

# EGON JÖNSSON



**Ur KB:s samlingar**

Digitaliserad år 2015

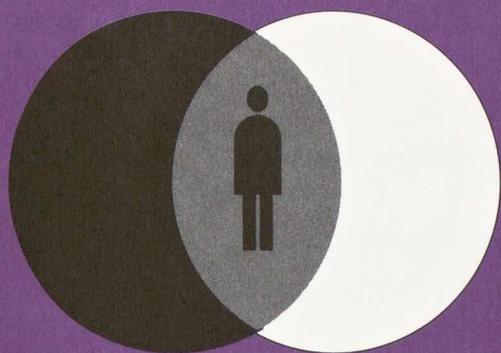


National Library  
of Sweden

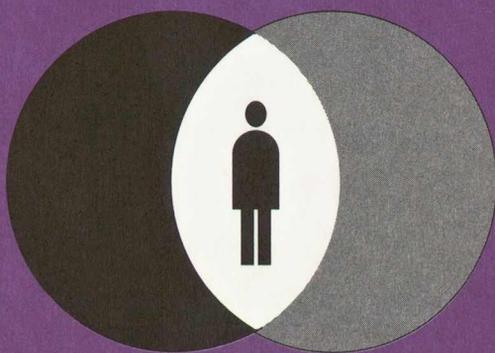
inom rehabiliteringsområdet

**SOU**

1996:85



# EGON JÖNSSON



– en kartläggning av lokala samverkansprojekt  
inom rehabiliteringsområdet

SOU  
1996:85





Statens offentliga utredningar  
1996:85  
Socialdepartementet

# EGON JÖNSSON

– en kartläggning av lokala  
samverkansprojekt inom  
rehabiliteringsområdet

Betänkande från en kartläggning av lokala  
samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet  
Stockholm 1996

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Fax: 08-20 50 21  
Telefon: 08-690 91 90

Svara på remiss. Hur och Varför. Statsrådsberedningen, 1993.  
- En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:  
Regeringskansliets förvaltningskontor  
Distributionscentralen  
103 33 Stockholm  
Fax: 08-405 10 10  
Telefon: 08-405 10 25

Omslag: Xess produktion HB

---

## Till statsrådet Maj-Inger Klingvall

Regeringen fattade den 8 februari 1996 beslut om att tillkalla en särskild utredare för att kartlägga lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet mellan huvudmän som har näraliggande verksamheter. Till utredare utsågs fd arbetslivsfondsdirektören Ulf Westerberg, sedermera statssekreteraren i Socialdepartementet, sekreterare har varit utredaren Eva Lindblom. Till utredningen har en expertgrupp knutits bestående av programchefen Gert Alaby, Svenska kommunförbundet, utredaren Margareta Liljeqvist, Landstingsförbundet, departementssekreteraren Kerstin Twengström, Arbetsmarknadsdepartementet, departementssekreteraren Berndt Lindholm, Civil/inrikesdepartementet, departementssekreteraren Inger Ahlbäck, Finansdepartementet, kanslirådet Monica Albertsson, Socialdepartementet, departementssekreteraren, Gunilla Malmborg, Socialdepartementet, departementssekreteraren Per Tillander, Socialdepartementet, fd arbetslivsfondschefen Erik Olsson Sjuk- och arbetsskadekommittén, Socialdepartementet.

### *Utredningens uppläggning*

Kartläggningen av aktuella projekt gjordes med benäget bistånd av Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Försäkringskassförbundet samt av Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen och Riksförsäkringsverket. Analysen och intervjuerna som genomförts med företrädare för 14 av projekten har utförts av Docenten Rafael Lindqvist och forskningsamanuensen Ove Grape vid Sociologiska institutionen, Umeå Universitet.

### *Betänkandets innehåll*

Betänkandet består av fyra delar. Efter Prologen om Egon Jönsson ges i Del I en beskrivning av nuvarande organisation. I Del II

skissas på en ny bild för hur samverkan kan gestalta sig. Här redovisas även hinder och motiv för samverkan. I Del III redovisas vad som kännetecknar samverkansprojekt i bemärkelsen ett nytt arbetssätt. Här ges även en lista på framgångsfaktorer för samverkansprojekt. Avsnittet avslutas med slutsatser och förslag på förändringar för att underlätta och stimulera samverkan på lokal nivå. Slutligen i Del IV redovisas analysen från intervjustudien med 14 lokala samverkansprojekt.

Betänkandet har utarbetats i samförstånd med expertgruppen (Del I - III). Kommunförbundets expert har anfört att de strukturella förutsättningarna för samverkan inte tillräckligt lyfts fram. Behovet av regelförändringar, större lokal handlingsfrihet och försöksverksamhet med större finansiell samordning borde enligt honom ha betonats mer i betänkandet. För övrigt instämmer expertgruppen i slutsatserna och förslagen även om det är jag, i egenskap av utredare som är ansvarig för dessa. Del IV svarar forskarna Rafael Lindqvist och Ove Grape vid Umeå Universitet för.

### *Dagens sektoriserade organisation har brister*

I betänkandet riktas stark kritik mot dagens sektoriserade organisation och dess bristande förmåga att tillgodose svaga grupperns behov av försörjning och stöd. Själva sektoriseringen och dess konsekvenser på det lokala planet på handläggarnivå är ett av de största hindren för samverkan. Det som ibland kallas för kulturskillnader kan i själva verket handla om målkonflikter mellan sektorer – som i sig är fullt rimliga och legitima. Men målkonflikter som måste hanteras och redas ut när man är överens om det gemensamma målet; att rehabilitera Egon Jönsson tillbaka till egen försörjning.

### *Motiv för samverkan*

Motiven för att samverka är många. Det vanligaste är kanske att alla har en så ansträngd ekonomi att det gäller att samverka för att kunna klara besparingsbeting o.dyl. Ett annat är ambitionen att höja kvaliteten inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen i syfte att uppnå bättre resultat och bättre kostnadseffektivitet.

---

### *Det lönar sig att samverka*

Vinsterna med att samverka är flera. Det viktigaste är förstås att individen snabbare får rätt rehabilitering i rätt tid och därmed ett värdigare liv. Ett annat är att samverkan innebär ett ständigt lärande och ett utvecklande av så kallad T-kompetens, fördjupad inom det egna området och ökad omvärldskunskap. På så sätt utvecklas kompetens och den professionalitet som finns tas tillvara istället för att ersättas, vilket ofta blir fallet när man vill skapa nya organisationer.

### *Lokala samverkansprojekt finns överallt*

Kartläggningen ger bland annat vid handen att det dels förekommer en rad samverkansprojekt runt om i landet, dels att antalet svaga och utsatta i samhället tenderar att bli både fler och med allt mer komplexa problem vilket gör att behovet av samverkan ökar. Positivt och möjligen något överraskande är att tre- och fyrpartssamverkan sker i en sådan omfattning trots alla de hinder som brukar åberopas.

Positivt är också att man på så många håll i landet har uppmärksammat de särskilda behov som t.ex. vissa långtidsarbetslösa eller socialt funktionshindrade kan ha. Bekymmersamt är att det för många samverkansprojekt tycks vara osäkert om projektet skall få fortsätta och än mindre ingå i den ordinarie verksamheten.

### *Slutsatser och förslag*

Trots att utredningsuppdraget i första hand avsåg att vara en kartläggning har utredningen valt att lämna vissa förslag. Förslagen förutsätter vare sig en ny organisation eller finansiell sammanläggning utan bygger snarast på ett alternativt synsätt. Kartläggningen visar att mycket går att göra inom de ramar som finns. Samverkansprojekten bör ges större legitimitet så att ett nytt arbetssätt kan få växa fram i hela Sverige. Samverkan bör självklart utgå från individens behov och förutsättningar och kommer därmed att se olika ut från fall till fall. De lokala förutsättningarna ser också olika ut varför samverkan gärna kan organiseras på olika sätt och



gärna i tidsbegränsade projekt som arbetsform. Hinder för samverkan i regelsystemen bör successivt arbetas bort.

Slutsatser och förslag i korthet:

○ *Dokumentera och utvärdera resultat*

Fortsatt och intensifierad utvärdering av samverkansinsatser bör göras för att bättre dokumentera resultat samt för att utveckla och sprida framgångsrika metoder.

○ *Samverkansprojekt – permanent inslag i välfärdspolitiken*

Den samverkan i projekt som nu pågår på många håll bör övergå och utvidgas till att ingå i den ordinarie verksamheten i hela landet. Tvärsektoriell samverkan är nödvändigt för att effektivare få människor med sammansatta problem till egen försörjning.

○ *Olika är fint*

Samverkan på lokal nivå måste kunna ske på olika sätt och etableras utifrån de olika behov och förutsättningar som finns lokalt.

○ *Samverkan som projekt*

Samverkan kan med fördel organiseras i projekt som kan vara tidsbegränsade till sin upplägning.

○ *Utveckla professionaliteten*

Att samverka för att samordna kartläggning, göra handlingsprogram etc. är ett sätt att utnyttja och utveckla den professionalitet som finns hos ingående huvudmän.

○ *I samverkan räcker resurserna längre*

Det behövs inte i första hand ytterligare resurser till området. En ökad och bättre samverkan innebär att mer kan fås ut av varje satsad krona.

○ *Gemensamma mål och redovisningskrav*

Riksdag och regering bör vara tydliga i sina uppdrag till myndigheterna så att varje berörd myndighet/förvaltning genomsyras av att på varje nivå ta sitt ansvar för verksamhetsplanering och genomförande av samverkan för den berörda målgruppen. Resultatuppföljningen bör ske gemensamt. Vartefter erfarenheter vinnas bör

---

regelsystem, anslagsstrukturer och möjligheter till ytterligare decentraliseringar prövas och genomförs för att underlätta och legitimera den lokala samverkan.

○ *Krav på könsperspektiv*

I uppdragen till de samverkande myndigheterna/förvaltningarna bör kravet på att ett könsperspektiv ska prägla arbetet särskilt framgå. I utbildningar och exempelspridning bör könsperspektivet ges särskilt utrymme.

○ *Gemensam ram i stället för gemensam påse*

Det går att komma långt med att medelsramar sätts upp inom respektive myndighet/förvaltning för användning i projektet. Besluten tas formellt inom respektive myndighet på förslag från projektet. Engagemanget i samverkan från varje myndighet ska kunna borga för att beslut och åtgärd kommer vid rätt tidpunkt.

○ *Förstärkt arbetslinje och fler jobb*

En politik som ökar sysselsättningen och minskar arbetslösheten ökar rörligheten på arbetsmarknaden vilket ger större "inkilningsmöjligheter" för de som hamnat vid sidan om. En fortsatt arbetslinje kombinerad med en effektivare lokal samverkan ger i alla sysselsättningsituationer ett bättre resultat än utan samverkan.

Utredningen får härmed överlämna betänkandet (SOU 1996:85) EGON JÖNSSON – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet.

Stockholm i maj 1996

*Ulf Westerberg*

*/Eva Lindblom*



# Innehåll

Förkortningar .....	11
<i>PROLOG – Egon Jönssons tre olika livsöden</i> .....	13
<i>DEL I</i> .....	21
Inledning .....	21
Bakgrund .....	21
Syfte .....	24
Uppläggnig och genomförande .....	25
Definitioner .....	26
Målgrupp .....	27
Resurser .....	30
Kartläggning av lokala samverkansprojekt .....	33
Nuvarande organisation .....	34
Organisationsstruktur .....	34
Sammanfattning .....	39
<i>DEL II</i> .....	41
Olika behov kräver olika arbetssätt .....	41
Att riva murar och byta synsätt .....	41
Rehabilitering – från funktionsansvar till processorientering .....	42
Hinder för att samverka .....	46
Hinder på den lokala nivån .....	47
Minska gapet mellan lokal och central nivå .....	48
Motiv för att samverka .....	50
Vinster med att samverka .....	51
Realistiska individuella mål .....	51
Ökad professionalitet .....	52
Kompetensspridning – en "lärande organisation" .....	52
Kostnadsmedvetenhet .....	52
Resultatorientering .....	53
Sammanfattning .....	53

---

<i>DEL III</i> .....	55
Samverkan – lokalt .....	55
Lag på att samverka .....	55
Faktorer för framgångsrik samverkan .....	56
Stark vilja att samverka .....	59
Samverkan i princip .....	59
Könsperspektiv saknas .....	60
Resursknapphet .....	61
Enklare regler – friare användning .....	62
Mina och dina och våra pengar .....	63
Samverkan – centralt .....	63
Från regelstyrning till mål- och resultatstyrning .	63
Gemensamma mål och redovisningskrav .....	65
Utvärdering av samverkan .....	66
Slutsatser och förslag .....	67
<i>DEL IV av Rafael Lindqvist &amp; Ove Grape</i> .....	71
Samverkan inom rehabiliteringsområdet – att korsa byråkratins gränser .....	71
Inledning .....	71
Från myndighetstradition till välfärdsbyråkrati till...	72
Klientrelaterat arbete – organisatoriska ramar . .	74
Horisontell integration genom samverkan .....	80
Samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet – hinder och möjligheter .....	83
Slutdiskussion .....	94
Bilaga 1 Förteckning över lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet .....	99
Bilaga 2 Egon Jönssons tre olika livsöden – en idéskiss, Ingvar Nilsson/SEE .....	105
Bilaga 3 Kommittédirektiv .....	119
Bilaga 4 Projektbeskrivningar för de 14 projekt som ingick i intervjustudien. ....	123
<i>Litteraturförteckning</i> .....	167

## Förkortningar m.m.

Af/AF	Arbetsförmedlingen
AFL	Lagen (1962:381) om allmän försäkring
AFS	Arbetskyddsstyrelsens författningssamling
A-kassa	Arbetslöshetskassa
ALF	Lagen (1973:370) om arbetslöshetsförsäkring
Alt	Arbetslivstjänster
ALU	Arbetslivsutveckling
AMA	Kommunens arbetsmarknadsavdelning
Ami/AMI	Arbetsmarknadsinstitut
AML	Arbetsmiljölagen (1977:1160)
AMS	Arbetsmarknadsstyrelsen
Amu	Arbetsmarknadsutbildning
Api/API	Arbetsplatsintroduktion
AMV	Arbetsmarknadsverket
ASS	Arbetskyddsstyrelsen
CESAR	Centrala samverkansgruppen för arbetsmiljö och rehabilitering
dir.	Direktiv
Ds	Departementsserien
ESO	Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi
FINSAM	Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och socialförsäkring
FK	Försäkringskassan
FK-CK	Försäkringskassans centralkontor
Ftp/Sjb	Förtidspension/sjukbidrag
GD	Generaldirektör
H&S	Hälso- och sjukvården
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
HSU 2000	Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation
KAS	Kontant arbetsmarknadsstöd
LAF	Lagen om arbetsskadeförsäkring
LAN	Länsarbetsnämnden
Lf	Landstingsförbundet
LO	Landsorganisationen i Sverige

---

OSA	Offentligt skyddat arbete
Prop.	Proposition
RFFS	Riksförsäkringsverkets författningssamling
RFV	Riksförsäkringsverket
RRV	Riksrevisionsverket
SACO	Sveriges akademikers centralorganisation
SAF	Svenska Arbetsgivareföreningen
SfU	Socialförsäkringsutskottet
Soc.	Socialtjänsten
SOCSAM	Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård, socialförsäkring och socialtjänsten
SoS	Socialstyrelsen
SOU	Statens offentliga utredningar
SvKf	Svenska kommunförbundet
TCO	Tjänstemännens centralorganisation
TNC	Tekniska nomenklaturcentralen
UO	Utgiftsområde
YI	Yrkesinspektionen

---

# Prolog

## Egon Jönssons tre olika livsöden

### Egons historia

Egon föddes 1952 och växte upp tillsammans med sin frånskilda mamma. Den alkoholiserade och frånvarande fadern gjorde oregelbundet dramatiska nedslag under hans uppväxt. Hans skoltid var orolig och med knapp nöd hankade han sig fram i grundskolan ständigt till föremål för insatser från kuratorer och speciallärare. De enda egentliga ljuspunkterna i Egons uppväxt var hans närmast fanatiska intresse för sportfiske där han också var mycket framgångsrik.

Han fick jobb 1969 som verkstadsarbetare på Atlas Copco, gifte sig ganska snart med Margareta och de fick i rask följd två barn Björn 1972 och Erik 1974. Egon utbildades till verktygsmakare inom företaget och befordrades till förman 1976. Hans alkoholvanor förändrades under 1970-talet och blev alltmer omfattande. Han uteblev ofta från jobbet på måndagar. Under helgernas supande drabbades han allt oftare av depression. 1979 tog han för första gången kontakt med företagsläkaren och fick psykofarmaka som stöd. Under 1980-talets första hälft ökade problemen. Familjen fick påhälsning av både sociala myndigheter och polisen i samband med de allt tätare perioder av supande. Egon fick under denna tid besvär med både hjärta och lever.

Egon mister sitt jobb 1984. Hans fru tar ut skilsmässa 1987 på grund av Egons tilltagande missbruk men också hans ökande psykiska problem. Hon bor kvar i deras gemensamma radhus medan Egon flyttar in i en enrumslägenhet i Sickla. Under slutet av 1980-talet hankar han sig fram med tillfällighetsarbete växlande med supande. Flera gånger söker han akut för psykiska besvär och vistas i ett par perioder på slutenvårdsavdelning. 1988 vistas han en längre



period på ett behandlingshem för alkoholister. Hans sjukskrivningsperioder blir allt längre och längre samtidigt som beroendet av psykofarmaka accelererar.

Då 1990-talet bryter in är Egon en stamkund hos arbetsförmedlingen som i den begynnande lågkonjunkturen ser allt mindre och mindre möjligheter för honom att få ett ordinarie arbete. Han ligger ständigt efter med hyran som socialtjänsten tvingas betala. Han får omväxlande socialbidrag, A-kassa och sjukpenning. Någon enstaka gång blir han föremål för behandling inom psykiatri.

Den 31 december 1994 är Egon, som nu är 42 år, arbetslös, deprimerad, går på psykofarmaka, dricker ganska intensivt och har problem med levern. Han försörjer sig med socialbidrag och sjukpenning. Han har i mer än tio års tid varit storkonsument av olika välfärdsinsatser. Ingen har under dessa år närmare beskrivit och analyserat Egons problem och hur de hänger samman.

## Tre olika scenarier

Låt oss nu följa Egon Jönsson under en period av två år i tre olika scenarios eller tre olika livsöden.

### ÖDE 1 – De oberoende aktörerna

Egon tas in för akut alkoholförgiftning på nyåret. Han genomgår en avgiftningsperiod. Han blir ett fall för psykiatri som efter en kortare utredning finner att han måste bli av med sitt akuta alkoholmissbruk för att bli behandlingsbar i psykiatriska termer. Detta blir signalen till att skicka honom till ett behandlingshem enligt Minnesotamodellen. Hans ordinarie socialsekreterare som har semester informeras *inte* i ärendet.

Egon vistas på behandlingshemmet i åtta veckor. Då han skrivs ut upptäcker han att han till följd av slarv med hyran mist sin lägenhet. Hans socialsekreterare kräver att han ska vara aktivt arbetssökande för att kunna erhålla socialbidrag. Under en period besöker han arbetsförmedlingen för att få den obligatoriska stämpeln som anger att han står till arbetsmarknadens förfogande.

Under tiden upprätthåller Egon sporadiskt sina kontakter med psykiatriens öppenvård. Då han alltför ofta missar sina möten på grund av supande eller alltför djup depression sker ingen uppföljning vare sig från socialtjänsten eller psykiatri. Behandlingen ger ingen

märkbar effekt. Hans läkare sjukskriver honom i perioder och han får långtidsverkande psykofarmaka mot sin depression. Försäkringskassan betalar ut sjukpenning.

Efter några månader får Egon trots allt ett beredskapsarbete. Han trivs på jobbet men efter några månader blir det allt svårare för honom att passa tider. Han har börjat supa igen. Han blir också allt mer deprimerad. Socialsekreteraren förstår ingenting. Arbetsledaren på beredskapsarbetet och hon har ingen kontakt med varandra och Egon som ju var på så god väg. Egon försöker upprepade gånger på egen hand få tag i sin kontaktperson inom psykiatrin men lyckas inte. Personen har bytt arbete och ingen ny kontaktperson har utsetts.

Till slut blir detta för mycket. Efter två veckors intensivt supande tas Egon in på "psykakuten" för våldsamt förvirringstillstånd. Men hans misslyckande gör att man från arbetsförmedlingens sida tröttnar. Eftersom man av socialsekreteraren inte blivit informerad om Egons framsteg på egen hand dras hans beredskapsjobb in. Detta blir ett hårt slag för Egon som drabbas av en kraftig depression. Med stöd av socialsekreteraren tar han kontakt med psykiatrins öppenvårdsmottagning. Socialsekreteraren har också en förhoppning om att Egons socialbidragsberoende ska kunna minska och i större omfattning ersättas av sjukpenning. Hon lyckas i sitt uppsåt. Egon blir nu på nytt patient inom den psykiatriska öppenvården. Han sjukskrivs och lever nu i huvudsak på sjukpenning kompletterad med socialbidrag.

Egon placeras återigen i beredskapsarbete i kommunens ekologiska projekt. Där har man bytt arbetsledare så för Egon blir det en fråga om att åter en gång etablera nya kontakter med samhällets stödpersoner. Mitt under detta förlopp har Egon blivit till föremål för aktiva diskussioner på försäkringskassan. Dessa handlar om huruvida han alls är rehabiliteringsbar eller om man ska överväga att ge honom förtidspension. Han kallas till försäkringskassan samma dag som han ska infinna sig på sitt nya beredskapsarbete.

Redan efter några dagar på beredskapsarbetet får Egon svåra smärtor i magen och bukhålan. Vid ett besök på Ektorps vårdcentral får han en snabbremiss till Södersjukhuset där man konstaterar en leverskada. Han medicineras mot detta och får utförliga kostråd och restriktioner kring mat och dryck. Råd som han bara följer i mycket begränsad omfattning. Allt gör att hans närvaro på beredskapsarbetet blir oregelbunden och den handläggare han från början fått så god kontakt med börjar tröttna och svikta i sin tro på Egon. En dag på arbetet då Egon tagit sig en pilsner till lunchen får han starka

smärtor i bröstet. Han ramlar omkull nästan medvetlös, öldoftande. Ett par månader senare är Egon tillbaka på sitt beredskapsarbete. Han är nu deltidssjukskriven under tiden som han återhämtar sig från hjärtinfarkten.

*Resultat:* ÖDE 1 ett slutar med att den nu 44-årige Egon från januari 1997 hankar sig fram på beredskapsarbete i kombination med socialbidrag. Vid femtio års ålder övergår han till Offentligt skyddat arbete (OSA). Då han blir femtiofem blir han förtidspensionerad till 50% och då han fyller 60 blir han förtidspensionerad på heltid.

## ÖDE 2 – De motverkande aktörerna

Nej så gick det inte till. Det blev mycket värre. Detta var vad som hände Egon. Utöver de förlopp som skildras i ÖDE 1 inträffar i ÖDE 2 ett antal för Egon försvarande händelser som påverkar hans liv. Efter den inledande avgiftningen på behandlingshem enligt Minnesotamodellen kommer Egon tillbaka och finner, precis som i ÖDE 1, att hans lägenhet är uppsagd. Samtidigt upptäcker han att hans socialsekreterare tagit initiativ till att få in honom på ett mera långsiktigt inriktat behandlingshem. Hon vill verkligen att han ska få en chans till en långsiktig återanpassning. Detta initiativ kolliderar emellertid med en planerad arbetsprövning som Ami tagit initiativ till.

Då Egon är tillbaka från behandlingshemmet börjar hans period för att få A-kassa gå mot sitt slut. Hans socialsekreterare som verkligen tagit sig an Egon går nu tillsammans med honom upp på arbetsförmedlingen för att försöka få in honom på ett beredskapsarbete så att han ska kunna meritera sig för en ny period A-kassa. Han pendlar mellan psykiatrin, socialtjänsten och arbetsförmedlingen precis som i ÖDE 1 men är mer förvirrad. Han arbetar allt mindre och blir passivt försörjd i betydligt större omfattning.

Kommunens arbetsmarknadsavdelning (AMA) tar efter uppmaning från socialsekreteraren initiativ till att skaffa Egon meningsfull sysselsättning i någon form. Man lyckas också hitta en bra arbetsplats för honom. Problemet är att just i samma veva inleder försäkringskassan en procedur som tar upp frågan om man inte ska förtidspensionera Egon för gott. Kommunen lockar med ett intressant men kanske lite krävande beredskapsarbete medan försäkringskassan lockar med möjligheten av permanent försörjning utan motprestationer.

Vid ett av de få tillfällen då flera aktörer träffas för att diskutera Egons problem uppstår rejäla konflikter. Socialsekreteraren som starkt engagerat sig i Egons situation drar ärendet och föreslår att man ska vara generös med bidrag och insatser från Ami för att hjälpa en utsatt människa i en svår situation. Psykiatrins handläggare, en psykodynamiskt utbildad terapeut, hävdar däremot att Egons problem går att härleda till en tidig störning i barndomen och att Egon mest av allt just nu behöver långvarig terapi. Den manlige arbetsvägledaren från arbetsförmedlingen tycker att man daltar för mycket med Egon. Ställ krav och få ut honom i ett beredskapsarbete är hans ståndpunkt.

I intervallet mellan två sup-perioder kommer en handläggare på Ami att starkt engagera sig i Egons livsöde. Han försöker genom att tänja på regler och med stora personliga ansträngningar få Egon att inse att "loppet inte är kört" och att han i bästa fall har 20 yrkesverksamma år framför sig. Väl på Ami för de slutliga testen möts han av en av Amis rutinerade rävar, en cyniker i 60-års åldern som nog begriper vad Egon är för sort. Egons närvaro på Ami blir mycket kortvarig.

Mitt i detta förlopp upptäcker Egon att han uppnått stamkundsstatus inom psykiatrin. En aning stolt inser han att han indirekt blivit sin terapeuts arbetsgivare, eller i varje fall försörjningskälla.

Även i detta ÖDE får Egon en hjärtinfarkt och körs iväg i ambulans. Han kommer aldrig mera tillbaka till sitt beredskapsarbete. Han snabbtreds av försäkringskassans handläggare och befinns vara "bortom all räddning" vad avser framtida arbete.

*Resultat:* ÖDE 2 slutar med att Egon den 1 januari 1997 blir förtidspensionär. Han har då 21 år kvar till ålderspension. Egon har sin försörjning tryggad men den ekonomiska belastningen för vård och omsorg inom kommun och landsting är långt ifrån slut.

### ÖDE 3 – De samverkande aktörerna

Nej, det gick inte så illa för Egon. Faktum är att det gick bättre än man skulle kunna tro. I själva verket blev det så här. Första arbetsdagen efter helgerna kallas Egon till intagningsamtal vid projekt "SAMVERK". Han har fått remiss från sin ordinarie socialsekreterare som inser att någon bör ta ett samlat grepp kring Egons problematik. Egon har frivilligt och efter aktiv diskussion med sin social-

sekreterare sökt sig till detta projekt. Det har inte varit lätt utan krävt många motivationsamtal.

Eftersom Egon vid ansökan till projektet gett dem fullmakt att ta kontakt med andra myndigheter börjar nu hans projekthandläggare vid SAMVERK att skapa sig en totalbild av Egons historia. Tillsammans med sina kollegor i arbetsgruppen försöker man skapa sig en samlad bild av Egon. Egon och hans socialsekreterare kallas till ett trepartsmöte på projektkontoret.

Man samtalar och diskuterar sig fram till en målsättning för Egons rehabilitering som tar upp både socialt stöd, psykiatriska insatser, kurativt stöd, hans försörjning och framförallt hur han ska kunna ta sig tillbaka till arbetsmarknaden i olika steg.

Egon går hem och tänker efter och en vecka senare träffas man på nytt och tar beslut i frågan. Egon har accepterat och utgör en högst aktiv del av denna plan. Hans handläggare har under tiden tagit kontakt med kommunens arbetsmarknadsavdelning för att se vilken typ av arbete som skulle kunna passa Egon. Kontakter med psykiatrin leder till att man får en bild av vilka stödinsatser av terapeutisk natur som han behöver.

Direkt därefter genomgår Egon en omfattande arbetsprövning vid Ami. Den kommer till stånd genom de goda personkontakterna mellan projekt SAMVERK och den lokala handläggaren vid Ami. Genom en kontakt mellan handläggarna vid arbetsförmedlingen, försäkringskassan och Egons ordinarie socialsekreterare lyckas man hitta en rimlig plan för hans försörjning under de kommande 6-12 månaderna.

