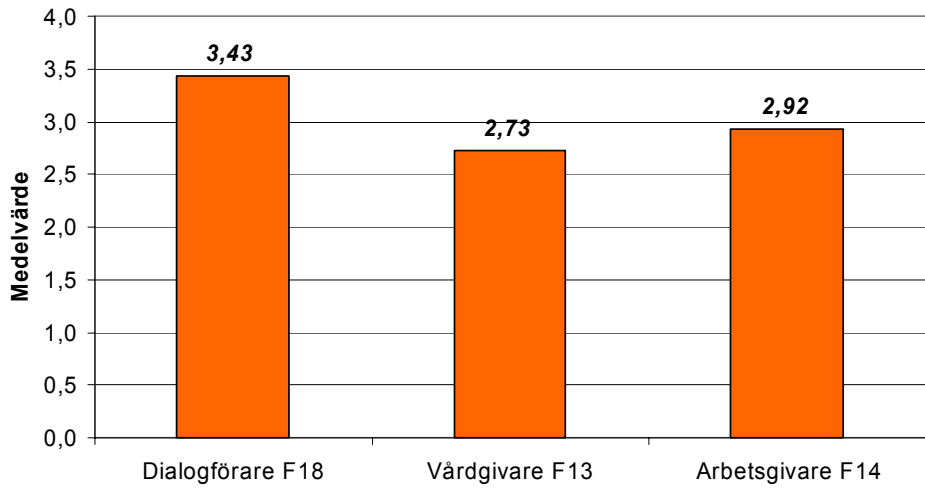


Diagram 17



Bilaga 7

Dialogförare						
	Stockholm	V.Götaland	Skåne	Halland	Övriga	Total
F4	4,61	3,65	4,33	4,50	4,20	4,20
F5	4,76	3,71	4,40	4,50	4,20	4,24
F6	4,30	4,43	4,25	5,00	4,40	4,39
F7	4,10	3,00	3,75	5,00	3,75	3,76
F8	4,43	4,17	4,38	5,00	4,16	4,25
F9	4,21	3,67	4,00	5,00	3,59	3,80
F10	4,00	3,45	4,00	5,00	3,88	3,88
F11	3,88	3,27	4,00	5,00	3,82	3,80
F12	4,06	3,69	4,15	5,00	4,05	4,03
F13	4,19	3,76	4,36	5,00	3,79	3,94
F14	4,27	3,71	4,00	5,00	3,81	3,90
F15	3,33	3,27	3,38	5,00	3,21	3,31
F16	3,67	3,33	3,00	5,00	3,52	3,49
F17	3,90	3,25	3,29	5,00	3,30	3,46
F18	3,67	3,13	3,29	5,00	3,36	3,43
Vårdgivare						
	Stockholm	V.Götaland	Skåne	Halland	Övriga	Total
F4	3,44	4,32	4,44	4,25	3,70	3,83
F5	3,79	4,20	4,40	3,50	3,76	3,86
F6	3,84	4,05	4,78	4,00	3,87	3,97
F7	2,96	3,37	4,00	4,50	3,00	3,24
F8	3,38	3,58	4,33	3,71	3,32	3,48
F9	3,58	3,16	3,33	3,63	3,07	3,26
F10	3,40	3,39	3,78	3,50	3,29	3,38
F11	3,50	3,59	4,00	3,88	3,36	3,50
F12	3,21	3,00	3,75	2,71	3,06	3,11
F13	2,45	2,38	4,33	2,50	2,79	2,73
Arbetsgivare						
	Stockholm	V.Götaland	Skåne	Halland	Övriga	Total
F4	3,67	4,33	3,50	4,13	3,79	3,92
F5		2,50	4,00	4,00	3,75	3,58
F6	3,89	4,50	4,50	4,38	4,04	4,16
F7	3,00	3,94	3,00	3,63	3,38	3,46
F8	3,57	4,19	4,50	3,63	3,37	3,61
F9	3,56	3,93	4,00	4,13	3,55	3,69
F10	3,33	3,93	3,50	4,00	3,59	3,66
F11	3,44	4,00	3,00	4,25	3,66	3,74
F12	1,89	3,13	3,00	3,88	2,87	2,91
F13	2,11	3,33	4,00	3,63	3,00	3,05
F14	2,11	3,07	3,50	3,75	2,86	2,92

Bilaga 8

Dialogföreare

	Stockholm		V.Götaland		Skåne		Halland		Övriga		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
F19A	11	16	11	16	7	10	2	3	38	55	69	100
F19B	9	16	7	13	10	18	2	4	28	50	56	100
F19C	6	17	4	11	3	8	2	6	21	58	36	100
F19D	12	31	2	5	5	13	2	5	18	46	39	100
F19E	16	17	10	10	13	14	2	2	55	57	96	100