Vid ett gemensamt nätverksmöte där inte bara Egons olika professionella handläggare deltar utan även hans äldre bror, en tidigare arbetskamrat som Egon hållit kontakten med samt Egons yngsta son Erik diskuterar man gemensamt och tillsammans med Egon hur han skulle kunna tackla sitt framtida livsöde.

Nu inleds det mödosamma arbetet med att få Egon på fötterna. Eller snarare att stödja Egon i denna process. Man inriktar sig inledningsvis på att skapa nykterhet och på att regelbundet komma till ett arbete, även och i synnerhet på måndagar. Handläggaren lyckas hitta ett lämpligt beredskapsarbete åt honom i kommunens regi. Han får börja arbeta vid ett återvinningsprojekt och syssla med metallåtervinning vilket stämmer med Egons yrkeserfarenhet och som han uppfattar som meningsfullt.

Det är motigt i början. Egon får flera återfall men arbetsledaren vid AMA i samarbete med projekthandläggare och socialsekretera-

ren drar alla hårt i Egon för att han ska komma igen. Kommer han inte eller kommer kan för sent söker de aktivt upp honom.

Den återupptagna kontakten med brodern och yngste sonen Erik blir viktiga grundstenar i Egons rehabiliteringsprocess. Det förefaller som om dessa kontakter bidrar till att skapa mening i Egons liv. Efter ett halvårs arbete känner Egon att han vill gå vidare och lotsas nu över till det arbetskooperativ för "meningsfull sysselsättning" som startats i kommunen.

Genom kamratskapet i arbetskooperativet hittar Egon några andra personer som delar hans numera nästan bortglömda passion för sportfiske. Ganska snart tar han inte bara upp sitt gamla intresse utan utövar det också tillsammans med andra.

Under tiden som Egon arbetar i arbetskooperativet har han och hans projekthandläggare tillsammans planerat och inlett en arbetsmarknadsutbildning i numerisk svarvning. Egon varvar sin utbildning med arbete på kooperativet. Hans gamla arbetskamrat, som numera arbetar vid Nacka Mekaniska AB, ett litet företag med 12 anställda, förhör sig hos sin arbetsgivare, som efter viss tvekan är beredd att stämma möte för att diskutera en lönebidragsanställning för Egon. Intervjun utfaller till belåtenhet och Egon får på prov börja en lönebidragsanställning där 90% av lönekostnaden inledningsvis betalas av arbetsförmedlingen. Han fungerar allt bättre och bättre på sitt arbete och både de kurativa insatserna och den psykiatriska behandling kan gradvis trappas ner. Andra halvåret 1996 skärs lönebidraget efter samråd med arbetsgivaren ner så att Egon numera får 30% av sin lön direkt från arbetsgivaren. På arbetet har han socialt stöd inte bara av sin gamla kamrat utan också av företagets VD som engagerat sig i Egons situation.

*Resultat:* ÖDE 3 slutar med att Egon vid ingången av 1997 har en lönebidragsanställning på Mekaniska AB. Lönebidraget är 50%, men sjunker redan 1998 till 30% för att ligga på denna nivå de kommande åren. Vid 55 års ålder förtidspensioneras Egon delvis och resterande tid arbetar han med 30% lönebidrag vid sitt företag. Egon får till slut ett värdigt liv. Av de drygt 20 år som återstår till ålderspensionen försörjer sig Egon själv till ca 60%. Han har under dessa år också mindre behov än tidigare av akuta insatser från sjukvården och socialtjänsten.

*Det är om Egon Jönsson och andra av våra medmänniskor, i liknande situationer, som detta betänkande ytterst handlar om.*



# Del I

## Inledning

### Bakgrund

Regeringen har på flera sätt uppmärksammat behovet av förbättrad samverkan mellan huvudmän med näraliggande verksamheter.

Arbetsmiljökommissionen och rehabiliteringsberedningen i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet hade till uppgift att uppmärksamma frågorna. Ansvar för samordningen och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen lades bland annat fast och förtydligades. Arbetslivsfonden som verkade 1990-95 hade ett tydligt uppdrag att samverka med berörda myndigheter och alla nivåer kring rehabiliteringsfrågorna. Bland annat samverkade myndigheterna i en så kallad GD-grupp<sup>1</sup> som gav en arbetsgrupp, CESAR-gruppen, i uppdrag att kartlägga och analysera utvecklingen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. CESAR-gruppens rapport publicerades 1994 och GD-gruppen arbetar vidare.

Frågan har varit aktuell i flera sammanhang, Alkoholpolitiska kommissionen och Socialtjänstkommittén är två exempel.

Frågor om förbättrad samverkan ingår i Sjuk- och arbetsskadekommitténs uppdrag. Den skall i samarbete med Arbetsmarknadspolitiska kommittén klargöra gränsdragningsfrågor mellan olika ersättningssystem.

Frågor om samverkan mellan myndigheter har även uppmärksamats i ESO-rapporten, En Social Försäkring (1994:81). Storstadskommittén skall föreslå behövlig förändring av lagteknisk, finansiell och organisatorisk natur för att man skall kunna uppnå en bättre samverkan mellan myndigheter.

<sup>1</sup> Bestående av generaldirektörerna för RFV, SoS, AMS, ASS och Arbetslivsfonden.



Under 1990-talet har ett antal förändringar gjorts vad gäller huvudmannaskapet för vård och omsorg. År 1992 genomfördes den så kallade ÄDEL-reformen som bland annat innebar att ansvaret för vård och omsorg av äldre överfördes från landstingen till kommunerna.

Riksdagen beslutade i maj 1993 om en omfattande handikappreform i syfte att på olika sätt förbättra stödet till personer med funktionshinder. Reformen, som trädde i kraft den 1 januari 1994, innebar att kommunerna fått ett samlat ansvar för en rad insatser som tidigare utförts av landstingen. Handikappreformen ledde också till vissa tillägg i hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Avsikten med dessa tillägg var att klargöra ansvaret för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionshinder som åvilar landstingen och kommunerna.

Psykiatrireformen som påbörjades under 1995 innebär bland annat att kommunerna får ett ökat ansvar för boende, sysselsättning, stöd och omvårdnad för personer med psykiska störningar. För närvarande pågår ett omfattande arbete inom kommun och landsting med att utveckla formerna för arbetet med psykiskt störda.

Sedan år 1993 pågår försök med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och socialförsäkring (FINSAM). Sjukvårdsdistrikt i fem olika län deltar; Gotland, Gävleborg, Malmöhus, Södermanland och Västmanland. I ytterligare en försöksverksamhet (SOCSAM) ingår också socialtjänsten. För närvarande pågår ett sådant försök i Stenungsunds kommun.

Sedan år 1990 har staten och Landstingsförbundet kommit överens om att avsätta medel för att förstärka hälso- och sjukvårdens kapacitet för medicinsk rehabilitering och behandling. Försäkringskassan och landstingen har i avtal kommit överens om inom vilka områden medlen skall användas.

### **Regeringsförklaringen**

I regeringsförklaringen den 22 mars 1995 angav statsminister Göran Persson att regeringens politik mot arbetslösheten skall bygga på fyra hörnstenar varav den fjärde är "ett nytt kontrakt för samverkan". Även för att uppnå bättre rehabiliteringsresultat för fler skulle en av hörnstenarna kunna vara en del i ett sådant kontrakt för samverkan.

## Vårpropositionen

I regeringens proposition 1995/96:150 aviseras en översyn av effekterna av de senaste årens rehabiliteringssatsningar. I avvaktan på resultaten från denna översyn minskas tillfälligt den ram som försäkringskassorna har till sitt förfogande för köp av yrkesinriktade<sup>2</sup> rehabiliteringstjänster. Detta kan ses som ett exempel på att regeringen inte är tillfreds med utvecklingen inom rehabiliteringsområdet.

## Aktuella betänkanden och propositioner

I slutet av april överlämnade utredare Agneta Modig-Tham sitt betänkande (SOU1996:64), Försäkringskassan Sverige – översyn av socialförsäkringens administration. I betänkandet sägs bland annat i beskrivningen av Socialförsäkringens kärnverksamhet vad gäller Insatser mot ohälsa – ett av socialförsäkringens verksamhetsområden – att ”mål- och resultatstyrningens möjligheter till lokalt anpassade arbetsformer får här stort spelrum”.

Sjuk- och arbetsskadekommitténs delbetänkande (SOU 1995:149) Försäkringsskydd vid sjukdom har nyligen varit på remiss liksom Arbetsmarknadspolitiska kommitténs betänkande (SOU 1996:34) Aktiv arbetsmarknadspolitik.

Arbetsmarknadsdepartementet har i prop. 1995/96:148 Lokal samverkan mot arbetslösheten föreslagit en arbetsmarknadspolitisk försöksverksamhet i ett antal kommuner fr.o.m. 1 juli 1996 fram t.o.m 31 december 1997. Samverkan skall ordnas inom ramen för arbetsförmedlingsnämnderna och avtal skall träffas med berörd kommun om medfinansiering. Ambitionen är att uppnå en bättre samordning och friare användning av offentliga medel och en effektivare arbetsmarknadspolitik. Riksdagen beslutade den 8 maj 1996 i enlighet med förslaget att 10 pilotkommuner plus ytterligare ett antal skall utses. Regeringen beslutade nyligen att inleda förhandlingar om deltagande i försöksverksamheten med 40 kommuner.

<sup>2</sup> Den korrekta benämningen borde vara *arbetslivsinriktade* rehabiliteringstjänster.

## Syfte

Gemensamt för alla dessa strävanden är att de fokuserar på den övergripande strukturen; organisationer, ersättningssystem, finansiella villkor etc. Denna utredning vill istället sätta ljuset på de lokala projekten och på lokala samverkansmodeller. Vi vill anlägga ett annat perspektiv för att få information om vilka drivkrafter och hinder för samverkan som man upplever på den lokala nivån.

Det är också vår bestämda uppfattning att det är genom att studera projekt på lokal nivå som man kan komma till insikt om vilka åtgärder eller förändringar som kan vidtas på central nivå för att understödja och underlätta samverkan på lokal nivå.

Utredningen har tre syften:

- Kartlägga olika former av lokala samverkansmodeller; tre- och fyrpartssamverkan.
- Komplement till regeringens vidare beredning av frågan om lokala samverkansmodeller.
- Ett fördjupat kunskapsunderlag för pågående utredningar.

Målen för utredningen är att:

- Skapa en överblick över pågående projekt och hittills gjorda erfarenheter
- Hitta rationella former för samverkan och finna en organisation som fungerar för utsatta grupper
- Fördjupa kunskaperna om effektiva modeller för samverkan

Med den korta tid som utredningen har haft till sitt förfogande har det inte varit möjligt att göra en mer fullständig analys av alla pågående projekt. Det är emellertid vår bedömning att när samverkansprojekt sprids och permanentas kommer det att finnas ett stort behov av erfarenhetsutbyte. Det är vår förhoppning att förteckningen över projekten i vår kartläggning ska kunna bidra till att ett sådant erfarenhetsutbyte kommer till stånd.

### **Avgränsning till andra kommittéer**

*Storstadskommitténs* mål är att ”medverka till en positiv utveckling genom att stimulera ett processinriktat lokalt utvecklingsarbete”. Kommittén anser att man vare sig kan eller bör precisera hur det

skall gestalta sig. Slutsatsen är att ”Det väsentliga är att samverkan uppstår kring gemensamma mål och lokala förutsättningar. Kunskaperna och erfarenheterna av samverkansprojekt är entydiga på en punkt, nämligen att samverkan inte kan beordras fram, utan måste växa fram underifrån”. Storstadskommittén påpekar att ”När det gäller samverkan mellan myndigheter är det av avgörande betydelse att samverkansarbetet får stöd av den administrativa och politiska ledningen. Detta stöd handlar ytterst om att berörda personer får makt och ansvar att själva förverkliga samverkansarbetets målsättningar”.

Vi ser det inte heller som vår uppgift att tala om HUR samverkan ska gå till men det är vår ambition att tala om HUR det administrativa och politiska stödet kan se ut och att kunna tala om under vilka betingelser som samverkan fungerar bäst och lättast kommer till stånd.

När det gäller *Sjuk- och arbetsskadekommittén* och *Arbetsmarknadspolitiska kommitténs* gemensamma arbete och förslag om samverkan skall denna utrednings kartläggning utgöra ett fördjupat kunskapsunderlag för dem och andra pågående utredningar.

Vi har inte sett det som denna utrednings uppgift att finna eller att förordna en lösning på hur samverkan om svaga grupper skall organiseras. Det är snarare ett av utredningens mål att visa att det *inte* finns *en* lösning som är den enda rätta utan att förordna mångfalden och att tillåta lokala variationer.

## Uppläggning och genomförande

Utredningen har arbetat skyndsamt. I arbetet med att få fram ett fördjupat kunskapsunderlag har kartläggningen varit den viktigaste delen i kunskapsinhämtningen. Djupintervjuer har gjorts med 2-3 personer i inom 14 olika samverkansprojekt. Utredningen har även inhämtat erfarenheter och synpunkter på samverkan från såväl myndigheter som kommittéer.

## Definitioner

För att underlätta kommunikationen mellan parter som är inblandade i rehabiliteringsarbete är det bra om man har gemensamma definitioner av centrala begrepp. Arbetslivsfonden tog initiativ till ett arbete med en sådan ordlista och den utarbetades sedermera av en arbetsgrupp bestående av företrädare för främst myndigheter med uppgifter inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Våra definitioner är hämtade från denna ordlista:

*Rehabilitering:* Planerade åtgärder av medicinsk, psykologisk, social eller arbetsinriktad art som ska hjälpa personer med funktionshinder att utifrån personens förutsättningar återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och bibehålla denna samt skapa förutsättningar för ett normalt liv.

*Arbetslivsinriktad rehabilitering:* Rehabilitering som syftar till att en person ska återfå förmåga och förutsättningar att förvärvsarbeta.

I denna utredning är vi primärt intresserade av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen men det hindrar inte att det kan krävas en rad insatser av social eller psykologisk eller medicinsk natur för att den skall lyckas. Låt oss redan här slå fast att målet för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen endast kan uppnås om individen själv ges stora möjligheter att påverka den egna rehabiliteringen. Om individen skall kunna ta ansvar för sin egen rehabilitering måste hon få möjlighet att vara delaktig i både bedömningen av rehabiliteringsbehov och vid planeringen och valet av insatser.

*Samverkan* är ett centralt begrepp för utredningen. I Storstadsutredningens betänkande Att röja hinder SOU 1995:142 förs ett resonemang kring begreppen samarbete, samverkan och samordning. Vi delar deras synsätt att

*Samverkan är det som kan ske och sker mellan olika myndigheter, organisationer och förvaltningar på organisationsnivå, men även mellan enskilda individer och myndigheter, organisationer och förvaltningar.*

Samverkan betecknar en process där man agerar för ett visst syfte, att uppnå gemensamma mål.

### *Huvudmän och parter*

Socialförsäkringsutskottet tar i sitt betänkande (1994/95 SfU 17) upp frågan om fyrpartssamverkan och talar då om finansiell samordning mellan socialtjänsten, försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt arbetsmarknadsmyndigheterna.

I utredningens direktiv sägs att de samlade resurserna måste utnyttjas bättre för att undvika "rundgång mellan socialtjänsten, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården". Vidare sägs att "Kartläggningen bör framförallt omfatta de samverkansprojekt där kommunen, försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheten ingår men projekt där hälso- och sjukvårdshuvudmännen medverkar är också av intresse".

Utredningens fyra parter/huvudmän är alltså:

- Arbetsmarknadsverket (Af/Ami)
- Kommunen
- Försäkringskassan
- Landstingen

I den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har på senare år det förebyggande arbetet fått en allt större betydelse. I ett sådant perspektiv hade det varit naturligt att även inkludera till exempel företrädare för arbetsmiljöområdet såsom Yrkesinspektionen och arbetsmarknadens parter vilka har en mycket viktig roll i sammanhanget. Utredningen har emellertid valt att koncentrera sig på de i direktiven nämnda huvudmännen.

### **Målgrupp**

I direktiven sägs att det finns ett stort behov av att hitta rationella former för samverkan och finna en organisation som fungerar för utsatta grupper.

I det här sammanhanget avses till exempel människor med långvarig arbetslöshet, psykosociala eller hälsomässiga problem som inte direkt faller inom någon myndighets ansvarsområde och därmed riskerar att hamna i en gråzon mellan de olika systemen. Det kan även gälla arbetshandikappade, funktionshindrade eller personer

med grava psykiska störningar som har behov av stöd från flera huvudmän för att återfå förmåga och förutsättningar att förvärvs-arbeta.

Det är viktigt att notera att många av dem har svårt att klara sitt boende och sin försörjning (delvis beroende på hur dagens ersättningsystem är konstruerade) samtidigt som de har behov av stöd och åtgärder för sin rehabilitering.

Uppdraget har avgränsats till att endast avse individer i yrkesverksam ålder. Utredningen uppmärksammar med andra ord varken utsatta barn eller äldre som båda ofta har behov som förutsätter en effektiv och smidig samverkan mellan kommun och landsting.

Dessa begränsningar innebär dock inte att utredningens slutsatser är tillämpliga på grupper med mer entydiga eller specifika behov.

Den som försöker att definiera vad som avses med "svaga grupper" stöter omedelbart på svårigheter. Gemensamt för de med "multifaktoriella" behov är att de *inte* är någon homogen grupp.

### *Utsatta grupper*

Hur definiera utsatta grupper, måste de definieras, det vore kanske mera ändamålsenligt att tala om människor som är bärare av vissa omständigheter. Omständigheter som ofta kännetecknar de som hamnar utanför, emellan eller i gråzonen. Omständigheter som inte alls alla gånger leder till utanförskap, det finns inget predestinerat i detta att de är bärare men det borde kunna vara indikatorer för, ge impulser till särskilda stödinsatser. Ibland kanske själva livssituationen är en varningssignal. Trots att de inte utgör en homogen grupp finns det ofta gemensamma drag i livssituationen.

I vår kartläggning har vi funnit att man inom de flesta projekten försöker identifiera en bestämd eller definierad grupp att samverka kring eller annorlunda uttryckt försöker finna ett sätt att avgränsa sin gemensamma målgrupp. Några har valt att definiera gruppen som "individer som är aktuella hos minst två av de ingående parterna".

De målgrupper som är vanligast förekommande är arbetslösa, långtidssjukskrivna, arbetslösa sjukskrivna, personer med psykiska besvär, arbetshandikappade, missbruksproblem eller "personer som riskerar att hamna utanför".

I arbetet med att försöka avgränsa eller definiera vilka individer man avser att samverka om är det vår bedömning att det kan vara konstruktivt att inledningsvis försöka identifiera "kritiska" om-

ständigheter som kan ligga till grund för vilka som skall ingå i samverkansprojektet.

Ett sådant exempel är arbetslösa sjukskrivna. *Riksrevisionsverket* (RRV) ger i sin rapport Rehabilitering av arbetslösa sjukskrivna (RRV 1996:8) en bild av de arbetslösa som en växande och svår-rehabiliterad grupp bland de långtidssjukskrivna. Psykiska diagnoser är betydligt vanligare än bland övriga långtidssjukskrivna och även noteringar om missbruk förekommer i högre grad i denna grupp.

*Svenska kommunförbundet* skriver i sin rapport Samordning inom socialsektorn (rapport nr 11 inom KOMvård serien) om målgrupper kring vilka samarbetet behöver förbättras: Socialbidragstagare, barn som far illa, vuxna funktionshindrade, personer med värk/nacke/ryggproblem, långtidssjuka, invandrare, arbetslösa ungdomar, psykiskt störda, missbrukare och psykiskt störda missbrukare.

Kommunförbundet har genomfört en kontaktstudie i tre kommuner som syftade till att kartlägga förekomsten av gemensamma klienter. Av de i yrkesverksam ålder som varit i kontakt med myndigheter hade nio av tio kontakt med endast en myndighet och drygt var tionde med två myndigheter. Socialförvaltningarna är de som har flest klienter gemensamma med någon annan myndighet, följt av försäkringskassan, arbetsförmedlingen och sist primärvården.

Ofta handlar det med andra ord om relativt få individer som har stora behov av insatser och därmed tar stora resurser i anspråk.

I vissa sammanhang talas det om ett 20/80 förhållande, dvs. att 20 % av befolkningen tar 80% av resurserna i anspråk.

Kommunförbundets slutsats är att "ett målgruppsinriktat konkret samarbete kring gemensamma klienter torde ge mer än ett allmänt inriktat samarbete".

*Sjuk- och arbetsskadekommittén* talar i sitt betänkande (SOU 1995:149) om samordnad rehabilitering för utsatta grupper. Kommittén har i samarbete med den Arbetsmarknadspolitiska kommittén kartlagt olika grupper med särskilt behov av stöd och avgränsat målgruppen för sitt fortsatta arbete till följande fem kategorier:

- Arbetslösa sjukskrivna
- Personer med funktionshinder/handikapp
- Unga handikappade
- Psykiskt störda
- Personer med psykosocial ohälsa



Sjuk- och arbetsskadekommittén menar att gemensamt för dem är att deras problem är komplexa och svåra att både definiera och att klassificera. Lite mer allmänt kan de beskrivas som personer som ofta hamnar i gränslandet mellan olika ersättningssystem; sjukförsäkring, arbetslöshetsförsäkring och socialbidrag. Som grupp betraktat är det ofta tveksamt om de uppfyller de krav på medicinska kriterier som gäller för att bli berättigade till sjukpenning, många har psykosociala problem och många har en svag anknytning till arbetsmarknaden och har svårt att uppfylla de villkor som gäller för att få rätt till arbetslöshetsersättning.

**Sammanfattningsvis** anser vi att vår målgrupp ”utsatta grupper” är heterogen. Den kännetecknas av att personerna har flera och sammansatta problem med behov av stöd från flera olika huvudmän. I praktiken kan gruppen enbart och bäst bestämmas och definieras på lokal nivå.

## Resurser

I samverkansprojekt är det många diskussioner om pengar. Många lovvärda projekt stupar kanske redan innan de ens har börjat för att man inte är överens om hur projektet skall finansieras eller vem som skall ansvara för vilka kostnader. Helst får samverkan inget kosta och absolut inte leda till att den egna huvudmannens utgifter ökar vare sig på kort eller lång sikt. För att om möjligt reda ut vad man grälar om är det två frågor som är centrala. Första frågan är vad som skall finansieras och andra frågan är hur eller av vem?

### **Vad** skall finansieras?

I samverkansprojekten har man grovt sett tre typer av kostnader:

- personal- och administrationskostnader i projektet
- kostnader för försörjning av målgruppen
- kostnader för olika typer av stödåtgärder

**Hur** kan dessa kostnader finansieras och fördelas?

*Personal- och administrationskostnader*

- respektive huvudman betalar en administrativ avgift
- varje huvudman betalar för ingående personal + tillhörande egna administrativa resurser
- projektpengar (Dagmar etc)
- kombination av ovanstående

Dessa kan antingen fördelas solidariskt eller efter behov och utifrån ansvarsfördelning för målgruppen.

*Försörjning och ersättningsformer*

- A-kassa (ersättning från arbetslöshetskassa)
- KAS (kontant arbetsmarknadsstöd)
- lön från anställning
- socialbidrag
- utbildningsbidrag
- sjukpenning
- sjukbidrag/förtidspension
- projektlön, aktivitetsersättning ”flit-peng”
- kombination av ovanstående

Listan visar på olika former av försörjning men också på olika nivåer av ersättning. I flera samverkansprojekt menar man att det vore en fördel med ett enhetslönesystem. Enligt vår uppfattning är detta inte vare sig rimligt eller realistiskt med tanke på att individerna som ingår i projekten har en mycket skiftande utbildningsbakgrund och arbetslivserfarenhet. Utan tvekan blir spridningen i ersättning stor mellan t.ex. en byggnadsarbetare med A-kassa och en ungdom som uppbär KAS. Det gäller därför att fundera över om det går att hitta en mekanism för att hantera dessa olikheter. Det är en fördel, men inte självklart, att viss ”flit-peng” kan utgå utöver den vanliga försörjningen när man deltar i produktion.

### *Medel för olika typer av stödåtgärder*

I samverkansprojekt är det ofta det traditionella utbudet av åtgärder som används men på ett okonventionellt sätt och kanske för andra grupper än de som de vanligtvis används för. Det handlar med andra ord om sådana åtgärder som försäkringskassan normalt köper för sina "köp av tjänst"-pengar och arbetsförmedlingens ordinarie åtgärdsarsenal.

Resurser för den här typen av åtgärder kan ordnas på i princip tre olika sätt:

- 1) respektive huvudman för medel till en gemensam pott,
- 2) respektive huvudman tar med sig medel till ett gemensamt bord,
- 3) respektive huvudman har sina sektorsbundna resurser.

En gemensam pott innebär att man fattar gemensamma beslut, att man gemensamt förfogar över medlen, med andra ord en form av finansiell sammanslagning. I den gemensamma potten kan antingen läggas medel för en viss målgrupp eller för alla som behöver visst stöd. I resonemangen om en gemensam pott förutsätts ofta att däri ingår såväl försörjnings- som åtgärdsmedel och att utbyte kan ske dem emellan.

I det andra fallet har varje huvudman bestämt hur mycket pengar som skall avsättas för insatser inom samverkansprojektets ram men det är varje enskild myndighet/förvaltning som fattar de ekonomiska besluten på förslag från projektet.

Den tredje varianten är att det inte finns någon gemensam resurs utan att var och en har tillgång till ordinarie resurser för åtgärder.

*Sjuk- och arbetsskadekommittén* föreslår (i likhet med alternativ 1 ovan) att man ska få "låna" från transfereringsmedel till åtgärdsmedel för att på sikt minska utgifterna för transfereringarna och individens försörjning.

Vi menar att det inte är nödvändigt att olika myndigheter, kommunala förvaltningar avsätter pengar till en gemensam pott. Sådana lösningar kan förefalla smidiga men skapar samtidigt svårigheter eftersom medel avsatta till olika ändamål också kräver redovisning från dessa utgångspunkter. Att blanda ihop skattebetalarnas pengar och använda dessa för opreciserade om än vällovliga syften leder lätt till dålig kontroll och äventyrar därmed fortsatt verksamhet. Det går att komma långt med "knytkalas", dvs att ingående huvudmän tar med sig sina rätter när man ska sätta sig till

bords och att enskilda beslut fattas efter behov och i linje med den överenskommelse som man har träffat (alternativ 2).

## Kartläggning av lokala samverkansprojekt

I valet av utredningsmetod var valmöjligheterna starkt begränsade med hänsyn till den mycket korta utredningstiden. Väl medvetna om att den metod som utredningen valde är behäftad med flera nackdelar är det ändå vår bedömning att kartläggningen ger en representativ bild.

Kartläggningen gick så till att utredningen vände sig till Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Försäkringskassförbundet, Socialstyrelsen, Riksförsäkringsverket och Arbetsmarknadsstyrelsen med en begäran om projekt som uppfyllde de kriterier som nämnts i utredningsdirektiven, se bilaga 3. Kriterierna för projekten var i korthet att de skulle:

- avse lokal samverkan inom rehabiliteringsområdet
- syfta till att tillgodose enskilda människors behov av stödåtgärder
- avse människor som lätt hamnar i en gråzon mellan olika ersättningssystem, t.ex människor med långvarig arbetslöshet, psykosociala eller hälsomässiga problem
- avse samverkan där kommun, försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheten ingår. Även projekt där landstingen medverkar är av intresse (dvs. projekt med tre- och fyrpartssamverkan)
- inte ingå i den uppräknade av samverkansprojekt som görs i direktiven (dvs. FINSAM/SOCSAM, Dagmar-projekt eller Finspång-projektet).

En sammanställning av de projekt som vi på detta sätt fångade in finns förtecknade i bilaga 1.

Det bör påpekas att kartläggningen endast avser *projekt*. Det vill säga fungerande samverkansmodeller på det lokala planet som inte bedrivs i projektform ingår endast undantagsvis.

Det finns också en rad intressanta projekt som enbart avser två parter (kommun – landsting eller kommun – arbetsförmedling) men där kanske flera förvaltningar berörs, som inte heller omfattas av kartläggningen.

Utredningen har också valt att endast i vissa fall ta med projekt som finansieras med s.k. särskilda medel. Det gäller till exempel några av de projekt som av AMS har erhållit medel för otraditionella insatser för arbetshandikappade. Liksom AMS' medel för "Unga handikappade" och SIUS-verksamheten (försöksverksamhet med särskilt introduktions- och uppföljningsstöd för funktionshindrade i arbetslivet).