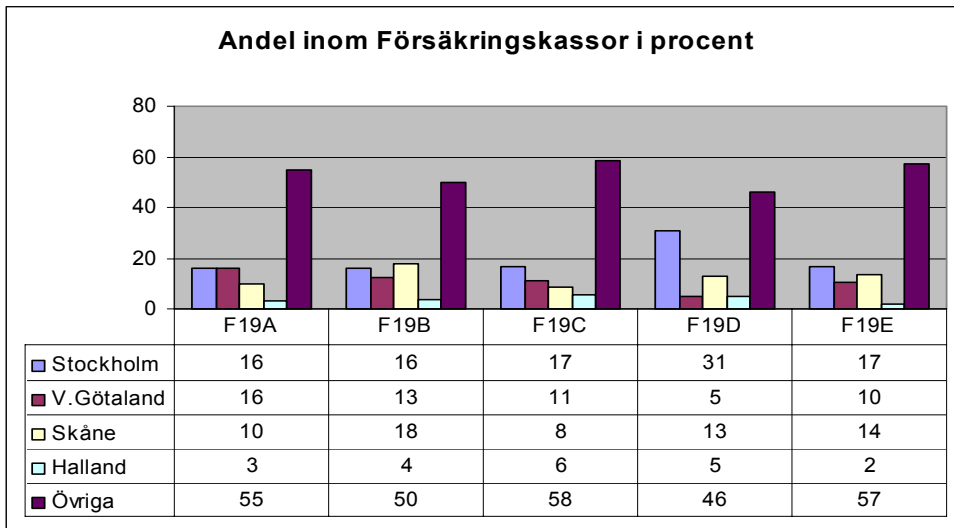
Vårdgivare

	Stockholm		V.Götaland		Skåne		Halland		Övriga		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
F14A	8	25	11	34	2	6			11	34	32	100
F14B	2	11	4	21	3	16	1	5	9	47	19	100
F14C	1	20					1	20	3	60	5	100
F14D	5	18	6	21	1	4	1	4	15	54	28	100
F14E	21	22	14	14	6	6	6	6	50	52	97	100

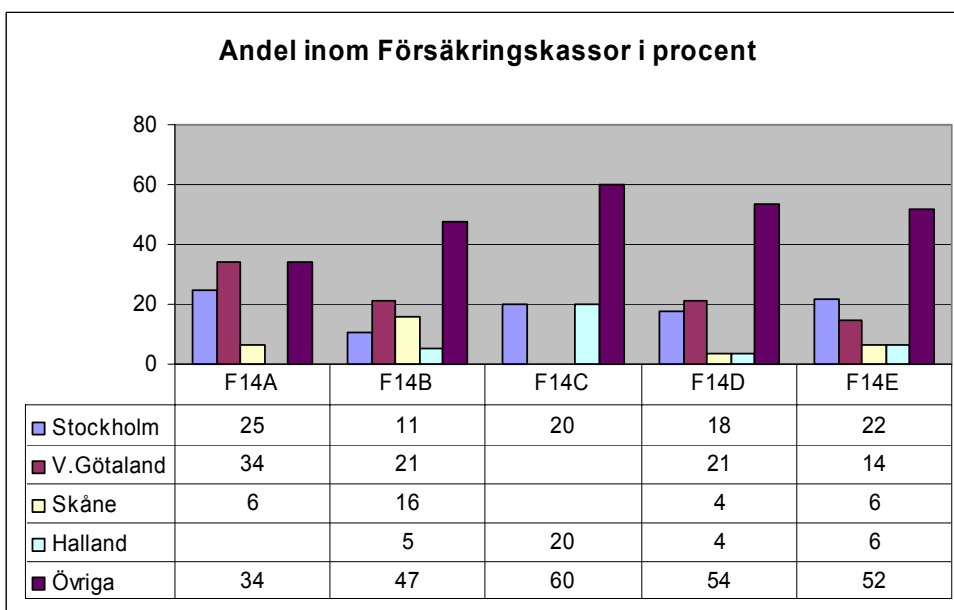
Arbetsgivare

	Stockholm		V.Götaland		Skåne		Halland		Övriga		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
F15A	4	15	4	15			5	19	14	52	27	100
F15B	2	10	5	24					14	67	21	100
F15C			3	27			2	18	6	55	11	100
F15D	1	4	6	25	2	8	3	13	12	50	24	100
F15E	3	15	5	25	1	5	2	10	9	45	20	100

Dialogförare



Vårdgivare



Arbetsgivare