Kartläggningen omfattar inte heller de projekt som initierats i anledning av det statliga stimulansbidraget för habilitering och rehabilitering som riksdagen beslutade om i samband med handikappreformen år 1994. I detta sammanhang förtjänas att nämnas Socialstyrelsens projekt "Den öppna dörren". Ett projekt som syftar till att sprida goda idéer och inspirera till fortsatta insatser för att förbättra situationen så att personer med omfattande funktionshinder får tillgång till meningsfull sysselsättning såsom daglig verksamhet, arbetsförberedande insatser och arbete.

Inte heller omfattar kartläggningen de projekt som ingår i Socialstyrelsens uppföljning av psykiatrireformen vilket rör sig om närmare 1 300 projekt som alla initierats med anledning av stimulansbidrag för reformens genomförande.

Med andra ord är kartläggningen inte fullständig utan utgör snarare en provkarta över olika typer av samverkan som förekommer runt om i hela Sverige – från Vellinge till Haparanda.

## Nuvarande organisation

### Organisationsstruktur

Aktörerna i rehabiliteringsarbetet är många. De som oftast nämns är Försäkringskassan, Ami/Arbetslivstjänster, Socialtjänsten och primärvården. Alltför sällan uppmärksammas t.ex yrkesinspektionens och företagshälsovårdens möjligheter. Än mindre talar man när det gäller personer i yrkesverksam ålder om betydelsen av närstående personer (vänner och anhöriga). Dvs. vad de kan göra för att stärka individens självkänsla vilket kan vara helt avgörande för att individen ska kunna tillgodogöra sig en aldrig så riktig rehabilite-

ringsinsats. I *Arbetsmarknadspolitiska kommitténs* betänkande (SOU 1996:34) finns en beskrivning av nuvarande roll- och ansvarsfördelning.

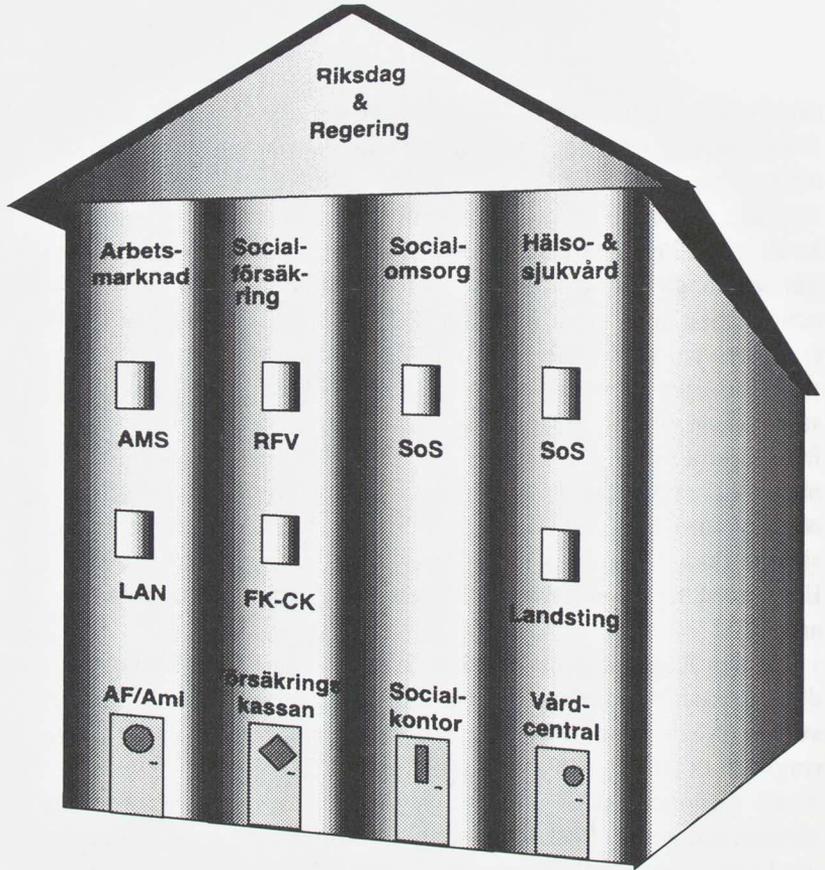
Hur verksamheten är organiserad i dag kan illustreras med hjälp av ett hus. Eller rättare sagt huset beskriver den uppfattning som vi tror att många beslutsfattare på central nivå har, inom såväl regering och riksdag som inom myndigheter, om hur den offentliga verksamheten på rehabiliteringsområdet är organiserad.

Högst upp, under takåsarna finns regering och riksdag som fastställer ekonomiska ramar och stiftar nya lagar. Regering och riksdag fattar beslut som rör välfärden, dvs. för olika politik- och utgiftsområden. I första hand berörs följande utgiftsområden: UO9. Hälso- och sjukvård och social omsorg, UO10-12. Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp, ålderdom och för familjer och barn, UO13. Ekonomisk trygghet vid arbetslöshet samt UO14. Arbetsmarknad och arbetsliv.

Under Regering och riksdag finns en våning fylld med myndigheter, det nationella eller centrala planet dvs. Arbetsmarknadsverket (AMV) och Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS), Riksförsäkringsverket (RFV) och Socialstyrelsen (SoS).

På våningen under finns det regionala planet med Länsarbetsnämnd, landsting, Försäkringskassa, (regional nivå för kommunal vård och omsorg saknas av naturliga skäl). Där finns ofta ett tillsynsansvar och ibland ett uppföljnings- och samordningsansvar för de lokala åtgärderna, det är där som länsövergripande överenskommelser träffas och det är där som man upprättar policy för rehabiliteringsområdet. Det är mycket sällan som beslut rörande den enskilde fattas på denna våning.

Det är på bottenvåningen, nere på det lokala/kommunala planet som verksamheten verkligen bedrivs. Det är här på Socialkontoret, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassans lokalkontor, vårdcentralen etc. som ärendehandläggningen sker. Här fattas besluten som direkt rör den enskilde.



Alla som är i behov av stöd, bidrag eller åtgärder av olika slag kan besöka "huset" som inrymmer samhällets samlade skydds nät. För majoriteten av de som vänder sig till det stora huset är behoven, kraven relativt entydiga till sin karaktär. Därmed inte sagt att de är enkla att tillgodose.

### Besökare med enkla problem

Tre exempel

- Andersson en nytexaminerad företagsekonom som är arbetslös söker jobb som controller knackar på hos arbetsförmedlingen.
- Petterson som är nyopererad i knät, efter en cykel-olycka på väg till jobbet, haltar in till försäkringskassan för att få reda på om det räknas som en arbetsskada och om han kan få börja arbetsträna snart.

- Lundström har en deltidstjänst som undersköterska på ett vårdhem har just blivit övergiven av sin man och har inte pengar till hyran denna månad. Hon ringer på socialtjänstens porttelefon.

De allra flesta, låt säga 80-90%, har entydiga behov som kan tillgodoses genom insatser från en sektors myndighet, "aktör" och med hjälp av åtgärder som den förfogar över och ansvarar för. För dessa är det med andra ord både bra för individen och effektivt med separata dörrar till respektive förvaltning.

### **Besökare med sammansatta problem**

Men så kommer han som inte har haft ett fast jobb de senaste 10 åren och som har svårt att passa tider, svårt att koncentrera sig och som har läs- och skrivsvårigheter och säger att han har blivit vräkt. Sen kommer hon som är frånskild med vårdnaden om två barn, som är arbetslös och har en grundskoleexamen med dåliga betyg och som behöver något för att kunna sova på nätterna, något som kan döva ångesten för hur hon ska få ekonomin att gå ihop.

För de som har det gemensamt att deras problem är mera mångfacetterade och vars behov inte kan tillgodoses med att "en åtgärd" vidtas är dagens ordning otillfredsställande och ineffektiv. Det faktum att det finns en entré för varje förvaltning och inga korridorer eller gångbroar som binder samman dem gör att individen går in och ut från det ena kontoret till nästa.

### **Ett "sjukt" hus**

Huset symboliserar det instrumentella synsätt som alltför länge har präglat en stor del av den offentliga sektorns verksamhet. Individens behov betraktas som ett fel som kan repareras med hjälp av en sektor i taget.

Huset visar också med all önskvärd tydlighet att verksamheten är starkt sektoriserad och inte organiserad med hela kunden eller individen i centrum. Nuvarande organisation är hierarkisk och oflexibel och dess förmåga att matcha individens hela behovsbild är liten. Varje trappuppgång har en egen kultur och regelsamling. Huset är inte byggt för kommunikation i sidled. Medborgaren ska inordna sig efter myndigheternas strukturer i stället för att myndig-



heterna formerar och anpassar sig efter olika människors behov. Även om enskilda tjänstemän ser behovet av samverkan sitter det mycket motstånd i väggarna.

Dagens starkt sektoriserade och funktionsinriktade arbetssätt gör även att individens behov definieras utifrån sektorsgränserna, i stället för utifrån på vilket sätt respektive sektor i en helhetssyn kan stödja individens möjligheter. Blir man inte accepterad av någon av sektorerna är det lätt att hamna utanför. Med sektoriseringen finns en inbyggd tendens att hela tiden "vilja bli av med ärendet". Vare sig individens behov eller samhällets krav på kostnadseffektivitet uppnås med dagens organisation och arbetssätt.

De brister som det nuvarande systemet uppvisar för de som har de största problemen och behoven är oacceptabla. Även om vi vidhåller att nuvarande organisation fungerar tillfredsställande för det stora flertalet.

### **Ny samverkansform på lokal nivå**

*Arbetsmarknadspolitiska kommittén* presenterade i sitt betänkande (SOU 1996:34) ett förslag till en ny samverkansform för svaga grupper på lokal nivå. Förslaget har utarbetats tillsammans med *Sjuk- och arbetskadekommittén* (SOU 1995:149). Betänkandena har varit ute på remiss. Av remissvaren att döma är flera negativa till att en ny organisation bildas. Även om kommittéernas avsikt aldrig var att förslaget skulle uppfattas som tillskapandet av en ny "myndighet" har det icke desto mindre uppfattats så av många remissinstanser. Bland remissinstanserna finns de berörda centrala myndigheterna som jämfört med de lokala myndigheterna i vår kartläggning förefaller ha olika uppfattningar.

På lokal nivå förefaller de flesta instämna i Arbetsmarknadspolitiska kommitténs uttalande att "Genom en nära, flexibel och finansiell samverkan under friare former än i nuläget bör en effektivare verksamhet kunna skapas."

Därmed inte sagt att det krävs nya organisationer utan kanske snarare att ge legitimitet för den samverkan och det arbetssätt som redan i dag finns på många håll i landet. Då kan den också utvecklas, spridas och bli ett permanent inslag som en del i välfärdspolitiken.

Utan tvekan finns det ett starkt intresse på lokal nivå att bedriva utvecklingsarbete. Detta vittnar inte minst det stora antalet ansök-

ningar från kommunerna om att få bli en "pilotkommun" när det gäller den arbetsmarknadspolitiska försöksverksamheten.

Det finns minst tre uppenbara risker med att skapa (nya) fasta organisationer för samverkan på lokal nivå. För det första riskerar man att "stämpla", stigmatisera de som kanske tillfälligt befinner sig i "gråzonen". För det andra finns det risk för att man exkluderar, missar personer som också skulle vara betjänta av att få ta del av samverkansorganisationens resurser. För det tredje finns risk för att nya sektorsaktörer uppstår som "tar över" från de tidigare så att dess professionalitet snarare snävas in i stället för att utvecklas.

## Sammanfattning

Brister i nuvarande organisation i korthet:

- Personer hamnar i en "gråzon", dvs. den tillåter/medger att några ramlar igenom det offentliga skydds nätet.
- Delat ansvar kan innebära att det finns risk för att ingen tar ansvar.
- Oklar ansvarsfördelning, vilket främjar revir- och sektorstänkande istället för att uppmuntra till individinriktat och gemensamt arbete.
- Kreativiteten begränsas till att omfatta de egna åtgärderna istället för att omfatta de samlade resurserna.
- Försvårar en helhetssyn, vilket alltför ofta leder till dubbelarbete.
- Samlad redovisning (sektorsövergripande) saknas av såväl insatta resurser som resultat.



---

## Del II

”Här rivs för att få luft och ljus – är inte det tillräckligt?”  
(August Strindberg, Esplanadsystemet)

### Olika behov kräver olika arbetssätt

#### Att riva murar och byta synsätt

En ny bild för samverkan håller på att växa fram. I de projekt som ingår i den kartläggningen som vi har gjort finns det vissa ord som ständigt återkommer när man försöker beskriva sin arbetsorganisation och sitt arbetssätt. Det är ord som helhetssyn, nätverk, gemensam referensram etc.

När vi ser lokal samverkan är det inte längre ett hus med skilda trappuppgångar som tornar upp sig utan arkitektoniska skapelser med helt andra perspektiv. Bakom myndigheternas fasader finns ett gemensamt inomhustorg; en ljusgård med en gemensam reception.

När jag anmäler mig vid disken är det inte jag som blir slussad vidare utan handläggarna som via loftgångarna kommer till mig. Här mitt på gården har man både full överblick och full insyn och samtidigt tillgång till ett professionellt nätverk av samhällets rehabiliteringsaktörer. För att underlätta samverkan har avstånden kortats med hjälp av broar och förbindelselänkar på alla våningar.

Här har man inte bara tänkt på myndighetsutövningen utan även på att skapa en trivsamt miljö för både de som kommer på besök och de som jobbar här. Man har t.ex. slagit ut väggar och fixat för att få plats med både en gemensam friskvårdsanläggning och en trevlig matsal.

## Rehabilitering – från funktionsansvar till processorientering

### Samma mål och ändå inte gemensamt

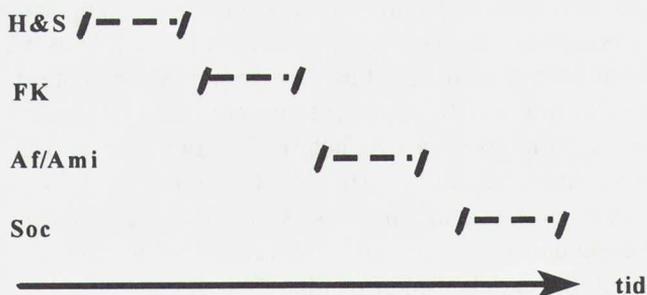
De flesta som jobbar med rehabilitering anser att de har "individen i centrum" och att de anlägger en "helhetssyn" på individens problem. Så länge som detta inte sker i samverkan med andra och i dialog med individen blir helhetssynen ofta en chimär.

I det följande ges en summarisk beskrivning av hur "flödena" i rehabiliteringsprocessen kan se ut. För en mer fyllig beskrivning hänvisas till en idéskiss, i förkortad version i prologen eller till bilaga 2, Egon Jönssons tre olika livsöden av Ingvar Nilsson/SEE.

### Flöden när man inte samverkar

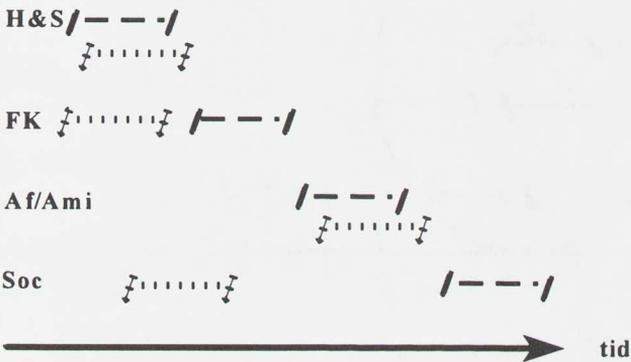
I dessa fall finns det i princip två möjliga förlopp.

*Alternativ 1.* "De oberoende aktörerna". Alla aktörer gör sitt; i tur och ordning, först medicinsk rehabilitering sen "remiss" till social rehabilitering och sen "remiss" till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.



Aktiva åtgärder varvas på ett ostrukturerat sätt med passivt kontantstöd utan att den enskilde egentligen kommer närmare målet eller kanske snarare förhoppningen om resultat av rehabiliteringsinsatsen.

*Alternativ 2.* "De motverkande aktörerna" Alla aktörer gör sitt samtidigt, parallellt men utan att det förekommer någon dialog. Personer med mångfacetterade problem är ofta storkonsumenter av vård och omsorg, de är med andra ord "aktuella" hos flera aktörer samtidigt. I värsta fall är deras bedömningar och beslut motstridiga vilket kan få till följd att individen blir både förvirrad och vilseledd.



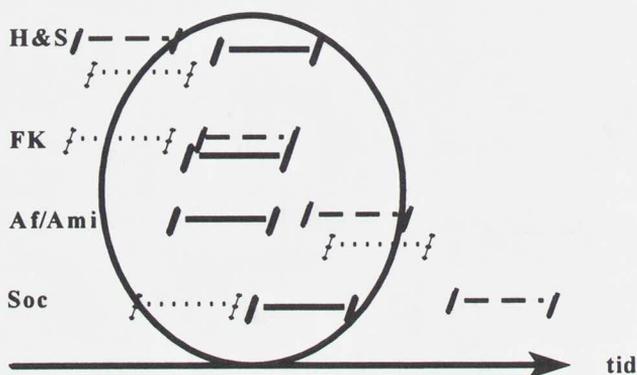
Åtgärderna kanske är de rätta men de kommer vid fel tillfälle. Det finns också en risk att respektive handläggare inger individen falska förhoppningar om vad rehabiliteringen kan leda till eftersom handläggaren bara känner ansvar för "sina" åtgärder.

Gemensamt för alternativ 1 och 2 är att rundgången kan fortsätta tills dess att någon säger "stopp och belägg". Det vill säga när någon handläggare bestämmer sig för att inte bevilja socialbidrag en gång till, föreslår förtidspension eller något annat som drastiskt förändrar individens situation.

### Ett samverkande flöde

*Alternativ 3.* "De samverkande aktörerna".

När man samverkar i individärendet står alla "aktörerna" till tjänst för individen under processens gång. Det vill säga alla jobbar parallellt tillsammans med individen, stödresurserna samlas runt individen längs rehabiliteringsflödet.



Varje handläggare gör sitt utifrån sin profession mot bakgrund av den gemensamma kartläggningen och med inriktning mot det gemensamma målet i enlighet med den handlingsplan som man har upprättat gemensamt. Processen innehåller ungefär samma moment som utan samverkan men med den stora skillnaden att här stödjer och förstärker olika insatser varandra och man gör "rätt" från början. Därmed inte sagt att man aldrig misslyckas.

När man samverkar är det självklart med "support" och uppbackning men i alternativ 1 och 2 när var och en gör sitt är det mest en slump om individen får stöd från någon under en längre period än då han/hon direkt är aktuell hos respektive handläggare.

Av alternativ 3 framgår att parallella insatser kan genomföras under en kortare tid vilket leder till både minskade försörjningutgifter och samtidigt till bättre och mer varaktigt resultat.

*Ett exempel:*

De som kommer in i samverkansprojekten har ofta en lång "historia" och tjocka journaler hos alla myndigheter. Det första som händer är att de hamnar i en "sluss". I slussen görs en bedömning av om individen skall "skrivas in" i projektet eller ej. Därefter görs en ordentlig kartläggning och utredning. Det är nödvändigt att den enskilde deltar aktivt och att alla tjänstemän bidrar med sitt respektive yrkeskunnande. Gemensamt för de flesta projekten är att stödinsatserna är långsiktiga. Stödet från kommunen eller öppenvården upphör inte när arbetsträningen tar slut eller för att individen börjar en lönebidragsanställning. När flera samverkar i projekt blir budgetprövningen betydligt tuffare än vad som gäller den övriga verksamheten. Man har större press på sig att lyckas, att uppvisa goda resultat. Alla ingående parter ställer större krav på uppföljning av insatta resurser och kräver betydligt mer noggrann redovisning av kostnader för respektive huvudman.

Rund- gång	Sluss → →	Kartläggning/→ utredning.	Livsvägledn/→ arbetsträn.	Praktik →	Arbete
Före samverkan		0-2 mån.	1-6 mån.	6-12 mån.	1-3 år
					-----→ tid

Hur lång tid resp. fas tar beror både på utgångsläget, individens motivation och delaktighet och vad som gjorts innan personen rekommenderades, "remitterades" till projektet.

*Slussen*

I "slussen" sker själva inskrivningen och i vissa projekt är det upp till individen att bestämma om han eller hon vill ingå i projektet. I samband med inskrivningen upprättas ofta en form av kontrakt och en fullmakt för att information får lämnas ut mellan handläggare med olika huvudmän.

*Kartläggning/Utredning*

I vissa fall finns redan utredningar gjorda som kan användas för att man gemensamt skall kunna upprätta en handlingsplan. I andra fall



krävs det att man äntligen gör en ordentlig utredning som ger en samlad bild av individens behov och dennes förutsättningar och möjligheter. Under kartläggningsfasen pågår ofta parallellt ett arbete med att finna en lämplig arbetsträningsplats. Ofta är det individen själv som är bäst på att hitta en lämplig arbetsplats där han eller hon kan få arbetsträna eller praktisera.

### *Livsvägledning/arbetsträning*

Arbetsträningens längd beror naturligtvis dels på om individen är mogen att ta nästa steg i processen, steget till arbete, dels på om arbetsträningen sker i kommunal eller privat regi.

### *Praktik och arbete*

Under tiden som individen praktiserar har han/hon hela tiden tillgång till stöd från projektet. Erfarenheten visar att det ofta är just när allting ser ut att gå bra som individen blir orolig, rädd och osäker och verkligen behöver personligt stöd och handledning. Ofta behövs det bara under en kortare tid och i begränsad omfattning men utan det kan hela rehabiliteringsprocessen misslyckas. Detsamma gäller i nästa fas av flödet när personen kanske får sitt första riktiga jobb på den ordinarie arbetsmarknaden. Varje steg mot en ökad självförsörjning måste följas av ett ökat självförtroende. Att få ett arbete är oftast en stor omställning både socialt, psykiskt och inte minst ekonomiskt. Rehabiliteringsprocessen tar tid och därför måste också samverkansprojekten arbeta långsiktigt. Under den första arbetsperioden kan det därför vara tryggt att veta att det personliga stödet från samverkansprojektet finns kvar.

## Hinder för samverkan

Varför samverkar man inte, eller varför är det så svårt med samverkan? De hinder för samverkan som ofta anges är sällan reella hinder. Men de kan ändå utgöra skäl för att samverkan begränsas.

Många gånger är det handläggaren eller förvaltningen/myndigheten som själv sätter upp gränserna för när samverkan är möjlig.

Skälen till att samverkan sker i mindre omfattning än vad som vore önskvärt kan indelas i två grupper: de som är möjliga att påverka på lokal nivå och de som kräver beslut på en mer övergripande nivå, såsom av regering och riksdag.

De faktorer, förhållanden som är möjliga att påverka på lokal nivå är enligt vår bedömning många gånger av nog så stor betydelse för om samverkan sker eller inte som sådana som regleras av centrala beslut.

## Hinder på den lokala nivån

Exempel på hinder som kan övervinnas på lokal nivå:

- Olika upptagningsområden.
- Olika lokalisering.
- Avsaknad av gemensamma mötesplatser.
- Olika kompetens.
- Bristande kunskaper om varandras yrkesroller.
- Bristande respekt för varandras kunskaper.
- Avsaknad av gemensamma mål.
- Avsaknad av gemensamma visioner.
- Rädsla för kostnadsövervältring.
- Avsaknad av gemensamt resultatansvar.
- Eventuell samverkansorganisationen är generell och inte individ- eller målgruppsinriktad.

För att undvika eventuella missförstånd är det värt att påpeka att vi menar att själva rädslan för kostnadsövervältring kan undanröjas lokalt medan frågan om kostnadsövervältring i sig sannolikt är av nationell karaktär.

Dessutom finns det hinder på lokal nivå som är en direkt följd av bristande samverkan på central nivå. Detta gap mellan viljan att samverka lokalt respektive centralt måste enligt vår mening åtgärdas så fort som möjligt för att inte intresset för samverkan på lokal nivå skall falna. Även i Del IV görs en redovisning av de hinder som framkommit i intervjustudien.

## Minska gapet mellan lokal och central nivå

Utredningens fokus är emellertid vad statsmakterna kan göra för att underlätta, understödja samverkan på lokal nivå. Regering och riksdag disponerar ett antal styrinstrument som kan användas för att stimulera handläggare och tjänstemän till att samverka mera. Ytterst är det dock ansvariga chefer på alla nivåer inom respektive myndighet som måste bli mer medvetna om sitt ansvar för att samverkan mellan parterna ska utvecklas. Om inte cheferna tar samverkansuppgiften på allvar, ser värdet, vinsten av samverkan kommer de inte heller att kunna uppmuntra till samverkan mellan handläggare/tjänstemän.

De hinder som ofta anges kan i grova drag hänföras antingen till verksamhetens mål eller till verksamhetens medel. Det vill säga till regelsystemet i termer av försäkringsvillkor, villkor förknippade med olika åtgärder, sekretessregler etc. och till förutsättningarna för verksamheten såsom finansiering, organisationsstruktur etc. I båda fallen är det regering och riksdag som "äger frågan" och som förfogar över svaret, är skyldig att svara.

Frågan om typ av hinder är i viss mån en fråga om perspektiv, om man ser individen som objekt eller subjekt. På central nivå är det ofta myndigheternas verksamhet som är subjekt och individen som är objekt medan det naturligtvis även där borde vara individen som är subjektet, den som myndigheten och dess verksamhet är till för. Samtidigt skall man komma ihåg att det ibland är enklare att åberopa de övergripande hindren än att forcera sådana hinder som är inom ens egen räckvidd.

### *Verksamhetens mål*

Exempel på hinder för samverkan som kan hänföras till verksamhetens mål; regelsystemen:

- Sektorisering; olika myndigheter/huvudmän med olika mål, instruktioner, policy, kultur, dålig kunskap om "syskonmyndighetens" verksamhet, kommunens "sista-hands-ansvar" etc.
- Olika funktioner/ansvarsförhållanden; t.ex. nationella arbetsmarknadspolitiska mål jämfört med kommuners sysselsättningspolitiska mål.

- Renodling av försäkrings- och bidragssystemen; tuffare kvalifikationskrav, skärpta regler för ersättning, tidigare utklassning/utförsäkring från systemen.
- Instabilitet i regelsystemen, allt kortare varaktighet för olika typer av åtgärder.
- Kortsiktiga mål och stränga villkor för vissa åtgärder.
- Olika sekretessregler för olika huvudmän.

### *Verksamhetens medel*

Exempel på hinder för samverkan som kan hänföras till verksamhetens medel; olika förutsättningar för verksamheten:

- Olika finansiering; skattemedel och statsbidrag, arbetsgivar- och egenavgifter m.m.
- Anslagens konstruktion; dålig flexibilitet när det gäller användningen av såväl transfereringsmedel, resurser för åtgärder som förvaltningsmedel
- Finansiella hinder; stora svårigheter att föra transfereringsmedel från respektive huvudman till gemensam användning
- Incitament för samverkan saknas, samverkan "lönar" sig sällan för alla parter och sällan på kort sikt.

Utredningen menar att det mest konstruktiva är att här lyfta fram sådana hinder som hänger samman med dagens starkt sektoriserade samhälle och de styrmedel som finns för att överbrygga dessa hinder. Det vill säga att inte i första hand diskutera t.ex. finansiell sammanslagning eller förändringar av försäkringssystemen.

Såväl Storstadskommittén som Sjuk- och arbetskadekommittén har pekat på de hinder för samverkan som den nuvarande sekretesslagstiftningen för olika sektorer medför. De har pekat på att detta är ett område som behöver studeras vidare.

I praktiken, i de lokala samverkansprojekt som vi har studerat, har man valt att lösa frågan om informationsutbyte mellan myndigheter på ett mycket enkelt sätt. Nämligen att den enskilde undertecknar en fullmakt där han/hon godkänner mellan vilka myndigheter etc. som information får utbytas. Individens samtycke kan till och med fungera som ett incitament för samverkan.

## Motiv för att samverka

Gemensamt för alla de som samverkar är att de drivs av en vilja att samverka. Deras största drivkraft är individen, dvs. de är överens om att de har en servicefunktion, de är till för individen. Verksamheten skall utgå ifrån individens behov och inte tvärtom. Begrepp som helhetssyn fylls med ett innehåll.

Ett annat och på senare år kanske allt starkare skäl till samverkan är de ökade kraven på kostnadseffektivitet. Den dåliga samhälls-ekonomi kan sägas ha tvingat fram samverkan. I dagsläget och sannolikt för lång tid framöver kommer den offentliga sektorn att leva med snäva ekonomiska ramar. Ingen av huvudmännen kan påstås "ha gott om pengar" och alla är starkt motiverade att hitta kostnadseffektiva lösningar. Samtidigt som man på många håll är rädd för att samverkan kommer att innebära en "kostnadsövervältring" som kommer att drabba just dem. Man talar ibland i dessa sammanhang om ett "Svarte-Petter" syndrom. Icke desto mindre kan t.ex kommunens "sista-hands-ansvar" innebära att den har det starkaste skälet för att vilja samverka.

Ett sätt att minska kostnaderna för alla inblandade är att minska "rundgången" mellan myndigheterna. Genom samverkan kan ansvarsfördelningen bli tydligare och därigenom minskar risken för dubbelarbete.

Ytterligare ett tungt skäl för samverkan är den kraftigt försämrade arbetsmarknaden, vilket drabbar redan svaga grupper extra hårt. Arbetslösheten har inneburit att omvärldstrycket har ökat.

### *Motiv för samverkan i korthet:*

- Bra resultat för individen
- Helhetssyn i arbetet
- Effektivare resursanvändning
- Förhindra "rundgång"
- Ökade behov p.g.a ökad arbetslöshet

## Vinster med att samverka

Vem vinner på samverkan? Svaret är att både individen och samhället är vinnare. Ju snabbare och mer professionellt individen blir rehabiliterad och kan återgå till arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt desto bättre. Det är dessutom samhällsekonomiskt effektivt dvs. ju förr individens behov av bidrag till sin försörjning byts mot egen förmåga, hel eller delvis, att försörja sig desto bättre.

Därmed inte sagt att alla hela tiden tjänar på samverkan. För olika personer med olika typer av problem och behov visar det sig att det växlar vem som tjänar mest på samverkan. Det växlar både mellan parterna t.ex mellan kommun och landsting och över tiden. Den som förlorar på att samverka i det korta perspektivet kanske vinner på längre sikt.

En uppfattning kan vara att ingen har något att vinna på att samverka men det kan vara ett sätt att minska sina egna kostnader utan att verksamhetsresultatet försämras. Det faktum att kartläggningen av samverkansprojekt för svaga grupper omfattar ca 140 projekt är som vi ser det i sig ett bevis för att samverkan ger positiva effekter.

## Realistiska individuella mål

Med dagens arbetsmarknadssituation är det många som ställer frågan: Rehabilitering till vad? För de personer som denna kartläggning specifikt avser är svaret alltför ofta fortsatt passivt konstantstöd eller någon form av sysselsättningsåtgärd och ibland tillfälliga jobb varvat med arbetslöshet arbetslöshet på den ordinarie arbetsmarknaden. Vi har funnit att frågan om individens långsiktiga möjligheter till försörjning undviks till förmån för planering och diskussioner om åtgärder och vem som skall bekosta dem. Många gånger är det oklart ifall målet är den ordinarie arbetsmarknaden eller ej. I samverkansprojekt blir det både nödvändigt och naturligt att enas om långsiktiga och realistiska individuella mål.

## Ökad professionalitet

Ingen kan göra en fullständig kartläggning själv. Utan samverkan finns det en uppenbar risk för att man "kvackar" i varandras kompetensområden. Men även om varje handläggare har bra kännedom om vilka åtgärder och resurser som finns tillgängliga inom den egna verksamheten så är det fullt möjligt att både de egna och andras resurser kunde användas mera effektivt. När man samverkar kan "timingen" bli bättre, dvs. rätt åtgärd i rätt tid. I dag händer det att när handläggaren tar klientens, den sökandes parti kan det innebära att han eller hon hamnar i konflikt med någon av de övriga aktörerna. En utveckling som vare sig gynnar individen eller framtida samverkan.

## Kompetensspridning – en "lärande organisation"

Den vinst som många uppger med samverkan är att kunskapen om varandras kompetens ökar. Respekten för varandras yrkesroller och funktioner ökar. Samverkan leder i sann mening till utvecklingen av en "lärande organisation". Samtidigt som den egna kompetensen breddas minskar behovet av att lösa alla problem själv, ansvarsfördelningen blir tydligare och professionalismen ökar. Handläggarna kan utveckla så kallad T-kompetens, både egen fördjupning och breddad omvärldskunskap. En positiv sidoeffekt är kunskapsspridningen till den ordinarie verksamheten.

## Kostnadsmedvetenhet

En vinst med samverkan är att parterna blir mer kostnadsmedvetna. Det faktum att projekten är just projekt innebär att de ofta har tuffa resultatkrav och höga redovisningskrav på sig. De måste med andra ord kunna redovisa både vad projektet i sig har kostat och vad insatta åtgärder har kostat. När parterna får kunskap om och blir medvetna om sina egna och andras kostnader och resursåtgång för en specifik målgrupp finns också förutsättningar för att diskutera vilka resurser man disponerar och vilka man behöver samverka om. Utifrån projektets resultat kan sedan parternas resursandel i projektet revideras. På sikt kan det utgöra underlag till en fördjupad

diskussion om gjorda prioriteringar inom respektive huvudmans budget.

## Resultatorientering

Av kartläggningen framgår att det är sällsynt med redovisningar av de långsiktiga resultaten. Det innebär att det egentligen är omöjligt att bedöma både vilka som är "vinnare" och "förlorare" och om samverkansprojekten leder till kostnadsöverväldning. Vår slutsats är att varje huvudman måste ta ett större ansvar för den ekonomiska analysen av de långsiktiga effekterna för att säkerställa att alla berörda "vågar" samverka. Förutsättningarna för samverkan förbättras avsevärt om man strävar efter att försöka åstadkomma en vinna-vinna situation för samtliga aktörer.

## Sammanfattning

I korthet är vinsterna med att samverka:

- Ökad livskvalitet för individen.
- Individuell rehabilitering med realistiska mål.
- Ökad professionalitet.
- Ökat intresse för långsiktiga lösningar och långsiktiga resultat.
- Fördjupning av den egna kompetensen och överblick av andras.
- Främjar kreativitet och utveckling av nya arbetsmetoder vad gäller åtgärder och insatser.
- Rehabiliteringsprocessen kommer igång snabbare.
- Större träffsäkerhet med insatserna.
- Svårare för individen att "spela ut" myndigheterna mot varandra
- Bättre "timing" och matchning av olika insatser. Rätt åtgärd vid rätt tidpunkt medför att insatserna kan stödja och förstärka varandra.
- Övergångs-/överlämningsstiderna, "glappen" minskar.
- Besparingar till följd av effektivare resursutnyttjande; mer för varje skattekrona.

Även i del IV görs en redovisning av fördelar med samverkan över sektorsgränserna som framkommit intervjustudien.





## Del III

### Samverkan – lokalt

Resultatet av den förfrågan om lokala samverkansprojekt som vi gjorde var imponerande. I förteckningen i bilaga 1 återfinns ca 140 projekt som motsvarade de angivna kriterierna.

Flera av projekten visar att det inte är relevant att tala om tre eller fyra parter och detta av två olika skäl. För det första kan samverkan vara som en amöba, den formerar sig så som är nödvändigt utifrån individens behov. Ibland krävs tre parter och ibland räcker det med två, det viktiga är att alla fyra huvudparter finns tillgängliga.

För det andra definierar man på lokal nivå inte parter på samma sätt som ofta görs centralt. Det vill säga för dem är parter alla som man har ett etablerat samarbete med. Det kan vara olika kommunala förvaltningar, företagshälsovården, arbetsgivare, facket, frivilligorganisationer, anhöriga etc.

Enligt vår uppfattning borde de lokala arbetsgivarna och facket kunna engageras i större utsträckning i rehabiliteringsarbetet. De har en avgörande betydelse för de som har en anställning. De är också viktiga samarbetspartners när det gäller att hitta arbetsträningsplatser, anställningar bland annat som komplement till Ami's kontaktnät.

### Lag på att samverka

Samverkan kan inte tvingas fram – den måste få växa fram. *Storstadskommittén* har i sitt betänkande Att röja hinder (SOU 1995:142) påpekat att det bland annat i förvaltningslagen, kommunallagen, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och lagen om allmän försäkring uttryckligen föreskrivs att de myndigheter som arbetar under dessa lagar ska samverka med andra myndigheter eller berörda medborgare.

Storstadskommittén har till uppgift att föreslå förändringar av lagteknisk, finansiell och organisatorisk natur som kan behövas för att man skall kunna uppnå en bättre samverkan mellan myndigheterna.

Då dessa frågor bereds inom *Storstadskommittén* har vi valt att koncentrera oss på andra faktorer som vi menar är av betydelse för att understödja samverkan på lokal nivå.

## Faktorer för framgångsrik samverkan

Det naturliga är att samverka. För vår målgrupp, de med mångfacetterade problem är samverkan en förutsättning för att rehabiliteringen skall lyckas. För att kunna ge bra service och ett effektivt stöd till dessa krävs det både ett ”samlat grepp”, fantasi och ett öppet sinne. För dessa individer finns det inga färdiga paketlösningar det är därför inte så konstigt att det sektoriserade arbetssättet ofta misslyckas. Att arbeta i projektform där varje individ kan få en skräddarsydd rehabilitering är ett effektivt sätt att ta till vara både individens och myndigheternas inneboende resurser.

### **Projektets legitimitet**

Det finns alltid en viss risk att projektverksamhet lever sitt liv vid sidan av den ordinarie verksamheten. En tydlig beställning är bästa garantin för att samverkansprojektet ska få legitimitet både lokalt och internt inom myndigheten/förvaltningen.

Flera av projekten har haft problem med att etablera och marknadsföra sig. Dvs. att göra sig kända både för förvaltningar och organisationer som för allmänheten och för ”kunder”, klienter. Det har ofta tagit betydligt längre tid än planerat för projekten att komma igång. Det har också visat sig att det tar tid att förankra idén om samverkan mellan flera parter. Det räcker inte med att viljan finns på handläggarnivå. För att den här typen av projekt ska bli verklighet krävs det alltid beslut och uppbackning på politisk nivå. Erfarenheterna av samarbetet visar att projekt har svårt att få samma legitimitet som övriga verksamheter kanske på grund av att de sällan budgeteras på sina egna villkor och sällan diskuteras i den ordinarie budgetberedningen.

## Projekt kontra ordinarie verksamhet

Det som kännetecknar samverkansprojekten i vår kartläggning är inte i första hand deras organisation eller att de är tidsbegränsade utan deras arbetssätt. Arbetsmetoderna påminner i mångt och mycket om reguljärt utredningsarbete där problemformulering, datainsamling, analys och process/förslag på förändringar är centrala inslag. I båda fallen gäller att det ofta tar längre tid att definiera problemet när man är flera men i gengäld går resten av arbetet snabbare. Insatserna stödjer varandra och resultatet blir bättre.

För att åstadkomma en strukturell samverkan krävs ett annat sätt att kommunicera på. Dialogen kan underlättas av om man också samverkar lokalmässigt, även om det inte är nödvändigt. Viktigast är att det finns en plats eller arena för samverkan, en slags mental plattform med gemensamt mål och gemensamma värderingar.

Samverkansprojekten kan driva på förändringsprocessen samtidigt som det vidareutvecklar den ordinarie verksamheten. När man lyckas integrera/inkorporera samverkansprojekt i den ordinarie verksamheten kommer det dels den egna verksamheten till godo, dels kan det leda till att övrig samverkan ökar i omfattning. Det finns förstås många sätt att göra detta på. Vanligast är kanske att man bildar referensgrupper eller styrgrupper till projektet som består av personal från "hemmamyndigheterna". Ett annat sätt är att anordna informationsträffar eller ge ut informationsblad där projektet fortlöpande redovisar sitt arbete och sina resultat.

Enligt vår bedömning är det angeläget att projektmedarbetaren både kan utveckla den egna yrkeskompetensen och hålla sig á jour med sin hemmamyndighet; förändringar inom regelsystemet etc. Om handläggaren är helt frikopplad från den ordinarie verksamheten försvåras dessutom erfarenhetsutbytet mellan projektet och den ordinarie verksamheten. En väg för att medvetet främja erfarenhetsutbyte är att skapa utvecklingsgrupper för handledning och kompetensutveckling som är mixade med personal både från projektet och från myndigheten. En annan väg kan vara att handläggaren arbetar halvtid i projektet och halvtid på "hemmamyndigheten".

## Projekt utan slut

Måste lyckade projekt ta slut? Varför har man bara projekt på försök? Det är två frågor som flera av projekten brottas med. Att projekten tar slut är ofta en följd av att de ingående parterna inte vågar teckna långsiktiga överenskommelser om ekonomiska åtaganden.

Att arbeta projektinriktat och gränsöverskridande är ett arbetssätt i sig och det behöver inte nödvändigtvis finnas en början och ett slut på ett sådant projekt, eller att ett nytt tar vid där det gamla tar slut. Både målen och målgruppen kan och bör omprövas regelbundet för att arbetssättet skall utnyttjas optimalt. Osäkerheten om projektets fortlevnad visar dock på vikten av att projekten ges rimliga verksamhetsförutsättningar. Projekten måste få arbeta långsiktigt och under stabila villkor. Många projekt vittnar om ryckighet i verksamheten till följd av oklara eller dubbla budskap om projektet skall få fortleva, om det skall få resurser etc. Inte minst när det gäller svaga grupper handlar det om långvarigt rehabiliteringsarbete – resultaten visar sig inte på ett budgetår.

### *Framgångsfaktorer*

Utifrån den kartläggning som gjorts finns det vissa kännetecken hos lyckade projekt som vi särskilt vill lyfta fram:

#### *Förutsättningar*

- Tydligt uppdrag till samverkansprojektet.
- Förankrat hos chefer, handläggare och politiker.
- Stabila verksamhetsförutsättningar.
- Gemensam uppföljning och redovisning.
- Resultatorientering.

#### *Arbetssätt*

- Helhetssyn, flexibilitet och ”processtänkande”.
- Gemensam kompetensutveckling.
- Gemensamt förhållningssätt: utgångspunkten är individens möjligheter.
- Gemensam kartläggning.
- Arbetsmetod: individuell rehabilitering, delaktighet, mobilisera individens egna resurser och det sociala nätverket.
- En kontaktperson knyts till varje individ.

## Stark vilja att samverka

Det finns behov av samverkan och vi menar att det klart framgår att det finns en vilja att samverka. Det vill säga att i projektform systematiskt arbeta på ett strukturerat och samtidigt flexibelt sätt för att ta gemensamt ansvar.

Vad som krävs är ett tydligt uppdrag rakt igenom och på tvärs inom organisationerna. Det finns ofta ett starkt tryck underifrån, från "gräsrotsbyråkraterna" på att få ett sådant gemensamt uppdrag. När bättre förutsättningar och legitimitet ges uppifrån är det dags för försöksverksamheten att ta plats i den ordinarie verksamheten. Samverkan över sektorsgränserna måste bli det vanliga sättet att arbeta på.

I den överenskommelse som ligger till grund för uppdraget skall målet för projektet framgå samt vilka resurser som ställs till förfogande och hur uppdraget skall redovisas. Vi menar att det är mycket viktigt att alla ingående parter är väl medvetna både om sin kostnadsandel och sitt ekonomiska ansvar. Först då kan man försöka hitta "vinna-vinna" lösningar. Uppdraget, beställningen ges efter det att de ingående parterna tillsammans gjort en inventering och definierat målgruppen.

## Samverkan i princip

Det är av stor betydelse att gemensamma policydokument på stadsdels-, kommun, eller nationell nivå upprättas. Det kan underlätta arbetet med att ge samverkansprojekt den förankring och legitimitet som är nödvändigt för att det skall lyckas. Till exempel genom att dokumentet också får tjäna som underlag för vilka resursprioriteringar man gör i exempelvis kommunen.

Riksdag och regering kan och bör vara "möjliggörare". För att samverkan ska komma till stånd över hela landet är det nödvändigt med statsmakternas tydliga uppdrag och uppbackning.

## Könsperspektiv saknas

Kvinnor och män har ofta olika livserfarenheter och villkor i arbetslivet vilket faktiskt kan göra det nödvändigt att använda olika metoder för kvinnor och män för att skapa goda rehabiliteringsmöjligheter för alla.

Kvinnors och mäns förhållningssätt till sjukdom och ohälsa skiljer sig ofta åt. Insikten härom är liten, liksom vilka krav detta ställer på en arbetslivsinriktade rehabilitering som skall utformas utifrån kvinnors och mäns olika behov och förutsättningar.

Ett genomtänkt könsperspektiv saknas så gott som helt i projektet. Många områden i dagens samhälle och särskilt arbetslivet är i hög grad utformat utifrån manliga förutsättningar. Många åtgärder inom rehabiliteringsområdet har sina utgångspunkter i de problem som främst drabbat männen

Ett exempel på detta är att rehabiliteringsinstitut tidigt etablerades inom branscher som skogsbruk och byggnadsverksamhet medan motsvarande institutioner för t.ex. de kvinnodominerade tunga jobben inom vård och omsorg inte föranlett sådan särskilda insatser även om det varit minst lika befogat. Nämnas bör att Rygginstituten numera är öppet för alla yrkesgrupper och att andelen kvinnor har ökat markant de senaste åren.

Ett annat exempel är arbetsmarknadsutbildningen som ursprungligen var orienterad mot männens arbetsliv men som senare har kommit att anpassas för att kunna erbjuda träning och utbildning även för kvinnor.

Det är inte förrän på de allra senaste åren som man har börjat ägna särskild uppmärksamhet åt och fått ny kunskap om bakomliggande orsaker till ohälsa hos kvinnor t.ex. vad gäller hjärtinfarkt, fibromyalgi, långvariga smärttillstånd etc. Kvinnor har således till stor del hänvisats till behandlingscentra och behandlingar som bygger på och präglas av den kunskap som finns om mäns rehabilitering.

Vi menar att de som tror sig anlägga ett könsneutralt perspektiv på rehabiliteringen i praktiken ofta agerar könsblint.

Utredningen har till uppgift att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser. Det är vår bestämda uppfattning att i samverkansprojekt har man betydligt större förutsättningar att anlägga ett könsperspektiv på rehabiliteringen än om man arbetar sektorsvis. Ett viktigt syfte med en ökad och bättre samverkan ska därför vara att

finna åtgärder som är mer ändamålsenliga utifrån kvinnors och mäns olika önskemål, möjligheter, behov och förutsättningar.

## Resursknapphet

Resultaten från utredningens kartläggning och fältstudie tyder inte på att det är brist på pengar som är det största problemet. Återkommande anges att regelverket som styr för vilka ändamål och vem som får disponera medlen är problemet. Det är i detta sammanhang som uttryck som "samverkan skulle underlättas om vi fick använda pengarna litet friare" hör hemma.

I dag finns det ett relativt starkt regelverk kring vad som skall gälla för att man ska kvalificera sig för en viss ersättning, kunna komma i fråga för en viss åtgärd. De intentioner som låg till grund för dessa regler är ofta dåligt avpassade för den allt större grupp av individer med sammansatta problem som har svårt att behålla eller få en anknytning till den reguljära arbetsmarknaden. Som exempel kan nämnas att vissa åtgärder bara får beviljas för en 6-månaders period. Medan det för vår målgrupp kanske tar upp till ett år att tillgodogöra sig den insats som andra "klarar av" på ett halvår. I samverkansprojekten redovisas ofta att viss civil olydnad nästan är nödvändig. Att utveckla en friare mål- och resultatstyrd användning av medel avsedda för samverkansprojekt i vår mening är därför av stor betydelse. En sådan användning är dock inte utan problem. En "friare" användning av skattemedel riskerar att bli slappare hanterade eller användas på ett sådant sätt att andra samhällsmål eller verksamheter motverkas. Mindre regelstyrda och mer resultatstyrda medel så som vi förordar måste därför kombineras med en systematisk resultatuppföljning.

Diskussionerna om resurser skulle underlättas om handläggarna på respektive kontor fick bättre information om inte bara vilka begränsningar som följer med vissa anslag utan också insikt om hur flexibelt de kan användas. Möjligen är det så att tjänstemännen ofta har blivit "systemets fångar" dvs. de har svårt att se de möjligheter de faktiskt har att agera och vilka resurser de faktiskt har tillgång till. Det gäller att så att säga "mobilisera" organisationernas egna resurser och möjligheter.



## Enklare regler – friare användning

Som ett exempel på stark regelstyrning kan nämnas att t.ex. i princip varje arbetsmarknadspolitisk åtgärd regleras av en förordning. Inom Arbetsmarknadsdepartementet pågår för närvarande ett regel-förenklingarbete som just syftar till att minska antalet förordningar och därigenom uppnå en harmonisering av reglerna.

Anslaget för arbetsmarknadspolitiska åtgärder är ett reservationsanslag. I anslaget ingår medel för utbildningsbidrag vid arbetsmarknadsutbildning, arbetsplatsintroduktion, start av egen näringsverksamhet, arbetsmarknadsutbildning, bidrag för beredskapsarbete, rekryteringsstöd, företagsutbildning samt kommunalt uppföljningsansvar för ungdomar under 20 år. Regeringen har satt upp mål för hur många som i genomsnitt skall delta i arbetsmarknadspolitiska åtgärder. En viss del av anslaget går till åtgärder inom den kommunala sektorn. Hur stor del av anslaget som går till den kommunala sektorn beror i hög grad på kommunens arbetslöshetssituation och ambition att anordna arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Ytterst är det LAN/Af som har att välja den åtgärds-mix som de anser vara den mest effektiva utifrån ekonomiska och lokala förhållanden.

Användningsområdena för de arbetsmarknadspolitiska medlen bestäms i hög grad på regional nivå, av länsarbetsnämnderna. Det finns med andra ord inte reglerat hur mycket som skall avsättas för en viss typ av åtgärder, utan det bestäms från län till län.

Anslaget Särskilda åtgärder till arbetshandikappade uppdelas på två anslagposter; Anslagpost 1 finansierar särskilda sysselsättningsskapande åtgärder för arbetshandikappade såsom medel för arbetshjälpmedel, arbetsbiträde, näringshjälp, lönebidrag och OSA (offentligt skyddat arbete). Här ingår även så kallade medel för otraditionella insatser. I första hand skall insatserna avse särskild ordnad sysselsättning för personer med svåra funktionshinder. Anslagposten får ej överskridas. Anslagpost 2 bekostar utbildningsbidrag för sökande som deltar i yrkesinriktad rehabilitering vid Ami samt försäkringskostnader. Till grund för fördelningen av medel till länen ligger en så kallad fördelningsmodell.

## Mina och dina och våra pengar

Det är enligt vår uppfattning inte i första hand mer pengar som behövs. Vår slutsats är att det går att uppnå betydande samverkansvinster utan att sammanläggning av olika medel är nödvändigt. Det arbete som pågår för att öka flexibiliteten i medelssystemen kommer ytterligare att förbättra detta. I ett inledningsskede kan det underlätta och skynda på med någon form av "ekonomiska smörjmedel". Dels för att stödja övergången till ett nytt projektorienterat arbetssätt, dels för att medverka till att erfarenhetsutbyte kommer till stånd.

Vi har tidigare pekat på vikten av att varje projekt har en ekonomisk ram och att det klart framgår vad som ingår i den med avseende på projektets egna kostnader, försörjningsmedel och åtgärdsmedel. I den överenskommelse som görs kan mycket väl kostnader för försörjning ingå utan att medlen för den skall göras gemensamma. Kostnadsmedvetenheten i sig kan också bidra till att man så långt det är möjligt finner "vinna-vinna" lösningar för parterna i projektet.

Den lösning som vi förordar innebär att samverkanprojektet bör ha en gemensam ram för åtgärder och insatser men att de ekonomiska besluten fattas av respektive myndighet/förvaltning.

Huvudsaken är att samverkan leder till att beslut och åtgärd kommer vid rätt tillfälle i varje enskilt fall.

Det regelförenklingsarbete som bedrivs inom bland annat Arbetsmarknadsdepartementets område tror vi kan få stor betydelse på det lokala planet.

## Samverkan – centralt

### Från regelstyrning till mål- och resultatstyrning

Mål- och resultatstyrning blir allt vanligare inom hela den offentliga sektorn. För att fullt ut tjäna på effekterna av målstyrningen är det av stor vikt, inom givna yttre ramar, att budgetansvaret decentraliseras. Målstyrning måste gälla även för den lokala nivån. Först när lokala lösningar tillåts kan lokala problem lösas.

Det lokala arbetet skulle underlättas avsevärt genom klara signaler från de övre nivåerna i hierarkierna. I dag saknas t.ex. gemensamma mål för sådant som flera myndigheter har ett gemensamt ansvar för. Samtidigt som krav ställs på snabba anpassningar till en föränderlig verklighet krävs också fastare spelregler. Mindre regelstyrning och flexiblare anslagssystem kan tillfredsställa båda dessa krav.

### **Regleringsbrev 1995/96**

Att signalerna är olika och otydliga i samverkanshänseende framgår av följande redovisning av Socialstyrelsens, Arbetsmarknadsverkets och Socialförsäkringsadministrationens övergripande mål.

#### *Socialstyrelsen*

Att verka för en god hälsa och social välfärd samt omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen skall bidra till dessa mål genom att bedriva tillsyn, uppföljning, utvärdering och kunskapsförmedling inom hälso- och sjukvården, miljö- och hälsoskyddet och socialtjänsten.

#### *Arbetsmarknadsverket*

- Utnyttja platsförmedlingens möjligheter till fullo.
- De långtidsarbetslösa och de utsatta grupperna skall prioriteras, rundgången brytas.
- Mobilisera de arbetslösa genom kompetensuppbyggnad och ökade krav på aktivt arbetssökande.
- Jämställdheten på arbetsmarknaden skall öka.
- Medelsanvändningen skall effektiviseras.

#### *Socialförsäkringsadministrationen*

Att aktivt

- administrera och verka för en allmän socialförsäkring som ger ekonomisk trygghet vid sjukdom, handikapp, ålderdom och vård av barn,

- verka för att förebygga och minska ohälsa samt genom att offensivt arbeta med och samordna rehabiliteringen bidra till att ge sjuka och funktionshindrade personer möjlighet att åter kunna arbeta,
- säkerställa likformighet och kvalitet i handläggningen av försäkrings- och bidragsärenden.

## Gemensamma mål och redovisningskrav

Som vi ser det är det nödvändigt att regering och riksdag formulerar gemensamma mål på den övergripande nivån, dvs. regleringsbrev till myndigheterna skall innehålla både myndighetsspecifika och myndighetsgemensamma mål, uppdrag, och redovisningskrav.

Detta synsätt ligger väl i linje med tankegången bakom den nya budgetprocessen och övergången till utgiftsramar för utgiftsområden. Det är fullt rimligt att fastställa mål för ett visst utgiftsområde som samtidigt bör gälla för flera myndigheter.

Efter det att regering och riksdag har formulerat gemensamma mål bör det ankomma på berörda myndigheter att utarbeta en plan för hur detta skall genomföras så att de gemensamma målen genomsyrar hela verksamheten ända ut i kapillärena.

Vi anser att gemensamma verksamhets- och handlingsplaner på central myndighets- och på regionnivå behöver upprättas liksom program för gemensam utbildning.

Vi vet av erfarenhet från kartläggningen att just gemensamma utbildningsaktiviteter är en utmärkt metod för att få till stånd ökad kunskap om och respekt för varandras kompetensområden. Gemensam utbildning underlättar en gemensam utveckling.

När gemensamma mål formuleras ska det samtidigt innebära att det ställs krav på samordnad resultatredovisning. Därmed kommer behovet av sektorsövergripande information att öka och intresset för gemensamma kunskapsbaser att växa.

Redan i dag är det problem för de som samverkar att kunna redovisa sina gemensamma kostnader. Datalagstiftningen sätter i dag hinder i vägen för vilka som får tillgång till t.ex arbetsförmedlingens databas. Denna typ av hinder som försvårar informationsutbyte på en aggregerad nivå bör undersökas vidare. Här kan det finnas en målkonflikt mellan integritetshänsyn och effektiv rehabilitering som behöver klaras ut.

Det är också angeläget att nationella "arenor" för dialog och erfarenhetsutbyte skapas. Uppföljning och utvärdering måste ges hög prioritet för mål- och resultatstyrd rehabiliteringsverksamhet.

## Utvärdering av samverkan

Samverkansinsatserna måste följas upp och utvärderas. Vår kartläggning visar att det är sällan som uppföljningsaspekterna eller formen för resultatredovisningen har diskuterats vid planeringen av projektet. Instrumenten för uppföljning och resultatmätning är få och trubbiga.

Projektens dokumentationer och resultatredovisningar måste ha en sådan kvalitet att det är möjligt för beställaren, uppdragsgivaren att bedöma om uppdraget har utförts till belåtenhet och om inte vad det i så fall kan bero på. Resultatredovisningen kan vara en utgångspunkt för diskussioner om uppdraget behöver modifieras eller preciseras i något avseende inför den fortsatta samverkan. Uppföljning och utvärdering är dessutom två mycket användbara verktyg för att ge personalen "kvitto" för utfört arbete.

Rent allmänt sett är det mödosamt och metodologiskt relativt komplicerat att studera de samhällsekonomiska effekterna av samverkansinsatser. Det ställer dels stora krav på kunskap om kvalitativa analysmetoder för att kunna bedöma effekterna av ett nytt arbetssätt, dels möjlighet att kunna studera undersökningsgruppen under flera år för att de långsiktiga effekterna ska kunna bedömas.

I några få fall har man i projekten i vår kartläggning valt att anlita oberoende konsulter eller forskare för att utvärdera projektet. Att knyta till sig kompetens på utvärderingsområdet är förstås bra men även detta kan ha sina nackdelar. Det är av stor betydelse att sådan utvärdering görs så att den integreras i verksamheten och ny kunskap därmed kan utvecklas inom projektet.

Med tanke på de senaste årens satsningar inom rehabiliteringsområdet är de samhällsekonomiska utvärderingarna av området förvånansvärt få. Det saknas till exempel vedertagna metoder och modeller för att göra samhällsekonomiska analyser inom rehabiliteringsområdet. Myndigheterna har här en viktig uppgift att utveckla och sprida framgångsrika metoder.

Ett första steg mot bättre uppföljning och utvärdering av samverkansprojekten är att dokumentationen förbättras så att det är möjligt att få reda på vilka resurser som avsatts och till vad de har använts.

## Slutsatser och förslag

Utredningens kartläggning tillsammans med tidigare utvärderingar visar att samverkan kan ge ett värdigare liv för människor som hamnat i utsatta situationer. Dessutom innebär det en effektivare resursanvändning och bidrar till att utveckla professionaliteten i berörda organisationer.

### ○ **Dokumentera och utvärdera resultat**

En fortsatt och intensifierad utvärdering av samverkansinsatser bör göras för att bättre dokumentera resultat samt för att utveckla och sprida framgångsrika metoder.

### ○ **Samverkansprojekt – permanent inslag i välfärdspolitiken**

Den samverkan i försöksprojekt som nu pågår på många håll bör övergå och utvidgas till att ingå i den ordinarie verksamheten i hela landet. Tvärsektoriell samverkan är nödvändigt för att effektivare få människor med sammansatta problem till egen försörjning.

En sådan försörjning kan åstadkommas helt, delvis eller inte lyckas alls. Även ett konstaterande att en egenförsörjning inte kan uppnås kan också vara ett bra resultat både för individen och samhället om den skett på grundval av en kartläggning med en helhetssyn och som då kan stoppa den rundgång som kan vara både förödmjukande och dyr.

### ○ **Olika är fint**

Samverkan på lokal nivå måste kunna ske på olika sätt och etableras utifrån de olika behov och förutsättningar som finns lokalt. Utgångspunkten är att de allra flesta medborgare med ett problem får den bästa servicen genom respektive sektorsorgan.

Målgruppen bör definieras utifrån den grupp runt 10-20 procent av de service/stödsökande som har sammansatta problem och som normalt hanteras av fler än en myndighet/förvaltning och där dessa aktörer inte anser att frågorna bäst löses sektorsvis.

### ○ **Samverkan som projekt**

Samverkan bygger på gemensamt ansvar. Det kräver ett annat arbetssätt än vad många är vana vid. Ett sätt att främja samverkan är att arbeta i projektform. Om projektformen väljs bör förutsättningarna från början vara så fasta att osäkerheten inte blir ett hinder i arbetet. Om tidsbegränsning väljs är det väsentligt att perioden blir så lång att det blir utrymme för att lära av sig själv inom tidsramen. Perioden bör då vara mellan fem till åtta år.

### ○ **Utveckla professionaliteten**

Det är viktigt att skilja på samverkan för att samordna kartläggning, göra handlingsprogram, utnyttja och utveckla den professionalitet som finns hos ingående huvudmän från sådan som innebär att nya organisationer tar över "samverkan" från huvudmännen. Det senare riskerar att leda till att huvudmän köper sig fria från sitt ansvar, att ytterligare en aktör tillkommer som försvårar en reell samverkan. Att de utvecklar en "tvärssektoriell" professionalitet som ändå blir för smal och sist men inte minst hindrar att professionaliteten breddas inom sektorsorganisationerna.

Det behövs en mångfald bland de aktörer som är genomförare. Men själva samverkan måste göras av dem som har ansvaret och resurserna.

### ○ **I samverkan räcker resurserna längre**

Det behövs inte i första hand ytterligare resurser till området. En ökad och bättre samverkan innebär att mer kan fås ut av varje satsad krona.

Under en tid skulle övergången till ett nytt arbetssätt, med högre grad av integrering kunna påskyndas av ett tidsbegränsat stimulansbidrag. Ett sådant bör kunna omfördelas inom de anslagsmedel som nu är avsatta för sektorsinsatser inom området.

Behovet av samverkan är väl kända av kunder och handläggare på lokal nivå. Men det är ändå av stor betydelse att uppdraget är starkt och tydligt både nerifrån och uppifrån.

### ○ **Gemensamma mål och redovisningskrav**

Riksdag och regering bör vara tydliga i sina uppdrag till myndigheterna så att varje berörd myndighet/förvaltning genomsyras av att på varje nivå ta sitt ansvar för verksamhetsplanering och genomförande av samverkan för den berörda målgruppen.

Uppdraget bör göras likalydande för de berörda myndigheterna. Resultatuppföljningen bör ske gemensamt.

Vartefter erfarenheter vinnas bör regelsystem, anslagsstrukturer och möjligheter till ytterligare decentraliseringar prövas och genomföras för att underlätta och legitimera den lokala samverkan

### ○ **Krav på könsperspektiv**

En fortsatt och permanentad lokal samverkan blir effektivare om ett genomtänkt könsperspektiv vävs in i verksamheterna. Det innebär att hänsyn tas till att kvinnor och män ofta är både lika och olika. Att kvinnor och män ofta har olika livserfarenheter och olika villkor och attityder i t.ex. arbetslivet.

Könsperspektiv innebär att olikheterna bejakas och att kunskaperna om detta används för att anpassa verksamheten och åtgärderna så att både kvinnor och män på ett likvärdigt sätt kan rehabiliteras tillbaka till egen försörjning.

I uppdragen till de samverkande myndigheterna/förvaltningarna bör kravet på att ett könsperspektiv ska präglade arbetet särskilt framgå. I utbildningar och exempelspridning bör könsperspektivet ges särskilt utrymme.

### ○ **Gemensam ram i stället för gemensam påse**

Det finns risker i att blanda och ge från olika kassor, med olika syften och skilda finansierare. Det är inte nödvändigt med sammanslagningar av resurser som innebär att samverkansprojektet har förfogande över gemensamma medel för att kunna åstadkomma bra resultat.

Det går att komma långt med att medelsramar sätts upp inom respektive myndighet/förvaltning för användning i projektet. Besluten tas formellt inom respektive myndighet på förslag från projektet. Engagemanget i samverkan från varje myndighet ska borga för att beslut och åtgärd kommer vid rätt tidpunkt.

På sikt bör också övergången från regelstyrning till mål och resultatstyrning underlätta en friare medelsanvändning.

### ○ **Förstärkt arbetslinje och fler jobb**

För Egon Jönsson och andra medmänniskor som har hamnat i liknande situationer är det av särskilt stor betydelse att det finns lediga jobb att söka. En förbättrad arbetsmarknadssituation är det som betyder mest för om dessa människor skall få en möjlighet att kunna försörja sig själva. I konkurrensen om arbete hamnar de ofta



sist. En politik som ökar sysselsättningen och minskar arbetslösheten ökar rörligheten på arbetsmarknaden vilket ger större "inkilningsmöjligheter" för de som hamnat vid sidan om. En lägre arbetslöshet leder inte automatiskt till att just dessa får jobb men förutsättningarna ökar avsevärt och de realistiska målen kan sättas högre.

En fortsatt arbetslinje kombinerad med en effektivare lokal samverkan ger i alla sysselsättningssituationer ett bättre resultat än utan samverkan.

---

## Del IV

Even if we are 'cases', our troubles are troubles only if they fall within the bureaucracy's predefined 'cases' of trouble.

(Ralph Hummel)

### Samverkan inom rehabiliteringsområdet – att korsa byråkratins gränser

Rafael Lindqvist & Owe Grape

#### Inledning

En grundbult i den svenska välfärdsstatens konstruktion är att social service, tjänster och ekonomiska bidrag ska omfatta hela befolkningen och ges på ett likformigt och rättssäkert sätt. Till grund för detta ligger en generell sociallagstiftning som ska tillämpas av personal vid en rad myndigheter och institutioner. För de allra flesta är detta också en ordning som fungerar väl; bidrag utgår i olika risksituationer med rätt belopp och vård och social service ges utan alltför skriande orättvisor. Men när medborgarnas problem och behov framstår som sammansatta och mångfacetterade räcker denna sektorsbaserade myndighetstradition inte riktigt till. Många människor riskerar att falla igenom skydds nätet och att hamna i en gråzon där ingen myndighet riktigt tar sig an honom eller henne – eller så blir individen skickad mellan de olika instanserna. Då uppstår ett behov av att överbygga välfärdsprogrammets byråkratiska gränser. Ett aktuellt exempel är personer som har diffusa och långvariga

sjukdomsbesvär, en arbetsförmåga som är svår att bedöma och som kanske dessutom har svårigheter att försörja sig till följd av de nedskärningar som gjorts i bidragssystemen. För att olika sociala myndigheter ska kunna hjälpa dessa personer förutsätts att de har självkänsla och är motiverade till rehabilitering, att de kan formulera sina krav och behov på ett distinkt sätt – och inte minst att de har kunskap om vilka möjligheter som erbjuds i den sociala labyrint som välfärdspolitiken utgör. Det är mot den bakgrunden som integration och samordning av olika sociala myndigheters verksamhet har blivit en viktig fråga; termer som samverkan, samarbete och samsyn dyker alltmer upp i samhällsdebatten som en indikation på att myndigheterna inte fungerar tillräckligt effektivt och på att grupper av medborgare inte får del av välfärden som det var tänkt. Det är i mötet med klienten, den försäkrade, kunden som sanningens ögonblick inträffar för välfärdsstatens institutioner, dess tjänstemän, professionella och klienter. Det är också därför som samarbete och integration framförallt diskuterats som en strategi att användas för att uppnå ökad flexibilitet och situationsanpassning i välfärdspolitiken.

I denna bilaga ska vi utifrån ett antal sektorsövergripande samverkansprojekt för rehabilitering av utsatta grupper försöka illustrera vilka möjligheter och dilemman som dessa projekt ställts inför.<sup>1</sup> Varför startades de och hur gick det sen? I vilken utsträckning kan man förnya välfärdspolitiken inom detta fält utifrån de erfarenheter som gjorts?

## Från myndighetstradition till välfärdsbyråkrati till...

Det är framförallt de generella sociala rättigheterna inom socialförsäkringssystemen och den utbyggda hälso- och sjukvården och sociala servicen som brukar uppmärksammas när internationella forskare studerar svensk välfärdspolitik (se t ex Mishra 1990; Ginsburg 1992). En betydligt mindre uppmärksammad sida är att den svenska modellen också konstruerats i syfte att främja produktionen och att verka i preventivt syfte. Den generella karaktären

<sup>1</sup> Vi har genomfört intervjuer med 2-3 personer inom 14 olika projekt och dessutom tagit del av skriftligt material i form av programförklaringar, informationsbroschyrer och utvärderingsmaterial.

och modellens anspråk på likformighet i tillämpningen (när det gäller stora delar av bidragsutbetalningen och även levererandet av social service) medförde att en *byråkratisk förvaltningsform* sågs som lämplig. Socialförsäkringarna byråkratiserades från mitten av femtiotalet när flera av de olika programmen samordnades inom ramen för ett relativt enhetligt och obligatoriskt system (Lindqvist 1990). Och den hierarkiska strukturen inom vården har än längre anor (Gustafsson 1989). Även inom socialtjänsten finns en gammal myndighetstradition som innebär en strikt prövning av klienternas bidragsbehov.

Med byråkrati menar vi här en förvaltningsform som bygger på i förväg fastställda regler, en hierarki av över- och underordnade positioner med ordergivning uppifrån, där tjänstemännen har fasta avgränsade kompetensområden och där arbetet (ärendehandläggningen) sker av förvaltningsutbildad personal. Modellen stämmer relativt väl överens med den modell som sociologen Max Weber lanserade i början av seklet (Weber, svensk upplaga 1987). Vi kan känna igen många centrala verk som t ex riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen (och dessas regionala organ) i denna modell, låt vara att arbetet inte alltid till fullo följt de ovannämnda principerna. Modellen fungerade relativt väl när staten hade hand om ett begränsat fält. Men när välfärdsstaten fick i uppgift att lösa en rad behov inom t ex bostadsförsörjning, arbetsmarknad, hälso- och sjukvård, social service, inkomsttrygghet etc räckte denna klassiska byråkratiska förvaltningsmodell inte längre till. Samhällsstyrningen måste delvis ske i andra former. Denna tendens uppmärksammades allt mer, i den takt som välfärdspolitiken byggdes ut (Heckscher 1952, Vinde 1968, Rothstein 1986). Vid sidan om byråkrater kom professionella och *experter* av olika slag att få en nyckelroll i utvecklingen av välfärdspolitiken (Myrdal & Myrdal 1934); i sin egenskap av sociala ingenjörer skulle de utreda och utveckla vitala delar av socialpolitiken som t ex vård, utbildning, social service och så småningom arbetsrehabilitering. Dessa fick vid sidan om byråkratins förvaltningstjänstemän en viktig roll när det gäller att tillgodose det svenska välfärdprojektets tre funktioner: samhällsekonomisk produktivitet, generell social välfärd samt expertmässighet och rationalitet i välfärdspolitikens tillämpning.

När staten och kommunerna ska tillgodose allt fler sociala behov och lösa allt fler problem förändras även formerna för kontakten med medborgarna. *Välfärdsbyråkratin* kan ses som den organisa-

tionsform som avlöst den klassiska byråkratin (Lipsky 1980, Billis 1984). Velfärdsbyråkratin kännetecknas av att den inte bara ska tolka och tillämpa normerande föreskrifter utan också finna lösningar till sociala problem. Flexibilitet, samordning, planering, skönmässiga avgöranden blir viktiga honnörsord. I stället för detaljregler införs ramlagar som i huvudsak förmedlar beslutsfattarnas intentioner till de instanser som ska förverkliga dessa, samtidigt som dessa senare tillåts att fastställa tillämpningsföreskrifter av olika slag (Esping 1994).

Gräsrotsbyråkrater (street-level bureaucrats) brukar de tjänstemän som kommer i kontakt med klienterna kallas. De har en betydelsefull ställning i förvaltningen eftersom de ger reformerna konkret innehåll. Dilemmat för dessa tjänstemän är att de förväntas ge klienterna både en adekvat service och hjälp samtidigt som detta måste ske enligt de regler, rutiner och procedurer som gäller för organisationen. Det ökade utrymmet för egna bedömningar parat med en stark betoning på att tillgodose kundens intressen skiljer velfärdsbyråkraten från den traditionelle ämbetsmannen. Samtidigt måste vi hålla i minnet att velfärdsbyråkratins logik är att omvandla individer till "fall" och "ärenden"; individen blir den försäkrade, den arbetsökande, klienten, patienten etc. Velfärdsstatens institutioner behandlar sällan, om någonsin, hela individen.

## Klientrelaterat arbete – organisatoriska ramar

För att kunna förstå vilka möjligheter och begränsningar gräsrotsbyråkraterna har i sitt arbete ska vi beskriva några av de strukturella villkor som vi uppfattar som betydelsefulla för hur klienterna hanteras inom velfärdsbyråkratin. Följande dimensioner: regelbundenhet, specialiseringsgrad, tid per ärende, intresseorientering och avstånd till klienten uppfattar vi som viktiga ramar för klientrelaterat arbete. Vi har hämtat dimensionerna från Roine Johanssons avhandling, *Vid byråkratins gränser* (1992:62ff). Ramen medger stora variationsmöjligheter. De samverkansprojekt vi studerar kan ses som försök att vidga dessa ramar och korsa byråkratins nämnda gränser.

## Regelbundenhet

Regelbundenheten är den mest grundläggande dimensionen för välfärdsbyråkratin. Den anger i vilken grad arbetet är styrt av detaljerade regler och i vilken mån man kan frångå dessa regler. Det är med hjälp av regler som byråkratin drar upp sina inre gränser; de anger nämligen vilka grundkrav som en person måste uppfylla för att bli bedömd som "klient", "försäkrad", "arbetsökande", "socialbidragsberättigad" etc.

Regelbundenheten har två aspekter: den ena har att göra med om reglerna är detaljerade eller om de är ramlagar. Den andra har att göra med om tillämpningen förutsätts vara bokstavstrogen eller tillåts vara flexibel. En regelbundenhet baserad på detaljregler som tolkas strikt har ofta setts som en förutsättning för likformig behandling och för klienternas rättsäkerhet. Det blir med en sådant förfaringssätt svårt att situationsanpassa tillämpningen, särskilt om klientens problem är komplexa. Undantag låter sig ej göras och handläggaren kan ta skydd bakom reglerna. Ju mer ramlagar och flexibel tillämpning – desto mindre möjligheter att ta skydd bakom regler. Ett exempel: Rätten till sjukpenning (men inte beloppets storlek) kännetecknades under lång tid av ramstyrning och flexibel tillämpning. Vad som skulle betraktas som sjukdom ankom på läkarkåren att bedöma och sjukdomsbegreppets omfång tilläts följa dels den medicinska kunskapens utveckling, dels värderingsförändringar i samhället och i hög grad patientens egen upplevelse av sjukdomsbesvär. Sedan oktober 1995 har emellertid denna ramstyrning och flexibilitet inskränkts genom att sjukskrivning på grund av sociala och arbetsmarknadsskäl inte accepteras. Det krävs mer av objektiva fynd och samtidigt krävs precisering av i vilken mån och hur arbetsförmågan är nedsatt. Själva utbetalningen av sjukersättning kan emellertid karaktäriseras som detaljreglerad och strikt; om vissa i reglerna angivna rekvisit uppfylls – så utgår ett belopp av viss storlek.

Ett problem i sammanhanget är att organisationer som arbetar med näraliggande verksamheter inte har koordinerat sina regler eller tillämpningsrutiner. I princip kan man, som Johansson (1992:64) påpekar, tänka sig att organisationerna har samma eller liknande regler för situationer som av medborgarna upplevs som olika – eller att organisationer har olika regler och tillämpningar för situationer som av klienten upplevs som likartade. Ett exempel på det förra skulle kunna vara att flera myndigheter har regler som kräver att

bidragsmottagaren ska stå till arbetsmarknadens förfogande, aktivt söka arbete, vara anmäld på arbetsförmedlingen (och kunna dokumentera detta) oavsett skälet till bidragsbehovet. Ett exempel på det senare är när försäkringskassan och AMI, beroende på att de har olika infallsvinklar, gör olika bedömningar om en långtidssjuk-skrivens arbetsförmåga. Medan arbetsförmåga för försäkringskassan är relaterat till de funktionshinder som den aktuella sjukdomen medför, är arbetsförmåga för arbetsmarknadsmyndigheterna relaterat till tillgången på arbeten på (den lokala) arbetsmarknaden. Att regelbundenheten ter sig olika för skilda myndigheter kan bli förvirrande för klienten.

### **Specialiseringsgrad**

Specialiseringsgrad är den andra dimensionen. Hur snävt en välfärdsbyråkrati specialiserar sin verksamhet visavi klienten beror på typen av arbetsuppgifter: vilka klientgrupper man har och hur gruppen är sammansatt. Snäv specialisering underlättar ärendehandläggning. Ofta kan handläggningen standardiseras och rutiniseras genom att man bortser från ovidkommande saker. Behovet av gränsöverskridande aktiviteter blir då inte heller särskilt stort. Förutsättningen är emellertid att klienterna är homogena – att problemen är likartade och låter sig pressas in i de administrativa kategorier som organisationen utformat. Om en stor andel av ärendena är udda och problemen mångfacetterade kan de inte hanteras med hjälp av standardrutiner. Då uppstår problem i spåren på en snäv specialisering. Klienterna hamnar lätt i en rundgång och många hör inte hemma någonstans utan förpassas in i en gråzon.

Bidragshanteringen följer i stor utsträckning en snäv och specialiserad handläggning. Vilken organisation som handlägger beror på orsaken till att man inte jobbar (sjukdom, arbetslöshet etc) och storleken på bidragsbeloppen avgörs av ens tidigare prestationer i arbetslivet eller – om det gäller socialbidrag, försörjningsbörda och skälig levnadsnivå. Om försörjningsaspekten låter sig utredas med hjälp av snäv specialisering, så förhåller det sig annorledes med rehabiliteringen. Klienterna har ofta problem som är komplicerade och svåra att utreda och bedöma och det råder osäkerhet om viss åtgärd leder till förväntat resultat. I stället för begränsade aspekter måste ett flertal omständigheter beaktas. Svårigheten är att inom en och samma organisation konstruera administrativa kategorier som

både klarar att hantera merparten av normala enkla fall och ett mindre antal komplicerade exceptionella fall.

### Tid per ärende

Sett från handläggarens synvinkel går välfärdsbyråkratins verksamhet ut på att hantera en ström av klienter. Ett visst antal klienter ska klaras av på bestämd tidsrymd och tidspressen påverkar handlingsutrymmet. Stark specialisering är en tillgång härvidlag. Genom att informationsbehovet är begränsat kan rutiner för snabb handläggning och formaliserade klientkontakter skapas. Om informationsbehovet är stort och relationen mellan klient – handläggare kräver en personlig ansikte-mot-ansikte kontakt kan man inte förvänta sig lika många ärenden per tidsenhet. Det är emellertid arbetsuppgifternas art som avgör hur många ärenden som kan hanteras per tidsenhet och om ärendena måste handläggas omedelbart. Johansson (1992:73-74) gör en jämförelse mellan försäkringskassans och arbetsförmedlingens verksamhet för att illustrera hur olika villkoren kan vara för olika organisationer. Inom försäkringskassans område är många arbetsuppgifter av den karaktären att utbetalning av ersättning måste ske i stort sett omedelbart: folk måste få sina pengar. Rätten till ersättning är i normalfallet inte svår att avgöra och ersättningen är viktig ur försörjningssynpunkt. En stor del av personalen måste därför avdelas för den typen av arbetsuppgifter.

Arbetsförmedlingens uppgifter däremot låter sig inte standardiseras på samma sätt trots att där också förekommer många ärenden. Tjänstemannens eget omdöme ges på grund av arbetsuppgifternas karaktär större spelrum. Hur arbetsökande matchas med lediga platser kan därför inte kontrolleras av klienten. Dessutom ligger det avgörande beslutet att anställa hos arbetsgivaren. Detta betyder också att arbetsförmedlare har större möjligheter att prioritera mellan olika ärenden utan att bli kritiserad av de som inte anvisas arbete. En buffert som arbetsförmedlingen kan tänkas använda sig av är att förlänga tiden mellan de obligatoriska återbesök som krävs för att få kontantunderstöd. Att ha hand om många ärenden betyder alltså olika saker hos olika välfärdsbyråkratier; för dem som har största kraven på sig att handlägga ärenden snabbt blir behovet av buffert för att reglera inflödet av ärenden också mer akut. Problemet inom försäkringskassorna att föra över personalresurser från sjukfallshantering till rehabilitering har sin grund i att klienterna



kräver omedelbar handläggning; rehabilitering blir då lätt en buffert för att kunna klara de omedelbara arbetsuppgifterna.

### **Intresseorientering (service visavi kontroll)**

De flesta välfärdsbyråkratier har till uppgift att ge både service i vid bemärkelse och att utöva kontroll. Samtidigt som myndigheten ska förmedla lediga platser, initiera rehabiliteringsinsatser eller betala ut socialbidrag måste den också kontrollera att klienten uppfyller för myndigheten relevanta formella krav. Myndigheterna har således ofta en dubbel roll gentemot klienten – en dubbelhet som blir tydligare ju mer framträdande kontrollinslagen är och desto fler sanktionsmedel som är knutna till kontrollens genomförande. Kontrollen spelar en viktig roll för vem som ska betraktas som ”riktig” klient och sektoriseringens fortlevnad bygger på att denna kontroll vidmakthålls. Skärpan och grundligheten i denna kontroll kan variera från tid till annan och betoningen på kontroll respektive service kan också variera mellan olika välfärdsbyråkratier.

Under åttiotalet blev t ex kontrollen inom sjukförsäkringen mindre betydelsefull på bekostnad av en utpräglad ”serviceanda” som tilläts bygga på ”sunt förnuft” och ”regelförenklingar”, medan motvarande kontroll nu skärpts avsevärt: dels pga av att en förstärkt arbetsetik och strängare arbetsmoral lanserats som ett viktigt inslag i den s k arbetslinjen, dels pga av regelförändringar om stramare sjukdomsbegrepp. Inom socialtjänsten har kravet på att söka arbete och att ställa upp på sådant arbete eller sysselsättning som kommunen själv kan erbjuda också betonats som en viktig förutsättning för att erhålla socialbidrag. Inom arbetsförmedlingen kretsar den klassiska kontrollfunktionen kring behovet att urskilja de som inte vill ha arbete från dem som inte kan få arbete. Den senare kategorien är legitima mottagare av arbetslöhetsunderstöd. I ett längre perspektiv är det för varje organisation fundamentalt att avgränsa de klienter som hör till ens eget fält från de som inte hör dit. Gränserna får inte överskridas hur som helst. Klienter med multiproblem ställer till problem här genom att det ofta är oklart vilken service och hjälp som i första hand behövs och vilka villkor som ska kontrolleras. Ur statens synpunkt handlar det om att de flesta bidragssystem måste ha en inbyggd mekanism för att urskilja de värdiga och behövande från de icke-värdiga, dvs de som antas kunna klara sig på egen hand (Lindqvist & Marklund 1995: 31 ff).

## Avstånd i tid och rum

Denna dimension handlar om hur ofta man träffar klienten och i vilket rumsligt sammanhang (ansikte mot ansikte, telefon, korrespondens). Om distansen är stor försvåras möjligheterna att inhämta varierad information. Kontakterna mellan handläggare och klient blir ytliga, begränsade och avpersonifierade. Förmodligen är det lättare att ge negativa besked eller att inte göra något alls om distansen är lång. Den andra aspekten av avstånd är kontaktens varaktighet – hur ofta och länge man träffas. Om klienten och handläggaren har många, täta och långvariga kontakter kommer klienten mer att betraktas som en person och mindre som ett ”fall”. Att detta är viktigt sett ur klientens synvinkel illustreras av de ständigt återkommande kraven på kontinuitet i vården, att ha samma handläggare, case-management etc. Beprövade metoder att minska detta avstånd är att flytta ut arbetsförmedlare och försäkringskassehandläggare till företag i samband med nedläggningar, omstrukturering – eller att placera kuratorer på vårdcentraler etc. Avståndet mellan klient och handläggare antas därmed krympa. Ett annat sätt är att ha myndighetens verksamhet indelad efter bransch eller företagstyp (vilket arbetsförmedlingar och rehabiliterare inom försäkringskassor har) eller att låta geografisk indelning som t ex en vårdcentralis upptagningsområde styra vem som handlägger rehabiliteringsärenden.

Genom nära och varaktiga kontakter ökar möjligheterna att ge en situationsanpassad service. Detta är viktigt när klientens problem är komplicerade och när man inte vet vilka åtgärder som leder till önskvärt resultat. Närheten kan då inte undvaras om flexibilitet och situationsanpassning är målet. Men priset för detta är ökad tidsåtgång och i förlängningen mer personal vilket kan vara ett problem för organisationer med en stor mängd ärenden som kräver snabb handläggning.

Det är det organisatoriska sammanhanget som gör relationen klient – handläggare speciell. Denna relation skiljer sig från normala sociala relationer genom att organisationen med hjälp av sina regler och administrativa kategorier konstruerar ramar i vilka individerna måste passa in. När de gör det blir individerna samtidigt klienter och kan hanteras av organisationen (Hummel 1982). Hur detta konkret görs bestäms av klienternas och arbetsuppgifternas karaktär och hur de olika dimensionerna begränsar och möjliggör tjänstemännens handlande. De samverkansprojekt vi studerar här ska ses mot bak-

grund av de dimensioner som behandlats ovan. Projekten försöker på olika sätt skapa sig ett utrymme i det kraftfält som präglas av stark regelbundenhet (detaljreglerad verksamhet, strikt tillämpning); snäv specialisering som gör helhetssyn samverkan och gränsöverskridande svår; lite tid per ärende; och en servicekontroll mix som tycks föga effektiv. I vilken mån kan samverkansprojekt lösa dessa problem och vilka är möjligheterna till horisontell integration över sektorsgränserna?

## Horisontell integration genom samverkan

Begreppet integration syftar på i vilken utsträckning olika aktörers problembeskrivningar, insatser och åtgärder samt mål står i överensstämmelse med varandra. Om företrädare för olika organisationer beskriver problemen mycket olikartat, om separata och t o m motstridiga åtgärder vidtas och om målen i praktiken är olika kan vi tala om brist på integration. Det är bara meningsfullt att tala om integration när organisationerna förutsätts sträva mot samma mål. Reformintentionerna bakom den nya arbetslinjen och den intensifierade satsningen på arbetslivsinriktad rehabilitering av långtidssjuka förutsätter en sådan gemensam strävan, även om det i förarbetena inte framgår hur det ska gå till. Att integration ska kunna ske är inte heller självklart med tanke på att olika myndigheter och organisationer vuxit fram under olika historiska betingelser; vars och ens regelverk kan t ex vara uttryck för bakomliggande kompromisser mellan olika sociala krafter. En svårighet i sammanhanget är att bestämma sig för vilken grad av integration som är önskvärd. Sett ur organisationens synvinkel finns det ofta fördelar med att bedriva verksamheter sektoriellt. Därtill kommer också problemet att integration av en myndighets verksamhet med en annans har sitt pris i form av tid, ekonomiska och personella resurser. Fördelarna är vanligtvis inte lika lätta att se.

Det är framförallt den vertikala integrationen inom avgränsade organisatoriska fält som tilldragit sig forskarnas uppmärksamhet: hur styrningsmekanismer, befogenheter, informationsflöde ska hanteras inom organisationen så att arbetsuppgifter på olika nivåer kan utföras smidigt. Det är också där som den byråkratiska förvaltningsformen har sina förtjänster genom sin betoning på styrning uppifrån medelst formella regler, hierarki, avgränsade kompetensområden och specialiserad personal. Byråkratin omvand-

lar socialt handlande till rationellt organiserat handlande; den är därför ett formidabelt instrument för styrning och kontroll inom avgränsade sektorer. Den kommer emellertid till korta när det gäller den horisontella integrationen, som handlar om i vilken utsträckning aktörer på samma nivå men inom olika organisationer utför prestationer som är kompatibla. Denna senare typ av integration går ju bortom den traditionella myndighetens domäner genom att den förutsätter att man har en gemensam målsättning med andra aktörer, samverkar om ekonomiska medel och andra resurser och tillsammans följer upp och utvärderar de gemensamma insatserna. Den horisontella integrationen handlar i hög grad om hur handläggare uppfattar sina arbetsuppgifter och de villkor och organisatoriska förutsättningar som finns för att utföra arbetsuppgifterna. Det sätt på vilket dessa tjänstemän definierar sitt arbete och hur de försöker lösa sina uppgifter avgör tillsammans med de uppifrån givna ramarna och procedurerna graden av horisontell integration.

Ett sätt att sträva mot horisontell integration är att bilda *informella grupper* mellan företrädare för flera organisationer (Hvinden 1994:8). Förtjänsten skulle då kunna vara att detta ger en extra möjlighet att föra ut organisationens syn på vitala aspekter av verksamheten att skapa en gemensam problembeskrivning och samtrimmade hjälpinsatser. Informella grupper kan alltså stärka organisationens förmåga att hantera vissa problem. De flerpartssamtal mellan myndighetsföreträdare och klient som äger rum i mindre reha-grupper och som ersatt de större formella grupperna, kan kanske betraktas som informella grupper i denna mening. Men det är också välkänt att informella grupper kan, om de får stor utbredning och om de är tämligen slutna konstellationer, utgöra ”grus i maskineriet” när organisationer ska förändra inriktning och omorganisera sig.

Andra sätt är att ingå i *nätverk* – ett mönster av relationer som antingen är direkta eller indirekt sammankopplade med varandra. Gränserna för var ett nätverk börjar och slutar är, till skillnad från positionerna i en formell organisation, godtyckligt bestämda. Det kan inkludera medlemmar från den egna och andra organisationer och alla behöver inte samverka med varandra eller ens känna till alla andra i nätverket. Arbetsgivarringar där arbetsgivare under medverkan av myndighetsföreträdare upplåter träningsplatser åt varandras långtidssjukskrivna kan kanske ses som ett relevant exempel. Nätverkets karaktär och kapacitet avgörs av vilken organisatorisk hemvist de olika noderna (positionerna) i nätverket har. Deltagandet i ett nätverk kan inte betraktas som medlemskap på samma sätt som

tillhörigheten till en organisation. Anställning i en organisation gör förmodligen tjänstemännens handlande mer förutsägbart än deltagandet i ett nätverk. Nätverk behöver inte innebära horisontell integration – i synnerhet inte om det är fråga om glesa nätverk.

En tredje möjlighet är att ingå i olika *koalitioner* med externa parter. Till skillnad från informella grupper behöver inte alla berörda myndigheter vara representerade med var sin företrädare. Det handlar ofta om tillfälliga allianser mellan aktörer med olika inriktning på sin verksamhet kring ett bestämt uppdrag. Uppdragets karaktär avgör vem som deltar i koalitionen. Kompromisser och förhandlingar mellan arbetsgivare och försäkringskassor om vem som ska betala rehabiliteringsinsatser kan ses som exempel på koalitioner. De samverkansprojekt vi studerat innehåller alla, i varierande grad, inslag av informella grupper, nätverk och koalitioner. Men många går längre och har utvecklat en mer formaliserad samverkan över sektorsgränserna.

För att kunna utveckla en sådan horisontell integration och samverkan anses tre faktorer vara viktiga (Hvinden 1994:10). Den första rör i vilken utsträckning *ömsesidig medvetenhet* föreligger om givna problem. När det gäller organisationer som är något så när överskådliga gynnas horisontell organisation ofta av fysisk närhet mellan handläggarna och om det finns möjlighet till personliga kontakter öga-mot-öga.

För det andra underlättas horisontell integration av om det råder *samsyn* mellan aktörerna *beträffande mål*. Detta beror i sin tur på om det finns en ömsesidig medvetenhet om problemen. Samsyn beträffande mål är dock inte en tillräcklig förutsättning. Organisationer kan ha samma syn på hur målen ska uppnås, men tvingas konkurrera om samma resurser inom ramen för ett noll-summespel. I sådana fall kan man räkna med att horisontell integration försvåras. Det viktiga är hur specifika mål inom olika organisationer kan inordnas i mer generella policymål. Detta är inte möjligt utan stöd från organisationens ledning.

För det tredje underlättas horisontell integration om det finns ett *ömsesidigt beroende* mellan aktörer som har olika funktioner inom en större helhet. Den egna organisationen blir beroende av den andra för att fullgöra sina ordinarie arbetsuppgifter. Här gäller det snarare att dra nytta av organisationers olikheter: att kunna använda skilda kompetenser till samma långsiktiga ändamål. I princip kan man tänka sig att integrationen här sker genom att man antingen arbetar

tillsammans i konkret mening eller att man utbyter resurser med varandra.

Den förstnämnda faktorn, ömsesidig medvetenhet om problemen är den mest grundläggande förutsättningen. Tillsammans med en av de övriga två räcker den långt för att åstadkomma horisontell integration. Samsyn beträffande mål är fundamental i den meningen att den utgör en förutsättning för integration inom respektive organisation – alla medarbetarna förutsätts ju ”dra åt samma håll”. Medan ömsesidigt beroende är desto viktigare för integrationen mellan organisationer.

## Samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet – hinder och möjligheter

Samverkan inom de olika projekt vi behandlar här sker i olika former och med olika ambition. Vi ska fortsättningsvis inordna projekten längs två dimensioner. Den ena gäller graden av horisontell integration och den andra gäller huruvida projektet omfattar en bred eller snäv målgrupp. Om projektet är ett exempel på långtgående horisontell integration finns bland de myndigheter och aktörer som medverkar en relativt stor ömsesidig medvetenhet om att man har gemensamma problem; det råder en hög grad av samsyn angående målen och i förlängningen av detta också om medlen – och det finns ett ömsesidigt beroende mellan de medverkande aktörerna.

Dimensionen, målgruppens omfattning och bredd är viktig eftersom den ger viktig information om arbetsuppgifternas karaktär. De olika projekten riktar sig emellertid till skilda målgrupper; vissa projekt omfattar breda målgrupper som långtidssjuka, arbetslösa, socialbidragstagare m fl – medan andra projekt är betydligt snävare i sin inriktning och omfattar t ex missbrukare i ålderna 20-30 år eller psykiskt störda personer. Detta ger oss fyra kategorier av projekt som ställs inför olika svårigheter och möjligheter. De fyra typerna är:

- A. *Långtgående horisontell integration – bred målgrupp.*
- B. *Långtgående horisontell integration – snäv målgrupp.*
- C. *Begränsad horisontell integration – bred målgrupp.*
- D. *Begränsad horisontell integration – snäv målgrupp.*

### **Långtgående samverkan – bred målgrupp (Projekttyp A)**

I denna typ av projekt samverkar ett flertal aktörer (AF, AMI, socialtjänsten och försäkringskassan) om breda målgrupper. Målgrupperna kan vara långtidssjuka, arbetslösa, klienter med sociala problem, lättare missbruk och försörjningssvårigheter. I flera projekt som vi hänfört till denna kategori utgörs målgruppen av personer som tidigare haft någon form av arbetslivsanknytning. Tunga missbrukare och personer som har behov av medicinsk behandling får inte vara med. Arbetsuppgifterna blir då alltför varierande och det blir många exceptionella fall. Klienterna måste vara motiverade för att få vara med. Den grundidé som ofta ligger bakom är att aktörerna upplevt ett behov av att samverka om klientgrupper som är aktuella hos flera myndigheter. Dessa grupper tar mycket tid i anspråk, de hittills uppnådda resultaten anses magra och myndigheterna har inte sällan olika uppfattning om vems ansvaret är att rehabilitera dessa grupper. Resurserna uppfattas också som splittrade på allt för många myndigheter och man upplever ett behov av ökad koncentration och samordning för att inte klienternas motivation ska försämrats. Ur dessa problem växer fram en ömsesidig medvetenhet om att man har gemensamma klienter med mångfacetterade problem. Ibland driver någon "eldsjäl" på, ibland sker det genom att handläggare uppmärksammar problemen.

Projektet i denna kategori visar att gemensamma mål kan utvecklas på olika sätt. Ibland genom en skriftlig viljeyttring som undertecknas av representanter för de olika myndigheter där man preciserar målen men också vilken som ska tillskjuta resurser och hur stora (t ex Källan aktivitetscenter, Osby; Växthuset Kristianstad) Ibland utvecklas målsättningarna också genom att personalgruppen deltar i en bred diskussion om policy och metoder. Och ibland har detta arbete resulterat i en metodhandbok där det närmare förklaras hur arbetet ska bedrivas med dem som som remitteras dit för arbetsprövning och träning (Arbetscentrum, Helsingborg). En vanlig svårighet när det gäller målsättningen med ett projekt är att man inte tagit ordentligt med tid på sig för att utveckla ett gemensamt perspektiv på sina målgrupper. Om målgruppen är bred är detta desto mer behövt. I ett projekt vars målgrupp var "klienter som var aktuella hos minst två av de myndigheter som ingick i projektet och som var arbetslösa eller hade svag förankring på arbetsmarknaden pga medicinska och/eller psykosociala faktorer" ansåg man att målgruppen inte var tillräckligt tydligt definierad. Det uppkom

åsiiktsskillnader bland myndigheterna om vilka klienter som skulle få vara med i projektet och de som remitterades dit var inte de kategorier som projektpersonalen hade förväntat sig (Gottsunda-Fyren). I detta projekt blev starten mycket problematisk pga att personalen inte fick tillräckligt med tid för att trimma ihop sig och ta del av varandras perspektiv. Ett sätt att underlätta att gemensamma målsättningar kommer till stånd och vidmakthålls är att inrätta ledningsgrupper (med chefstjänstemän) eller styrgrupper med förtroendevalda politiker.

Gemensamma målsättningar underlättas således om arbetsmetoder kan utvecklas gemensamt. Ett vanligt inslag därvidlag är att rutiner utvecklas för inkludering av klienten i projektet. Vanligtvis inkommer en remiss vilken blir föremål för flerpartsdiskussion och därefter beslut om antagning. Fördelen är att alla aktörer i projektet får samma information om klienten; ärendehandläggningen behöver då inte baseras på snäv specialisering varför sektorsöverskridandet sker automatiskt. Det förekommer ibland flera formaliserade steg mellan inkludering och utslussning; alla med uppföljnings- och bedömningsmoment knutna till sig (Växthuset, Kristianstad).

De projekt vi här betecknar som långt komna vad gäller horisontell integration har gemensamma anläggningar, verkstäder eller lokaler där prövnings- och träningsaktiviteter äger rum. Eller åtminstone en gemensam arbetslokal för projektpersonalen, som kommer från olika myndigheter. Fördelen är korta avstånd i tid och rum: närhet och täta kontakter. Information och bakgrundsmaterial kan därigenom också bilda underlag för en ingående och sammanhållen prövning och träning av arbetsförmågan – men nackdelen är att relativt få fall kan behandlas, tidsåtgången per fall blir stor. Ett annat sätt att åstadkomma samverkan och integration är att utforma projektet som en relativt autonom beställare – utförarorganisation vars uppdragsgivare är en grupp intressenter (myndigheter) som också ansvarar för den övergripande styrningen. Från organisationen som har en projektledare som sammanhållande kraft och medicinsk och administrativ personal m fl kan beställningar göras av primärvården, försäkringskassan, arbetsgivare, arbetsförmedling och socialtjänsten. Förutsättningen är att det finns en rehabiliteringsplan med klar målsättning (Carpe Diem, Trollhättan). I detta nämnda projekt består utbudet främst av kurser inriktade på fysisk träning, kost, livstil, motivationshöjande insatser och "förrehabilitering". Även om organisationen fungerar självständigt anses det viktigt att klargöra vilken myndighet som har huvudansvaret för klienten.



Förtjänsten med projektet är att klienter från breda målgrupper kan kanaliseras in i en "förrehabilitering" och att man kan undvika många beslutsinstanser. Liknande erfarenheter finns från andra projekt (Beta-projektet, Kungsbacka) där beställare – utförarorganisationen inte får lämna ifrån sig ärenden, utan att något resultat erhållits, eftersom man är "sista instans".

Ett ömsesidigt beroende mellan myndigheter utövar ett tryck på att skapa en sammanhållen organisation för att övervinna samarbetshinder. De myndigheter som ingår i projekten har var för sig ett antal klienter i rehabiliteringsåtgärder för vilkas genomförande man är beroende av varandras assistans i olika faser. Man har delvis kommit ifrån de separata utredningar och hjälpinsatser som flera myndigheter gör var för sig utifrån begränsade aspekter av klientens problem. Ett generellt problem för de projekt som eftersträvar långtgående horisontell organisation är att respektive hemmamyndighet definierar sina klienter på olika sätt, vanligtvis utifrån orsaken till hjälpbehovet och den åtgärdsarsenal som finns att tillgå. Olika bidragsnivåer kan då skapa skillnader mellan olika klientgrupper inom projekten. De flesta projekt anser att mycket tid åt till att klara ut försörjningsfrågorna.

Medan service- och kontrollfunktionerna inom de reguljära myndigheterna inte sällan förekommer som separata aktiviteter och sker med hjälp av olika handläggare förekommer de integrerat i de flesta projekt vi haft kontakt med. Krav på uppträdande, uthållighet, närvaro prestationer och belöningar sammanvävs och innefattas i rehabiliteringsplanen. Ofta förutsätts att denna plan undertecknas av klienten (t ex Arbetscentrum, Helsingborg; Nacka samarbetsprojekt). Knuten till kontrollfunktionen är också sekretessen, vilken vanligtvis lösts genom att klienten samtyckt till att information vid behov får utbytas mellan de involverade aktörerna.

*Fördelar.* Rehabiliteringens första fasen har kommit igång som en sammanhållen verksamhet på ett smidigt sätt. Som handläggare för klienter med multiproblem behöver man ha kontakt med ett färre antal institutioner och myndighetspersoner. Kontakterna mellan respektive handläggare inom projektet är otvungna och frekventa och en samsyn på problem har kunnat åstadkommas. Utbildning i form av workshops, seminarier etc i samband med projektstarten uppfattas som ett bra (och nödvändigt) sätt att arbeta sig fram till ett gemensamt perspektiv på problem och mål. Det har gått att genomföra s k "förrehabilitering", i syfte att stärka självkänsla och motivation hos klienterna. Kvaliteten på både utredningar och

insatser har blivit bättre. Dessutom har projekten bidragit till att många klienter (som tidigare skickats runt i systemt) nu hamnat hos rätt myndighet. Projekten har också stimulerat handläggarna att tänka mer fritt; att låta tanke och handling korsa de inre gränser som välfärdsbyråkratierna drar upp.

*Nackdelar.* De negativa erfarenheter man gjort handlar i hög grad om att regelmässiga hinder finns kvar: olika bidragssystem har skilda kvalifikationskrav, olika ersättningsnivå och varaktighet. Mycket tid går åt till att klara ut vilket bidrag klienten ska försörja sig på. Ett hinder som följer av detta är att rehabiliteringen av försörjningsskäl ofta måste läggas upp i etapper om ett halvår i taget. Många åtgärder är i teorin starkt tidsbegränsade. Åtgärder och bidragsperioder måste arrangeras så att olika insatser hakar i varandra så att en längre tids rehabilitering (vilket det ofta är frågan om här) kan genomföras. Ibland har man upplevt en bristande symmetri mellan de olika aktörerna ifråga om maktresurser och kompetens. De projekt som inte fått med läkarkåren (vårdcentralen, öppenvårdspsykiatri etc) har fått svårigheter eftersom den medicinska kompetensen är avgörande för att hamna rätt i frågan om arbetsprövning/träning. Det är också viktigt att medicinsk kompetens finns representerad så att sjukskrivningsåtgärder inte ses som en exit-möjlighet på väg bort från rehabilitering när klienterna upplever att svårigheter börjar torna upp sig. En annan assymetri gäller tillgången på åtgärdsmedel: LAN/AF uppfattas här som en viktig part som det gäller att få med på noterna (vilket inte alltid lyckats) eftersom dessa förfogar över åtgärdsmedel för en rad insatser, beredskapsarbete, (halv)skyddad sysselsättning, ALU, AMU m m. De övriga aktörerna upplever därför att de kommer i en beroendeställning som är svår att acceptera. Överhuvudtaget så är ett stort problem att projekten inte lyckats hantera övergångsfasen mellan arbetsträning och eget arbete på ett sätt som överensstämmer med de förväntningar som byggs upp.

### **Långtgående samverkan – begränsad målgrupp (Projekttyp B)**

Här finns projekt som har långtgående horisontell integration men begränsad målgrupp t ex enbart missbrukare eller psykiskt störda. Att klientgruppen begränsats beror på att den kräver särskilda insatser. De klientgrupper det gäller är svårrehabiliterade i den meningen att det utöver arbetsmässiga funktionshinder förekommer

sociala anpassningsproblem, bostadsproblem, svårigheter att umgås med andra människor m m. Vad som krävs är en lång och obruten kedja av rehabiliteringsåtgärder med många medverkande parter. I ett projekt i denna kategori var målsättningen att ge "människor med psykiska handikapp en meningsfull sysselsättning" och om inte det framstod som realistiskt att ge målgruppen "högre livskvalitet" (Arbetsro, Eskilstuna). Bakgrunden till detta projekt var dels avvecklingen av ett stort psykiatriskt sjukhus i regionen vilket skapade ett stort behov av insatser i öppenvården, dels att Samhalls krav för anställning ansågs vara för höga för denna grupp klienter. I den långa kontinuerliga rehabiliteringen samverkar: socialtjänsten, landstinget/öppenvård psykiatri, AF, FK, Samhall samt intresseföreningar. Samverkan sker i en projektgrupp under sociala servicenämndens huvudmannaskap och de olika aktörerna bidrar med var sin del till projektets finansiering. Samverkan sker dessutom både på tjänstemannanivå och på chefsnivå.

De åtgärder som vidtas kan vara social träning eller arbetsförberedande träning. För dessa båda aktiviteter finns separata projekt och meningen är att klienten vid behov ska kunna gå emellan dessa olika delprojekt. De flesta personer som kommit till projektet har kommit via psykiatri eller socialtjänsten. Några har sökt sig dit på egen hand. Det finns också en uppsökande verksamhet som fungerar som rekryteringsväg. När någon börjar i projektet skrivs ett "arbetskontrakt" mellan projektledaren, klienten, den remitterande myndigheten samt arbetsgivare som ska sysselsätta klienten. För den fortsatta rehabiliteringen (social träning, arbetsträning) spelar arbetsledare en nyckelroll. Försörjningen för de flesta som deltar sker genom förtidspension eller socialbidrag. Man kan få ett extra påslag i form av aktivitetersättning. Samordnaren i projektet spelar en viktig roll när det gäller att skaffa arbetsplatser och sysselsättning. Denne förser också nästa nivå med information.

En iakttagelse man säger sig ha gjort i projektet är att klienternas självkänsla och livskvalitet ökat; motivationen har ökat genom den aktivitetersättning som finns att tillgå och många klienter vågar ta på sig svårare uppgifter. Man har lyckats nå fram till en någorlunda gemensam problemuppfattning och målsättning genom att ett stort antal personer från de medverkande myndigheterna gått en gemensam samverkansutbildning i form av cirklar och föreläsningar. I de avseenden man inte nått fram till en samsyn, har man i alla fall fått kunskap om övriga aktörers arbetsvillkor och perspektiv. Och i

några fall har man "gått in i väggen", men steg för steg kunnat lösa problemen.

I ett annat projekt (Linjen, Borlänge) som riktar sig till arbetslösa (alkohol)missbrukare hade man också erfarenhet av att rehabilitering för denna grupp är en lång process: arbete och försörjning, bostad och en socialt acceptabel livsföring är de viktigaste inslagen. Vissa målkonflikter har man haft beroende på oenighet bland aktörerna om man ska satsa på de tyngre missbrukarna eller på de yngre som fortfarande har en någorlunda ordnad social situation och fungerande sociala nätverk. En ständigt aktuell fråga har varit vilken grad av motivation som krävs för att deltagarna ska få vara med: kan stark motivation uppväga ett långvarigt missbruk – och kan man kräva lägre motivation av den som inte är ordentligt fast i sitt missbruk? Dessa diskussioner har kanaliserats via socialtjänstens droggrupp där olika behandlingsfilosofi ventilerats. Man har efterhand startat ett samverkansforum för handläggare som kommer i kontakt med projektet och en tidning som för ut projektets grundsyn och informerar om de aktiviteter som pågår. Detta illustrerar att behovet av en gemensam problemuppfattning och samsyn i målfrågorna är ett grundläggande villkor för dylika projekt.

Till projekt Linjen är knuten en projektledare (med hemvist på FK) som koordinerar olika insatser och det finns också nätverk på chefsnivå för att ge projektet beslutskraft. De olika aktörer som medverkar i projektet bidrar till finansieringen enligt en överenskommelse. Klienterna remitteras till projektet från någon av de medverkande myndigheterna, en gemensam prioritering och bedömning av rehabiliteringsförutsättningar sker innan beslut om antagning fattas. Efter avgiftning utformas en handlingsplan som undertecknas av klienten, då upprättas också en åtgärdsplan och de tilltänkta verkställarna ger "garantier" för att dessa kan sättas igång. Därefter inplaneras olika "slussar" där en bedömning om framgångar och återstående problem diskuteras. De olika åtgärder som kan bli aktuella är bl.a. arbetsprövning/träning, AMU, skuldsanering i samarbete med socialtjänsten och det kommunala bostadsföretaget. Dessutom finns ett sedan länge utvecklat kontaktnät med arbetsgivare. Projektet förfogar inte över någon egen träningslokal o.dyl. En stor arbetsinsats ligger på projektledaren som förväntas stå för kontinuiteten i de planerade insatserna; och som har klienternas förtroende. Man upplever att projektet är sårbart för den händelse projektledaren skulle sluta.

*Fördelar.* De projekt som berörts ovan kännetecknas båda av pionjäranda, vilket är en styrka när nya arbetsformer ska etableras. Vidare anser man att projekten kan ge insatser som präglas av kontinuitet, vilket är viktigt för utsatta grupper som behöver längre rehabilitering. Ökad kunskap har vunnits om de olika aktörernas arbetsvillkor och man har uppnått en konkret samverkan om åtgärder som måste initieras från olika myndigheter. Detta har skett genom ömsesidiga uppmaningar att "alla papper måste upp på bordet". Projektets verksamhetsidé har spritt sig till de etablerade aktörerna som fått impulser till ett förändrat arbetssätt. En gradvis ökad samverkansbenägenhet har också spritt sig till chefsnivån. Vinsterna med ett långsiktigt rehabiliteringsarbete har kunnat påvisas – inte så mycket i form av konkreta arbetsplaceringar, men i form av bättre livskvalitet och förmåga till social anpassning.

*Nackdelar.* Det är fortfarande problem med sektorsgränser: frågan om när en klient ska anses "stå till arbetsmarknadens förfogande" och därmed vara kvalificerad för arbetsmarknadspolitiska åtgärder har inte kunnat klarläggas fullt ut, vilket ibland utgör ett hinder. När det gäller psykiskt handikappade personer är den arbetslivsinriktade rehabiliteringen dessutom outvecklad vilket gör att AMI ibland upplevs tveka att ta sig an personer med sådan problematik. Att psykiatrin anses ha bristande resurser medför också svårigheter att tillskjuta resurser (pengar, personal) till projekt vars nytta man dock tillgodogör sig i stor utsträckning.

Vissa åtgärder upplevs också kringgärdade av krav som de här aktuella grupperna inte förmår leva upp till, t ex kravet på att försäkringskassans medel för köp av tjänster måste destinerats till arbetslivsinriktad rehabilitering. De allmänna råd och rekommendationer som är knutna till dessa medel upplevs som allt för snäva. I övrigt har man inte märkt några direkta juridiska hinder. Ett problem är att besparingar och nedskärningar nu genomförs inom snart sagt alla sektorer, vilket dels kan äventyra medel till projektledare, dels innebära att resurser till åtgärder minskas. I dessa och andra projekt är projektledarens funktion att översätta personliga problem till klientproblem som ska lösas genom en medverkan av etablerade myndigheter. Att projekt av denna typ knyts till en eller två "eldsjälar" medför också en riskfylld sårbarhet. Denna sårbarhet understyks ytterligare av att klientgruppen knappast tillhör den kärngrupp som flera av myndigheterna arbetar med.

### Begränsad samverkan – bred målgrupp (Projekttyp C)

Här ingår projekt som har begränsade anspråk på horisontell integration. Denna antas i huvudsak kunna ske inom ramen för de etablerade myndigheternas verksamhet, genom att utveckla nätverk bestående av handläggare. Skillnaden i förhållande till dessas verksamhet är att man har gemensamma träffar för att diskutera igenom sina gemensamma ärenden. Det är här fråga om en bred målgrupp bestående av arbetslösa, långtidssjukskrivna, socialbidragstagare.

I ett projekt uttrycks grundidén på följande sätt: "att skapa ett individrelaterat forum för samtal kring/med kunder som varit aktuella hos fler än en myndighet" (Aktiv rehabiliteringssamverkan, Timrå). Bakgrunden var en insikt om gemensamma problem och att olika myndigheters kompetens och möjlighet inte utnyttjades maximalt, med onödigt tidsutdräkt för åtgärder, ineffektivitet och rundgång. Om insatserna samordnades skulle individen också kunna sättas i centrum på ett tydligare sätt. I det ovannämnda projektet deltog socialtjänsten, AMI, försäkringskassan och öppenvårdspsykiatrien. Den sistnämnda parten anslöt i ett senare skede. Var och en av myndigheterna har en ständig ledamot i samverkansgruppen, som träffas en gång per månad. Försäkringskassans ledamot har hittills haft en något mer central ställning som sekreterare i gruppen, men ett roterande ansvar för denna funktion håller på att genomföras. Sammanträdena har omväxlande ägt rum hos de olika myndigheterna, men har nu förlagts till en vårdcentral i syfte att knyta vården närmare till projektet. Projektet har inga egna ekonomiska medel eller personalresurser och ingen lokal eller anläggning där rehabiliteringsinsatser görs. Respektive myndighet beslutar om och genomför de rehabiliteringsinsatser som diskuteras fram i gruppen. Det är en försiktig integrativ strategi som projektet har. Men man räknar ändå med att uppnå samordningsvinster genom att hålla tätare kontakter mellan myndigheterna, än vad som tidigare förekommit.

Det är tre typer av ärenden som kanaliseras via projektet: informationsärenden då gruppen behöver träffas för att i förväg diskutera förutsättningar för att vissa insatser görs för en person, rehabiliteringsärenden där konkreta insatser ska diskuteras och då klienten medverkar tillsammans med den handläggare hos hemmamyndigheten som aktualiserat ärendet i gruppen, uppföljningsärenden för att ta reda på utfallet av de insatser som genomförts. De ärenden som kanaliseras till projektet anmäls en vecka i förväg till försäkringskassans kontaktperson som håller kontakt med och

informerar klienten. Ett krav som i sammanhanget ställs på klienten är att denne är motiverad att ställa upp på de olika insatser som myndigheterna kan tänkas göra och att man kan komma överens om att information får utbytas mellan de olika myndigheterna utan att sekretessreglerna reser några hinder.

*Fördelar.* I projektet anser man att kännedomen ökat om de olika myndigheternas arbetsförutsättningar. En viktig följd av detta är att kompetensen i rehabilitering ökat på respektive håll; att kunna göra upp en rehabiliteringsplan i samverkan är ett konkret och verkningsfullt medel i detta sammanhang. Kvaliteten på utredningar och rehabiliteringsplaner anses ha ökat. Ett stort antal handläggare har på ett eller annat sätt involverats i projektet genom enskilda ärenden som tagits upp på projektmöten, vilket gett spridningseffekter.

*Nackdelar.* En nackdel uppges vara att medicinsk kompetens inte funnits att tillgå projektet; vårdcentralerna har inte involverats trots att många av klienterna är sjukskrivna. Klienter har heller inte remitterats från vården. Ett problem som påtalats är klienternas försörjning under tiden som rehabiliteringsinsatser pågår; mycket tid går åt till att pröva rätten till ersättning. Försörjningsaspekten kan därför bli styrande för vilka hjälpinsatser som görs; de åtstramningar och nedskärningar som görs gör denna problematik än mer tillspetsad. De generella regelverk som preciserar rätten till bidrag stämmer inte överens med klienternas problem som ofta är sammansatta.

### **Begränsad samverkan – begränsad målgrupp (Projekttyp D)**

Till denna grupp räknar vi projekt som har begränsad horisontell integration, dvs inte gemensam personal eller gemensamma lokaler men som utvecklar personliga nätverk i syfte att skapa sysselsättning åt klientgruppen. Ambitionerna till individuell rehabilitering i samverkan ska inte uppfattas som mindre, men de sker i andra former. Dessa nätverk kan vara ett led i att utveckla horisontell integration med andra myndigheter, men kan också fungera som tämligen fristående och autonoma nätverk. Projekten har (eller hade från början) en begränsad målgrupp.

Ett projekt i denna kategori är Stegen-projektet i Umeå. Ursprungligen var projektets målgrupp långtidssjuka och/eller arbetslösa bygg- och anläggningsarbetare i behov av rehabilitering. Projektet har utvecklats ur ett sedan länge etablerat samarbete

mellan f d Bygghälsan, byggbranschens parter, arbetsförmedlingen och försäkringskassan kring de nämnda grupperna. Genom den s k Galaxenverksamheten som är en rikstäckande organisation för att sysselsätta arbetsskadade byggnadsarbetare hade samarbetet utvecklats, men efterhand kom denna verksamhet att uppfattas som otillräcklig för att tillgodose de skiftande rehabiliteringsbehov byggnadsarbetare hade. De olika myndigheterna hade inte heller resurser för detta. Det var framförallt alternativa tränings- och sysselsättningsplatser som efterlystes. Till en början administrerades verksamheten med att hitta sysselsättning och att placera individer av personal vid Bygghälsan. Det var främst två ”eldsjälar” – en läkare vid Bygghälsan och en tjänsteman vid Byggmästarföreningen som drev projektet framåt. Ett led i detta var att medel utverkades från dåvarande Arbetslivsfonden för att utveckla och utvärdera arbetsmodellen. Så småningom bildades en stiftelse med namnet Stegen – ledamöterna kommer från de viktigaste myndigheterna och arbetsmarknadens parter lokalt. Stegen har inga egna lokaler eller anläggningar, men en projektledare/kontaktperson som finansieras av projektmedel (huvudsakligen via försäkringskassan) och den nämnde f d företagsläkaren.

De resurs som Stegen utgör består i det kontaktnät som dessa båda personer har med arbetsgivare, myndigheter och institutioner – det är via dessa kontakter som placering i olika typ av sysselsättning sker. Projektets styrka ligger i detta breda kontaktnät och i den kreativitet och spontanitet med vilken nya och oväntade möjligheter till sysselsättning skapas. Dessa omspanner ett vitt spektrum: från traditionellt byggnads- och hantverksarbete till barnomsorg och laboratoriearbete. Arbetsledare i dessa olika projekt har mestadels varit kvalificerade men arbetslösa personer som också kunnat förmedlas via AF. Klienterna som huvudsakligen kommer via försäkringskassan och arbetsförmedlingen försörjer sig via de bidrag som dessa båda myndigheter förfogar över. Det förekommer inget formaliserat remissförfarande eller stegvisa etapper för utslussning av klienterna.

Projektet är i huvudsak ett nätverk där två centrala ”noder” är de nämnda eldsjälarna och i övrigt några utsedda kontaktpersoner på försäkringskassan. Andra viktiga knutpunkter är arbetsledarna och de arbetsgivare som hyser respektive sysselsättningsprojekt.

*Fördelar.* Projektet har fungerat som en testverkstad för vad som är möjligt att åstadkomma när det gäller en på arbetsmarknaden mycket hårt ansatt grupp för vilken de etablerade myndigheternas



traditionella instrument och medel inte räcker till. Projektets styrka ligger i att kreativiteten fått blomma ut och att nya hittills oprövade möjligheter utnyttjats. En del av dessa erfarenheter har införlivats i arbetsförmedlingens och försäkringskassans arbetsmetodik. Projektets ursprungliga struktur: två eldsjälur och ett antal personer i åtgärder har efterhand byggts ut så att arbetsledarna kontinuerligt återrapporterar till styrelsen för Stegen, med projektledaren som mellanhand. Därmed har uppföljningen av de olika aktiviteterna kunnat ske i mer ordnade former.

*Nackdelar.* Den svaga anknytingen till de etablerade aktörernas vardagsverksamhet har ibland medfört svårigheter när det gäller att stämma av rehabiliteringsplaner mot åtgärder i respektive Stegenprojekt och att se en kontinuitet och färdriktning i vad som gjorts. Arbetsledningen har ibland också varit svår att anpassa till de specifika problem som klienterna haft. Och vissa arbetsplaceringar har varit mindre genomtänkta: arbetsuppgifter och klienter som inte passat ihop. Bland de svårigheter projektet stött på nämns de rigida regler som gäller för hur ersättningar från socialförsäkringar och arbetsmarknadsförsäkringar får användas – man efterlyser ökade möjligheter att sammanföra sådana bidrag i en gemensam "pool" att användas till olika rehabiliteringsåtgärder. Andra svårigheter är de försämrade möjligheterna till lönebidrag och inte minst därmed övergången till reguljärt arbete.

## Slutdiskussion

De projekt vi studerat här aktualiserar den övergripande frågan i vilka former integration och samordning av separata myndigheters verksamhet är möjlig? Och vilka former som fungerar väl? Samtidigt måste vi betänka att välfärdsbyråkratin som organisationsform inte ter sig särskilt problematisk för stora grupper av medborgare som har enkla problem: som behöver få inkomstbortfallet täckt vid en begränsad sjukdomsperiod, hjälp att söka nytt arbete eller omskolning etc. Regelstyrning, specialisering och stordriftshantering är således en beprövad metod för merparten av medborgare med enkla problem. Den utgör också en viktig grund för den förda socialpolitikens legitimitet: att alla behandlas "lika", att pengar kommer i tid, med rätt belopp och att specifika åtgärder och hjälpinsatser finns att tillgå. Det är när problemen blir mer sammanflätade och komplexa och inte låter sig beskrivas i entydiga termer

som välfärdsstatens olika bidragssystem och hjälpinsatser inte kan levereras i tillräckligt situationsanpassade former. Då blir de inre gränser som varje välfärdsbyråkrati drar upp i syfte att definiera sina klienter till ett problem. Det är för den relativt sett lilla (men måhända växande) grupp som har sammansatta problem – långvariga och mångtydiga sjukdomsbesvär och en arbetsförmåga som är begränsad och svårbedömd – som denna modell inte räcker till. Då krävs ett samarbete mellan myndigheter över sektorsgränser, gemensamma mål och ett bejakande av det ömsesidiga beroende som finns mellan myndigheterna.

De projekt vi studerat här visar att det finns ett stort utrymme för sektorsövergripande samverkan. Hinder finns, men kanske ännu fler möjligheter. Det utrymme som finns till samverkan kan tas i anspråk på olika sätt: såväl en långtgående samverkan som innebär att resurser förs samman från olika myndigheter i gemensamma lokaler, anläggningar, personalresurser, som ett vittomfattande mer löst sammanhållet nätverksbygge är möjligt. Den inbyggda konflikten i en långtgående samverkan är att för stora resurser undandras från det som är myndigheternas reguljära verksamhet. Konflikten rör prioriteringen av resurser för majoriteten av klienter och utsatta gruppers behov. Det finns också en risk att nya sektorer skapas som "tar över" samverkan från de etablerade myndigheterna och som drar upp nya gränser gentemot andra klientgrupper. Dilemmat med en begränsad och försiktig samverkan är att varken rundgången eller risken att hamna i en gråzon undanröjs för utsatta grupper. Vi har inom ramen för denna undersökning inte kunnat belysa var gränserna för horisontell integration går, men hur de dras bestäms i hög grad av hur samverkan stimuleras från överordnade nivåer i organisationen. De skiftande lokala förutsättningarna motiverar snarast att en flora av arbetsformer prövas. Inte heller har vi kunnat ange projektens resultat i strikta termer som antal färdigrehabiliterade och arbetsplacerade, därtill är projektens egna instrument för uppföljning och resultatmätning alltför knapphändiga. Men vi kan peka på ett antal fördelar och hinder med samverkan mellan olika myndigheter när det gäller klienter som de har gemensamt.

Vanligtvis utvecklas sektorsövergripande projekt ur en insikt om att resurserna för de aktuella myndigheterna krymper, samtidigt som arbetslösheten förväntas vara kvar på hög nivå och möjligheterna att rehabilitera långtidssjuka knappast ökar. Varje myndighet har därmed en given (och möjligen ökande) grupp klienter som man har gemensam med andra myndigheter. De som arbetar i sådana projekt

ser en rad fördelar med samverkan över sektorsgränserna. Nedanstående *vinster* förekommer hos de flesta projekt vi haft kontakt med:

- Arbetsprövning/träning kommer igång snabbare (pga minskad rundgång).
- Större träffsäkerhet med insatserna.
- Att placera klienten hos rätt myndighet underlättas.
- Myndigheterna får ökad kunskap om varandras kompetens och förutsättningar.
- Metodutveckling och professionalism stimuleras.
- Klienten får ökad livskvalitet till följd av helhetssyn vid planering och genomförande av rehabilitering.
- Klienten involveras i rehabiliteringen på ett handfast sätt.
- Ökad motivation och självkänsla uppstår hos klienten – ”förrehabilitering” kan komma gång.
- Samarbete mellan myndigheter ger förutsättningar att integrera stöd/hjälp och kontroll.

Bland de *hinder* som finns kan följande nämnas:

- Myndigheterna har olika mål och definierar centrala begrepp som sjukdom, arbetsförmåga, arbetsprövning/träning på olikartat sätt.
- Det finns ett flertal beslutsnivåer och samverkan måste ske på alla nivåer för att bli effektiv.
- Nödvändigt med gemensamma utbildningsinsatser i projektstarten (och fortlöpande) för att utveckla samsyn i policy- och metodfrågor.
- Svårt att få cheferna ”med på noterna”; chefernas huvudansvar gäller i första hand majoriteten av myndighetens klienter.
- Olika bidragsnivåer (beroende på orsaken till arbetsoförmåga m m) skapar ”orättvisa” bland klienter som deltar i ett och samma samverkansprojekt.
- Det har visat sig svårt att fritt sammanföra medel från olika bidragssystem till en långsiktig försörjnings- och åtgärdsresurs (åtgärdsmedel tenderar dessutom att portioneras ut i sex-månadersetapper).
- Klientens övergång från projekt till reguljär sysselsättning är problematisk; att upprätthålla motivation och självkänsla efter projekttiden har visat sig vara svårt.

En slutsats som de flesta vi intervjuat framhåller är emellertid att det inte går att återvända till det gamla arbetssättet när det gäller de här aktuella målgrupperna. Därtill är samordningsvinsterna alltför stora sett ur både projektens, hemma-myndigheternas och klientens synvinkel. Samtidigt är det en realitet att många projekt lever en osäker tillvaro. Projekt uppstår och läggs ner och många klienter måste förr eller senare på nytt tas om hand av de etablerade myndigheterna. Utmaningen är därför att överföra de positiva resultat i form av nya arbetsmetoder, nya sätt att mobilisera klienterna och ett kreativt användande av gamla instrument till de reguljära myndigheterna. Och detta utan att respektive välfärdsbyråkratis inre gränser suddas ut. Det handlar om att utveckla ett gemensamt perspektiv på "problem vi har tillsammans"; att utveckla mål, policy och professionell kunskap på basis av ett nära samarbete kring utsatta gruppers villkor i samhället.

## Litteratur

- Billis David (1984) *Welfare Bureaucracies*, Heineman, London.
- Esping Hans (1994) *Ramlagar i förvaltningspolitiken*, SNS, Stockholm.
- Ginsburg Norman (1992) *Divisions of Welfare*, Sage, London.
- Gustafsson Rolf (1987) *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historiesociologiskt perspektiv*, Esselte, Stockholm.
- Heckscher Gunnar (1952) *Svensk statsförvaltning i arbete*, SNS/Norstedts, Stockholm.
- Hvinden Björn (1994) *Devided Against Itself. A study of integration in welfare bureaucracy*, Scandinavian university press, Oslo.
- Hummel Ralph (1982) *The Bureaucratic Experience*, St Martin's Press, New York.
- Johansson Roine (1992) *Vid byråkratins gränser*, Arkiv, Lund.
- Lindqvist Rafael (1990) *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati*, Arkiv, Lund.
- Lindqvist Rafael & Marklund Staffan (1995) *Arbetslinjen i socialpolitiken*, i Marklund S, *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*, Studentlitteratur, Lund.
- Lipsky Michel (1980) *Street-Level Bureaucracy*, Russel Sage Foundation, New York.
- Mishra Ramesh (1990) *The Welfare State in Capitalist Society*, Harvester Wheatsheaf, New York.
- Myrdal Alva & Gunnar (1934) *Kris i befolkningsfrågan*, Bonniers, Stockholm.
- Rothstein Bo (1986) *Den socialdemokratiska staten*, Arkiv, Lund.
- Vinde Pierre (1968) *Hur Sverige styres*, Prisma, Stockholm.
- Weber Max (1987) *Ekonomi och samhälle*, Del III, Argos, Lund.



## Förteckning över lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet\*

\* projekt som ingår i intervjustudien

### Proj.

#### nr. Projekt redovisade i länsordning

##### Stockholm

- 1 Nacka samarbetsprojekt \*
- 2 Marienthal Skarpnäck
- 3 Sofia-projektet Sollentuna
- 4 Samverkan Upplands Väsby
- 5 Rehabiliteringscenter i Tyresö
- 7 Af Kista Jobbteam

##### Uppland

- 8 ROS-projektet Uppsala
- 9 SAM-projektet Uppsala
- 10 Gottsunda Fyren \*
- 11 Östhammarsprojektet

##### Södermanland

- 12 Växa efter förmåga stöd efter behov Eskilstuna
- 13 Minerva, Nyköping
- 14 Insatser för pers med psyk handikapp E-tuna
- 15 Gemensamt utvecklingsprogram, Nyköping
- 16 Punkthusen, Oxelösund
- 17 Arbetscentrum, Gnesta
- 18 Samarbetsprojekt, Flen
- 19 Ge långtidsarb.lösa ny utb.möjlighet, Strängnäs
- 20 Tröskeln, Strängnäs
- 21 Trosa-resursen
- 22 RESAP; Arbetsro, Eskilstuna \*
- 23 Samverkan i rehab.frågor, Vingåker

### **Östergötland**

- 24 Puda/humlan, Norrköping
- 25 Rehabuset "von Platen", Norrköping
- 26 Dataarbetsplats, Linköping

### **Jönköping**

- 27 PRIS (psyk.rehab.i samverkan) i Vetlanda
- 28 RIPA (resursinvent., pers. utv., arbete) Vetlanda
- 29 Gläntan projektet Vetlanda
- 30 SYRE-projektet i Vetlanda
- 31 FAS - Gislaved
- 32 Folkhälsorådet i Vaggeryd
- 33 Arbetsgivarring i Värnamo

### **Kronoberg**

- 34 Växjö rehabcenter
- 35 Rehabilitering och Samverkan, Markaryd

### **Kalmar**

- 36 Mönsterås
- 37 Arbetslagsutveckling i Mörbylånga
- 38 RESA, Oskarshamn
- 39 Mejeriet Vimmerby
- 40 Aktivitets- och kretsloppscentrum, Torsås
- 41 Emmaboda Miljö Station
- 42 Rehabcenter, Borgholm
- 43 NOVA Västervik

### **Blekinge**

- 44 Projektpiloterna Ronneby
- 45 Mellanmålet Sölvesborg
- 46 Samordnad missbrukarvård i Blekinge
- 47 Arbetslänken, Karlskrona

**Kristianstad**

- 48 Ett Friskt Skåne
- 49 Projekt AIB (arbete istället för bidrag), Hässleholm
- 50 Rehabprojekt, Klippan
- 51 Växthuset, Kristianstad \*
- 52 Orkidéprojektet i Kristianstad

**Malmöhus**

- 53 Källan Osby \*
- 54 Steg till arbete, Malmö
- 55 Arildsprojektet
- 56 Myndighetssamverkan, Bjuv
- 57 Tvärlaget Hässleholm
- 58 Arbetslösningar
- 59 Tidig integrerad rehab Malmö
- 60 Triangeln
- 61 Arbetscentrum Helsingborg \*
- 62 Sylvester - Helsingborg
- 63 FAMI- Samarb. Fk-Ami-Soc
- 64 Ronja
- 65 Träffpunkten Svalöv
- 66 Rehabforum Svalöv
- 67 Argus Landskrona
- 68 Ung Öster
- 69 Kvinnor på väg
- 70 Arlöv
- 71 Rehabforum Landskrona (Case-mangement)
- 72 Kompassen
- 73 Vellingeprojektet
- 74 Steg till arbete

**Halland**

- 75 Beta-projektet Kungsbacka \*
- 76 Falkgruppen, Falkenberg
- 77 Amaryllisprojektet Halmstad
- 78 Hunddagis, Kungsbacka
- 79 Arbetsrehab Combi, Halmstad
- 80 Steget vidare Varberg



- 81 Friskvård på remiss
- 82 Arbete åt unga handikappade, Halmstad
- 83 Missbruksgrupp, Kungsbacka
- 84 Vårdgivarsamverkan Halmstad

### **Bohuslän**

- 85 Harmonia Partille
- 86 Möjligheten Munkedal
- 87 Effektivisera resursanvändningen Kungälv
- 88 Allaktivitetscentrum Uddevalla
- 89 Träffpunkten Trossen Orust

### **Älvsborg**

- 90 Carpe Diem – Trollhättan \*
- 91 Kedjan, rehab i samverkan, Alingsås
- 92 Hjortmossen, Trollhättan
- 93 Framtidsgården, Vårgårda
- 94 Aktiv sjukskrivning/aktivitetsprojekt, Svenljunga
- 95 Utbildning i familjeinriktat arbete, Trollhättan

### **Älvsborg**

- 96 Det finns bruk för alla(Habo, Mullsjö, Tidaholm, Falköping)
- 97 REHMA, Mariestad
- 98 Oden Falköping
- 99 Industriell verksamhet, Grästorps
- 100 Helena projektet i Skövde
- 101 Sysselsättningsprojekt i Lidköping
- 102 Samverkansprojekt i Töreboda
- 103 Yrkesinriktad rehab. i Tibro
- 104 Möjligheternas hus i Götene

### **Värmland**

- 105 ARBSAM
- 106 KUGGHJULET

**Örebro**

- 107 Örebromodellen
- 108 Folkhälso- rehab.arbete i Karlskoga

**Västmanland**

- 109 Kungsör
- 110 FAS-projektet Hallstahammar
- 111 Sysselsättningsprojektet i Norberg
- 112 Lokal rehab.grupp i Köping

**Dalarna**

- 113 Yrkesinrikatad rehab, Ludvika
- 114 Rehab. av missbrukare
- 115 Linjen projektet i Borlänge \*
- 116 Missbruksvård i Borlänge

**Gävleborg**

- 117 AKTIVT LIV
- 118 Berung, Bollnäs
- 119 Björkträ AB, Ovanåker
- 120 Svårplacerade, Ockelbo

**Västernorrland**

- 121 Aktiv rehabilitering i Timrå (ART) \*

**Jämtland**

- 122 AMoRE projektet

**Västerbotten**

- 123 Samsyn Umeå
- 124 Arbete åt alla Umeå
- 125 Kartlägg. social funktionsinskränkn.,Robertsfors
- 126 Systematisk psykiatrisk arbetsrehab., Umeå
- 127 SESAM, Umeå \*
- 128 Stegen, Umeå \*
- 129 Entré Vilhelmina
- 130 Direkt samverkan Umeå
- 131 Cornelia-projektet Vilhelmina \*

**Norrbottn**

- 132 Bojen, Piteå
- 133 Inflyttade, Haparanda
- 134 Rebben; Bryggan, Piteå \*
- 135 Arbetsanpassning, Älvsbyn
- 136 Jobbcenter, Luleå

**Göteborg**

- 137 SANNA-projektet - Hisingen
- 138 SIV Samverkan i Väster Gbg
- 139 Trapp-projektet Uddevalla
- 140 Samverkstan, Tanum
- 141 Stansvik-projektet Tjörn

# Egon Jönssons tre olika livsöden – en idéskiss

*Ingvar Nilsson/SEE*

1996-04-30

## Inledning

Jag har blivit ombedd av utredningen att skriva en enkel skiss kring en individs livsöde. En individ som lever i gråzonen mellan välfärdssamhällets olika stödfunktioner. Jag har valt att kalla honom Egon Jönsson. Jag ger först en kort bakgrundsteckning till hans liv. Därefter beskriver jag tre alternativa händelseförlopp för att illustrera effekterna av olika grader av samverkan eller motverkan mellan de olika välfärdsaktörerna. Man kan se det som ett "worst case" ett "best case" och en mellanform. Vi tror oss kunna säga att utfallen i de tre alternativen är förhållandevis rimliga och realistiska.

Verkligheten idag präglas enligt min erfarenhet oftast av det sämsta ytterlighetsfallet. I flera kommuner, bl.a. samarbetsprojektet i Nacka, har man en arbetsmetod och en ansats som liknar det gynnsammaste alternativet.

Egon har vi valt från en av de sex mycket tydliga gråzonsgrupper där välfärdssamhällets olika insatser inte fungerar tillfredsställande – gruppen missbrukare med diffusa psykiska problem<sup>1</sup>. Hade vi valt en annan gråzonsgrupp hade bilden blivit något annorlunda men slutsatserna tämligen likartade.

Egon finns inte, men Egons liv är en syntes av ett antal verkliga fall. Jag har fått utomordentlig hjälp av Catarina Österlöf i Nacka samarbetsprojekt med att teckna hans olika livsöden. Samarbetsprojektet i Nacka är uppbyggt inom ramen för en sorts imaginär organisation (precis som flera andra samverkansaktiviteter på Södertörn) och ligger nära men är inte identiskt med beskrivningens "best case".

Skissen är hastigt framtagen. Med mera tid till förfogande kan den förfinas och fördjupas. framförallt skulle man kunna kvantifiera och ekonomiskt värdera de olika alternativen i förhållande till varandra. Förhoppningsvis ger den en viss vägledning att fundera över hur vi ska tackla gråzonsmänniskornas öde.

<sup>1</sup> grupperna vi identifierat är utsatta barn, personer med missbruksproblem, "sköra personer med oklar psykiatrisk diagnos", personer med diffusa ryck/nackdiagnoser, långtidsarbetslösa samt äldre sjuka. Grupperna överlappar delvis varandra

## Egons historia

Egon föddes 1952 och växte upp tillsammans med sin frånskilda mamma. Den alkoholiserade och frånvarande fadern gjorde oregelbundet dramatiska nedslag under hans uppväxt. Hans skoltid var orolig och med knapp nöd hankade han sig fram i grundskolan ständigt till föremål för insatser från kuratorer och speciallärare. De enda egentliga ljuspunkterna i Egons uppväxt var hans närmast fanatiska intresse för sportfiske där han också var mycket framgångsrik.

Han fick jobb 1969 som verkstadsarbetare på Atlas Copco, gifte sig ganska snart med Margareta och de fick i rask följd två barn Björn 1972 och Erik 1974. Egon utbildades till verktygsmakare inom företaget och befordrades till förman 1976. Hans alkoholvanor förändrades under 70-talet och blev alltmer omfattande. Han uteblev ofta från jobbet på måndagar. Under helgernas supperioder drabbades han allt oftare av depression. 1979 tog han för första gången kontakt med företagsläkaren och fick psyko-farmaka som stöd.

Under 80-talets första hälft ökade problemen. Familjen fick påhälsning av både sociala myndigheter och polisen i samband med de allt flitigare supperioderna. Egon fick under denna tid besvär med både hjärta och lever. 1984 mister han sitt jobb. Hans fru tar ut skilsmässa 1987 på grund av Egons tilltagande missbruk men också hans ökande psykiska problem. Hon bor kvar i deras gemensamma radhus medan Egon flyttar in i en enrumslägenhet i Sickla.

Under slutet av 80-talet hankar han sig fram med tillfällighetsarbete växlande med supperioder. Han är föremål för flera akutintag inom psykiatri och vistas i ett par perioder på slutenvårdsavdelning. 1988 vistas han en längre period på ett behandlingshem för alkoholister. Hans sjukskrivningsperioder blir allt längre och längre samtidigt som beroendet av psyko-farmaka accelererar.

Då 90-talet bryter in är han en stamkund hos arbetsförmedlingen som i den begynnande lågkonjunkturen ser allt mindre och mindre möjligheter för honom att få ett ordinarie arbete. Han ligger ständigt efter med hyran som socialtjänsten tvingas betala. Han uppbär omväxlande socialbidrag, A-kassa och sjukpenning. Någon enstaka gång blir han till föremål för behandling inom psykiatri

Den 31/12 1994 är Egon, som nu är 42 år, arbetslös, deprimerad, går på psyko-farmaka, dricker ganska intensivt, har leverproblem. Han försörjer sig med socialbidrag och sjukpenning. Han har i mer än tio års tid varit storkonsument av olika välfärdsinsatser. Ingen har under dessa 10-15 år ställt en samlad diagnos på vad som egentligen är Egons problem och hur de olika problemen egentligen hänger samman

Låt oss nu följa Egon Jönsson under perioden 1/1 1995 till 31/12 1996 i tre olika scenarios eller tre olika livsöden. Vi kallar dem:

- \* **de oberoende aktörerna.** I detta scenario antar vi att Egon passerar en sorts logisk men ofullständigt uppbyggd rehabiliteringstrappa där de olika aktörerna är tänkta att avlösa varandra i rehabiliteringens olika faser. Deras insatser är i stora drag helt oberoende av varandra och få kontakter mellan aktörerna äger rum. Detta är dagens sektorsstrukturella idealmodell. Det är i grova drag så strukturen är tänkt att fungera när den är som bäst.
- \* **de motverkande aktörerna.** I detta scenario antar vi att Egon är till föremål för insatser från flera olika aktörer samtidigt men att deras insatser delvis står i konflikt och motsatsförhållande till varandra. Detta är så som den sektorsuppbyggda rehabiliteringsmodellen i väldigt många fall fungerar för gråzonsmänniskorna. I både detta och föregående scenario tilldelas Egon en tämligen passiv klient- och konsumentroll – ”till föremål för åtgärder”.
- \* **de samverkande aktörerna.** I detta scenario antar vi att man i Nacka har skapat en genuin samverkan mellan de olika välfärdsaktörerna, dvs gått ytterligare ett steg i förhållande till dagens samarbetsprojekt och att den multikompetens som finns där och de resurser de ingående myndigheterna förfogar över används i samverkan. Egon har i detta scenario en betydligt mera aktiv roll i arbetet kring sin egen rehabilitering.

## ÖDE 1 – De oberoende aktörerna

### Förlopp

Egon tas in för akut alkoholförgiftning efter trettonhelgen. Han genomlöper en avgiftningsperiod. Han blir ett fall för psykiatrin som efter en kortare utredning finner att han måste bli av med sitt akuta alkoholmissbruk för att bli behandlingsbar i psykiatriska termer. Detta blir signalen till att skicka honom till ett behandlingshem enligt Minnesotamodellen. Hans ordinarie socialsekreterare som har semester informeras inte i ärendet. Han vistas på behandlingshemmet i 8 veckor.

Då han skrivs ut upptäcker han att han till följd av slarv med hyran mist sin lägenhet. Hans vanliga socialsekreterare hade på grund informationsbrist inte följt upp frågan. Han skaffar sig nu ett hyresrum.

Hans socialsekreterare kräver att han ska vara aktivt arbetsökande för att kunna erhålla socialbidrag. Under en period besöker han arbetsförmedlingen för att få den obligatoriska stämpeln som anger att han står till arbetsmarknadens förfogande men kommer snart på att om man besöker arbetsförmedlingen sent fredag eftermiddagar är det så få arbetsvägledare i tjänst att han får sin stämpel utan det där besvärliga samtalet. Hans socialsekreterare genomsöker honom inte.

Under tiden upprätthåller han sporadiskt sina kontakter med sin kontakt inom psykiatrins öppenvård. Då han alltför ofta missar sina möten på grund av supande eller alltför djup depression sker ingen uppföljning vare sig från socialtjänsten eller psykiatrin. Det är lite oklart vems stamkund Egon är. Behandlingen ger ingen märkbar effekt. Hans läkarkontakt sjukskriver honom i perioder och han får långtidsverkande psykofarmaka mot sin depression. Försäkringskassan utbetalar sjukpenning.

Efter några månader placeras han trots allt på ett beredskapsarbete. Han får syssla med ett ekologiskt återvinningsprojekt i kommunens regi. Egon trivs på jobbet och ser det som meningsfullt. Men det blir efter några månader allt svårare och svårare för honom att passa tider. Han uteblir flera måndagar i följd. Hans periodsupande har återkommit. Han blir också allt mer och mer deprimerad. Socialsekreterare förstår ingenting. Arbetsledaren på beredskapsarbetet och hon har ingen kontakt med varandra i frågan. Hon tyckte ju att Egon var på så god väg. Egon försöker upprepade gånger på egen hand få kontakt med sin behandlare inom öppenspsykiatrin men lyckas inte. Personen har bytt arbete och ingen ny handläggare är utsedd. Till slut blir detta för mycket.

Efter två veckors intensivt supande tas Egon in på psykakuten för våldsamt förvirringstillstånd. Läkareundersökningen visar också på sviktande leverfunktion och oregelbunden hjärtverksamhet. Efter några dygns behandling på slutenvårdsavdelning skrivs han ut. På egen hand påbörjar han en långsam resa mot ett nyktert liv blandad med allt färre och kortare perioder av drickande. Han avbryter också, av lite diffusa skäl, sina kontakter med psykiatrin.

Men hans misslyckande i detta gör att man från arbetsförmedlingens sida tröttnar. Eftersom man av socialsekreteraren inte blivit informerad kring Egons framsteg på egen hand dras hans beredskapsarbetsplats in. Detta blir ett hårt slag för Egon som drabbas av en rejäl depression. Med stöd av socialsekreteraren tar han kontakt med psykiatrins öppenvårdshandläggare. Hon har också en hemlig baktanke att någon annan handläggare ska orka med Egon bättre eftersom han med tiden blivit alltmera jobbig att ha kontakt med. Sitt misslyckande vänder han i aggressivitet mot sin handläggare och reser alltmer pockande och otrevliga krav på ekonomiska ersättningar för än det ena och än det andra. Det känns inte lika kul längre att vara handläggare för Egon. Hon har också en förhoppning om att hans socialbidragsberoende ska kunna minska och i större omfattning ersättas av sjukpenning.

Hon lyckas i sitt uppsåt. Egon blir nu på nytt patient inom öppenvården vid psykiatrin. Han sjukskrivs och lever nu i huvudsak på sjukpenning kompletterat med socialbidrag. Han lyckas nödortfigt hålla sig nykter. Kontakten med socialtjänsten är mycket begränsad. Hans ordinarie socialsekreterare är ledig för att föda barn.

Han avslutar en behandlingsperiod vid psykiatrins rehabteam ungefär samtidigt som hans ordinarie socialsekreterare återkommer efter barnledighet.

Han är nu i psykiskt god form. Och han bara väntar på att med hjälp av socialtjänsten få ett nytt beredskapsarbete. Men hon har en lång hög av ärenden som måste betas av innan Egon kommer på tur. Återigen ramlar Egon in en depressiv period, men hans gamla kontakter inom psykiatri ger honom sådant stöd att när han efter två månader blir till föremål för aktiva åtgärder från socialtjänsten håller han nödortfigt samman.

Han får återigen en placering i beredskapsarbete i kommunens ekologiska projekt. Där har man bytt arbetsledare så för Egon blir det en fråga om att åter en gång etablera nya kontakter med samhällets stödpersoner. Men Egon är luttrad. Han vet nu att personer man litar på och knyter an till, sviker genom att sluta, byta arbete eller få andra arbetsuppgifter. Mitt under detta förlopp har Egons akt blivit till föremål för aktiva diskussioner på försäkringskassan. Diskussioner sker om huruvida han överhuvudtaget är rehabiliteringsbar eller om man ska överväga att förtidspensionera honom. Han kallas till försäkringskassan samma dag han ska infinna sig till sin nya beredskapsarbetsplats

Redan efter några dagars arbete på beredskapsarbetet, där hans arbetsledare, på grund av sekretessbestämmelserna, för övrigt inte har en aning om Egons depressiva tendenser och sjukdomsbild, får Egon svåra smärtor i magen och bukhålan.

Efter ett besök på Ektorps vårdcentral får han en snabbremiss till Södersjukhuset som diagnosticerar en leverskada. Han medicineras mot detta och får utförliga kostråd och restriktioner kring mat och dryck. Råd som han endast följer i mycket begränsad omfattning. Upprepade gånger tvingas han både besöka Södersjukhuset akutmottagning och sin husläkare på vårdcentralen för att få bot mot dessa smärtor.

Allt gör att hans närvaro på beredskapsarbetet blir oregelbundet och den handläggare han från början fått så god kontakt med börjar trötta och svikta i sin tro på Egon. En dag på arbetet då Egon tagit sig en pilsner till lunchen får han starka bröstsmärtor. Han ramlar omkull nästan medvetslös, öldoftande. När ambulansen, som med hjälp av akutbilens läkare snabbt ställt diagnosen hjärtinfarkt, kör iväg med honom, kan man höra hans arbetsledare i ovänliga ordlag kommentera Egons alkoholproblem.

Ett par månader senare är Egon tillbaka på sitt beredskapsarbete. Han är nu deltidssjukskriven under tiden som han återhämtar sig från hjärtinfarkten

## Kommentarer

Öde ett slutar med att den nu 44-årige Egon från januari 1997 hankar sig fram på beredskapsarbete i kombination med socialbidrag. Vid femtio års ålder övergår han till OSA. Då han blir femtiofem blir han förtidspensionerad till 50% och då han fyller 60 blir han förtidspensionerad på heltid.



Detta livsöde utmärks av vissa saker

- \* de olika välfärdsaktörerna arbetar i huvudsak isolerade inom sitt sektorsintresse. De har marginella men godartade kontakter med de närmaste sidoaktörerna
- \* eftersom man i liten utsträckning känner varandras verklighet ger man Egon både desinformativa och felaktiga besked om vad som väntar i andra delar av den tänkta men ofullständiga rehabtrappan
- \* väntetiderna mellan de olika rehabiliterande insatserna är lång vilket ofta leder till återfall och misslyckande
- \* få personkontakter och ringa personkänedom mellan berörda myndigheter vilket försvårar samverkan
- \* de olika aktörerna agerar utifrån helt olika människosyn och rehabiliteringssyn, vilket leder till att man ställer olika typer av krav vilket i slutändan skapar en mycket förvirrad situation för Egon
- \* varje aktör diagnosticerar Egon och hans problem utifrån sin specifika profession. Ingen gör eller har ansvar för en totalbedömning.

## ÖDE 2 – De motverkande aktörerna

### Förlopp

Nej så gick det inte till. Det blev mycket värre. Detta var vad som hände Egon. Utöver de förlopp som skildras i öde ett inträffar i öde två ett antal för Egon försvårande händelser och situationer som påverkar hans liv.

Efter den inledande avgiftningen på behandlingshem enligt Minnesota-modellen kommer Egon tillbaka och finner, precis som i öde ett att hans lägenhet är uppsagd. Samtidigt upptäcker han att hans socialsekreterare tagit initiativ till att få in honom på ett mera långsiktigt inriktat behandlingshem. Hon vill verkligen att han ska få en chans till en långsiktig återanpassning. Detta initiativ kolliderar emellertid med en planerad arbetsprövning som AMI tagit initiativ till. Egon står i valet och kvalet mellan olika alternativ. Han väljer behandlingsalternativet men får samtidigt veta av en kränkt arbetsvägledare vid AMI att han då mister den förtur hon reserverat för honom. Nu får ställa sig sist i kön. Och kön är lång.

Då han är tillbaka från behandlingshemmet börjar hans period för att få A-kassa gå mot sitt slut. Hans socialsekreterare som verkligen tagit sig an Egon går nu tillsammans med honom upp på arbetsförmedlingen för att försöka få in honom på ett beredskapsarbete så att han ska kunna meritera sig för en ny period A-kassa. Mötet på A-kassan slutar med en våldsamt och upprörande diskussion mellan de två handläggarna ovanför Egons huvud. Egon går direkt från mötet till systembolaget och inleder en intensiv period av supande.

Hans pendling mellan psykiatrin, socialtjänsten och arbetsförmedlingen sker precis som i öde ett men med större inslag av förvirringstillstånd och mindre inslag av arbete i olika former. Han arbetar mindre och blir passivt försörjd i betydligt större omfattning.

Kommunens arbetsmarknadsavdelning (AMA) tar efter uppmaning från socialsekreteraren initiativ till att skaffa Egon meningsfull sysselsättning i någon form. Man lyckas också hitta en bra arbetsplats för honom. Problemet är att just i samma veva inleder försäkringskassan en procedur som tar upp frågan om man inte ska förtidspensionera Egon för gott. AMA lockar med ett intressant men kanske lite krävande beredskapsarbete medan försäkringskassan lockar med möjligheten av permanent försörjning utan motprestationer. Återigen står Egon mellan två höttappar. Som så ofta förr väljer han att lösa konflikten med hjälp av spriten.

Vid ett av de få tillfällena då flera aktörer träffas för att diskutera Egons problem uppstår en rejäl konflikt. Socialsekreteraren som starkt engagerat sig i Egons situation drar ärendet och föreslår att man ska vara generös med bidrag och insatser från AMI för att hjälpa en utsatt människa i en svår situation. Psykiatrens handläggare, en psykodynamiskt utbildad terapeut, hävdar däremot att Egons problem går att härleda till en tidig barndomsstörning och att Egon mest av allt just nu behöver är långvarig terapi. Den manlige arbetsvägledaren från arbetsförmedlingen tycker att man daltar för mycket med Egon. Ställ krav och få ut honom i ett beredskapsarbete är hans ståndpunkt. Behandlingskonferensen slutar i ett storgräl.

I intervallet mellan några perioders drickande kommer en handläggare på AMI att starkt engagera sig i Egons livsöde. Han försöker med tänjande av regler och stora personliga ansträngningar få Egon att inse att loppet inte är kört och att han i bästa fall har 20 yrkesverksamma år framför sig. Mot alla odds lyckas denne idealistiske världsförbättrare på nytt tända Egons framtidshopp. Då Egon infinner sig på AMI för de slutliga testen inför en kommande arbetsmarknadsutbildning finner han till sin förtvivlan att hans kontakt blivit befordrad och fått ett nytt jobb. Han möts av en av AMIs rutinerade rävar, en cyniker i 60-årsåldern som nog begriper vad Egon är för sort. Egons närvaro på AMI blir mycket kortvarig.

Mitt i detta förlopp upptäcker Egon att han uppnått stamkundsstatus inom psykiatrin. Av en slump kommer han att avlyssna ett samtal mellan två behandlare på psykiatrens öppenvårdsmottagning och förstår av det han hör att han och hans gelikar har en viss betydelse för den budget som psykiatrin kan påräkna. Han har tilldelats något så märkligt som DRG-poäng<sup>2</sup>. Han begriper det inte men förstår att det är viktigt. En aning stolt inser han att han indirekt blivit sin terapeuts arbetsgivare, eller i varje fall försörjningskälla.

<sup>2</sup> DRG = diagnosrelaterade grupper ett sorts prestationsorienterat ersättningsystem för sjukvården som med viss ansträngning skulle kunna tänkas tillämpas för psykiatrin

Även i detta öde får Egon en hjärtinfarkt och körs iväg i ambulans. Han kommer aldrig mera tillbaka till sitt beredskapsarbete. Han snabbtreds av försäkringskassans handläggare och befins vara "bortom all räddning" vad avser framtida arbete.

### Kommentarer

Öde två slutar med att Egon med verkställighet den 1/1 1997 blir förtidspensionär. Han har då 21 år kvar till ålderspension. Enbart kostnaderna för denna förtidspension belöper till 1.512.000 kronor (21\*12\*6.000), exklusive ATP. Därtill kommer kostnader för utebliven produktion, uteblivna skatteintäkter samt den vård- och annan välfärdskonsumtion som Egon kommer att förbruka de kommande åren.

Vid sidan av de mönster man kan urskilja i "de oberoende aktörerna" tillkommer här ytterligare ett antal bromsande och försvårande element

- \* de olika aktörerna slås i en viss mening om klienten. Det förekommer en dragkamp om Egon – man skulle lite ironiskt kunna säga att han fått stamkundsstatus
- \* samtidigt förekommer det ett Svarte-Petterspel kring Egon när han i någon sorts mening inte är ekonomiskt eller psykologiskt lönsam för den enskilde aktören
- \* de olika aktörerna bekrigar varandra t.ex. genom att göra sig till klientens personlige ombud och slås för hans rätt mot andra myndigheter
- \* man ger Egon helt olika budskap. Från psykiatrin och socialtjänsten finns ett starkt empatiskt och omhändertagande inslag, från försäkringskassan en byråkratiskt utredande inställning och från Af en krävande, "sätt en fot i ändan mentalitet"
- \* i detta öde är det uppenbart att ingen enskild aktör ser problemet ur det långa tidsperspektivet
- \* effekterna av insatserna blir lägre än i öde ett och gapet mellan dem vidgas både i tid och inställning

## ÖDE 3 – De samverkande aktörerna

### Förlopp

Nej, det gick inte så illa för Egon. Faktum är att det gick bättre än man skulle kunna tro. I själva verket blev det så här.

Första arbetsdagen efter helgerna kallas Egon till intagningsamtal vid Nacka Fyren – ett projekt för fyrpartssamverkan<sup>3</sup>. Han har fått remiss från sin ordinarie socialsekreterare som inser att någon bör ta ett samlat grepp kring Egons problematik. Egon har frivilligt och efter aktiv diskussion med sin socialsekreterare sökt sig till detta projekt. Det har inte varit lätt utan krävt många motivationssamtal. Egon inser att det här kommer att ställa en hel del krav på honom.

Eftersom Egon vid ansökan till projektet gett dem fullmakt att ta kontakt med andra myndigheter börjar nu hans projekthandläggare vid Fyren att skapa sig en totalbild av Egons historia. Tillsammans med sina kollegor i arbetsgruppen försöker man skapa sig en bild av Egon. Han kallar nu till sig Egon och hans socialsekreterare till ett trepartsmöte på projektkontoret.

Man samtalar och diskuterar sig fram till en målsättning för Egons rehabilitering som tar upp både socialt stöd, psykiatriska insatser, kurativt stöd, hans försörjning och framförallt hur han ska kunna ta sig tillbaka till arbetsmarknaden i olika steg.

Egon går hem och tänker efter och en vecka senare träffas man på nytt och tar beslut i frågan. Egon har accepterat och utgör en högst aktiv del av denna plan. Hans handläggare har under tiden tagit kontakt med kommunens arbetsmarknadsavdelning för att se vilken typ av arbete som skulle kunna passa Egon. Kontakter med psykiatrin leder till att man får en bild av vilka stödinsatser av terapeutisk natur som Egon behöver.

Direkt därefter genomgår en omfattande arbetsprövning vid AMI vilket kommer till stånd genom de goda personkontakterna mellan Nacka Fyren och den lokala handläggaren vid AMI.

Genom en kontakt mellan handläggarna vid arbetsförmedling, försäkringskassan och Egons ordinarie socialsekreterare lyckas man hitta en rimlig plan för hans försörjning under de kommande 6-12 månaderna. Den består av en ovanlig mix av A-kassa, sjukpenning, socialbidrag och "flitpeng" på beredskapsarbetet

Vid ett gemensamt nätverksmöte där inte bara Egons olika professionella handläggare deltar utan även hans äldre bror, en tidigare arbetskamrat som Egon hållit kontakten med samt Egons yngsta son Erik diskuterar man gemensamt och tillsammans med Egon hur han skulle kunna tackla sitt framtida livsöde.

Nu inleds det mödosamma arbetet med att få Egon på fötterna. Eller snarare att stödja Egon i denna process. Man inriktar sig inledningsvis på att skapa nykterhet och vana att regelbundet komma till ett arbete, även och i synnerhet på måndagar. Handläggaren lyckas hitta ett lämpligt

<sup>3</sup> Nacka Fyren har lånat kännetecken från ett antal projekt vi varit i kontakt med och arbetat med under de senaste åren, kanske främst; Fyren i Södertälje, arbetskooperativen Glöden, Hamnkompaniet och Klippan, Nacka Samarbetsprojekt samt projektet för imaginära organisationer i Värmdö

beredskapsarbete åt honom i AMAs regi. Han får börja arbeta vid ett återvinningsprojekt och syssla med metallåtervinning vilket dels stämmer med Egons yrkesbakgrund och dels av honom uppfattas som meningsfullt.

Det är motigt i början. Egon får flera återfall men arbetsledaren vid AMA i samarbete med projekthandläggare och socialsekreteraren drar alla hårt i Egon för att han ska komma igen. Kommer han inte eller kommer för sent söker de aktivt upp honom. de vet av erfarenhet att det är de tre första månaderna som är värst, sedan börjar det gå lättare. Under tiden går han i regelbunden samtalsterapi vid psykiatrins öppenvård.

Den återupptagna kontakten med brodern och yngste sonen Erik blir viktiga grundstenar i Egons rehabiliteringsprocess. Det förefaller som om dessa kontakter bidrar till att skapa mening i Egons liv.

Gradvis blir det mer och mer ordning med Egons liv. Efter stöd från både terapeut och socialsekreterare tar han efter nästan tio års uppehåll kontakt med sin äldsta son Björn och får för första gången tillfälle att träffa sitt enda barnbarn, tvååriga Linda.

Efter ett halvårsarbete inom AMA känner Egon att han vill gå vidare och lotsas nu vidare till det arbetskooperativ skapat för ”meningsfull sysselsättning” som startats i kommunen. Här hittar Egon inte bara ett meningsfullt arbete (han får fortsätta med återvinningsprojektet men nu i en helt annan företagsform) utan också för första gången en social gemenskap där arbetet och inte spriten är den sammanhållande länken. Kooperativet är delvis intäktsfinansierat och delvis finansierat med medel från socialtjänsten och Dagmarpengar. Men kooperativet ger också medlemmarna stolthet och oberoende. Där finns också det goda exemplets makt och ett demokratiskt organiserat arbete.<sup>4</sup>

I kamratskapet i arbetskooperativet hittar Egon några andra personer som delar hans numera nästan bortglömda passion för sportfiske. Ganska snart har nu Egon inte bara tagit upp sitt gamla intresse utan också gjort detta i en gemenskap med andra.

Under tiden som Egon arbetar i arbetskooperativet har hans projekthandläggare tillsammans med Egon planerat och inlett en arbetsmarknadsutbildning i numerisk svarvning. Han varvar sin utbildning med arbete på kooperativet. Egons gamla arbetskamrat, som numera arbetar vid Nacka Mekaniska AB, ett litet företag med 12 anställda, förhör sig hos sin arbetsgivare och efter viss tvekan är man beredd att stämma möte för att diskutera en lönebidragsanställning för Egon.

Intervjun utfaller till belåtenhet och Egon får på prov börja en lönebidragsanställning där 90% av lönekostnaden inledningsvis betalas av arbetsförmedlingen. Han fungerar allt bättre och bättre på sitt arbete och både de kurativa insatserna och den psykiatriska behandlingen kan gradvis

<sup>4</sup> grundbultarna oberoende, stolthet, exemplets makt och demokrati är några av hörnstenarna i arbetskooperativet Bastas företags- och verksamhetsidé

trappas ner. Egon har nu blivit en aktiv och hängiven medlem av AA vars veckomöte han aldrig uteblir från. Andra halvåret 1996 skärs lönebidraget efter samråd med arbetsgivaren ner så att Egon numera får 30% av sin lön direkt från arbetsgivaren. På arbetet har han socialt stöd inte bara av sin gamla kamrat utan också i företagets VD som engagerat sig i Egons situation.

## Kommentarer

Öde tre slutar med att Egon vid ingången av 1997 har en lönebidragsanställning på Mekaniska AB. Lönebidraget är 50%, men sjunker redan 1998 till 30% för att ligga på denna nivå de kommande åren. Vid 55 års ålder förtidspensioneras Egon delvis och resterande tid arbetar han med 30% lönebidrag vid sitt företag.

Detta livsöde utmärks av några olika saker

- \* Egons problematik som är av multinatur möts här av ett arbetsteam med multikompetens
- \* teamet har ansvar för Egon i sin helhet och, man gör en allsidig bedömning av hans behov innan rehabiliteringsarbetet inleds
- \* inga extra resurser tillskjutes. Man använder de resurser som redan finns men ger insatserna större effekt genom att integrera dem
- \* man mobiliserar stora delar av Egon personliga nätverk<sup>5</sup> i rehabiliteringsprocessen som inte bara görs till en behandlingsfråga utan till en livssituationsfråga
- \* Egon själv är en aktiv part i rehabiliteringsarbetet. Han förutses kliva ur sin klientroll och gradvis, med stöd, börja ta ansvar för sitt eget liv
- \* man sätter upp realistiska och gemensamma mål för rehabiliteringsarbetet och rehabiliteringsarbetet koordinerar både psykiatriska insatser, socialt stöd, arbetsträning, utbildning och försörjning
- \* man arbetar i samlat team men har rejäl förankring i sin profession – samverkan bygger på nyttjandet av varje aktörs kärnkompetens
- \* det föreligger en gemensam grundsyn kring Egon som människa och klient

<sup>5</sup> förebild till detta är bl.a. det familjerådgivningsprojekt som enligt Zeeländsk modell inleds i Värmdö

## Några tänkbara slutsatser och tankespår

Nedan har jag i telegramform lyft fram några tankar kring Egon och alla gråzonsmänniskor jag mött i olika samverkansprojekt de senaste 10-15 åren i min roll som konsult, utvärderare och forskare.

### Mekanismerna bakom utebliven samverkan

De generella mönsterna bakom Egons öden i de två första scenariona går att spåra till ett antal generella mekanismer jag mött i olika sammanhang. Skulle man sammanfatta ett trettiotal rehabprojekt jag arbetat med skulle jag använda följande stickord. Jag spetsar medvetet till formuleringarna för att bli tydlig

- \* multiproblem kräver **multikompetens**
- \* den avsedda rehabiliteringstrappan saknar flera trappsteg :**glappet i rehabtrappan**
- \* **Svarte-Petterspelet** med den olönsamme klienten
- \* den **digitala människosynen**; tendensen att se människor som helt arbetsföra eller helt utslagna
- \* den **hjäplösa välfärdsmänniskan**; klienten som behandlat objekt i stället agerande subjekt
- \* **utslagningsryssjan**; en gång utslagen alltid utslagen (den sociala bränmärknigen)
- \* **in-the-long-run-we're-all-dead-syndromet**; ingen ser och beaktar effekter på lång sikt
- \* **ingen stämmer i bäcken**; ingen aktör har incitament att agera tidigt och arbeta preventivt
- \* **någon annan betalar notan effekten**, aktörer gör insatser som leder till kostnader för andra och negligerar detta
- \* **enfald i stället för mångfald** i klientsyn; diagnos ställs utifrån den sektor där klienten "råkar" hamna inte utifrån ett samlat perspektiv på individen
- \* **stamkundssyndromet**; godartade klienter behålls för att ge handläggaren/behandlaren tillfredsställelse eller intäktskällor (naturligtvis sker detta ytterst sällan medvetet)
- \* **tron på den sanna läran**; varje sektors föreställning om att äga den rätta klientsynen
- \* brist på balans mellan **välfärdscyniker och sociala världsförbättrare**. Båda grupperna är lika farliga för Egon

## Förutsättningarna för samverkan

Min erfarenhet är att merparten av dagens samverkansproblem redan nu går att lösa inom ramen för rådande strukturer och regelsystem. Detta under förutsättning att det finns människor som är samverkansorienterade och är beredda att tolka regler med ett öppet sinne. Man skulle lite tillspetsat kunna säga att samverkan går att genomföra trots regler och strukturer. Det finns mycket få inslag i dagens struktur som direkt gynnar samverkan. Det förutsätter några enkla saker;

- \* man skapar kunskap om samverkansproblemets omfattning och kostnader för utebliven samverkan – **motivationsfaktorn**
- \* man formulerar mål för vad man vill uppnå – **målsättning**
- \* noga definiera vilka problem och vilka behovsgrupper man vill komma åt – **problemdefinition**
- \* arbetar parallellt med långsiktiga visioner och konkret problemlösning – **långt borta och nära**
- \* är beredd och lyckas skapa vinna-vinna situationer – **förlorarna blockerar**
- \* skapar en tillfällig "imaginär organisation" för att leda och stödja samverkan – **inga stora överbyggnader**
- \* skapar kunskap och respekt för varandras kompetenser – respekt
- \* bygger samverkan utifrån de enskilda aktörerna kärnkompetens – **samarbete är inte samma arbete**
- \* att man är beredd att tillföra resurser från de olika aktörerna av "smörjmedelsnatur" för att få igång arbetet – **samverkan kräver investering**

## Den överdrivna tron på institutionella förändringar

Det finns idag en utbredd föreställning om att stora organisatoriska och institutionella förändringar är kungsvägen till ökad samverkan. Stenungsundsmodellen är ett exempel på detta. Jag är inte övertygad om att så är fallet. Varje förändring av huvudmannskap och gränser leder till nya gränsproblem. Personligen tror jag vägen är betydligt enklare. Jag kan se några enkla insatser som kan göras och som vare sig kostar pengar eller som kräver stora förändringar

- \* något modifierade **uppdraagsformuleringar** till de fyra välfärdsaktörerna med avseende på gråzonsmänniskorna. Framförallt trycka på att samverkan är en del av uppdraget
- \* i enstaka fall modifieringar av **regelsystem** så att de är mera kompatibla mellan de olika aktörerna alternativt skapa regler av ram/målnatur



- \* tillskapandet på lokal nivå av fria medel, **gråzonspengar**, en sorts **vidgade Dagmarmedel**, för att använda som smörjmedel.

Det stora hindret mot samverkan sitter i människors huvuden och detta kräver en helt annan strategi- och problemlösningmodell än enbart strukturlösningar. Men detta handlar mer om pedagogik än något annat.

### Vad kostar utebliven samverkan

Utebliven samverkan leder till att de välfärdsinsatser vi gör får låg, ringa eller motsatt effekt mot vad man tänkt sig. Klassikern är alkoholisten som äter upp sig på behandlingshemmet för att kunna suppa vidare då han kommer hem.

Men vi får också betydande kostnader för Egon. Dessa kostnader består både av finansiella kostnader (olika former av transfereringar) och reala kostnader (faktiska resursupppoffringar). Rent allmänt sett tar rehabiliteringsprocessen avsevärt längre tid än den skulle behöva göra, den leder till sämre slutresultat än den skulle kunna göra, den kostar mer under tiden och den lämnar bakom sig både frustrerade klienter och handläggare. Naturligtvis uppstår rent mänskliga kostnader i form av onödigt lidande. Och det värsta av allt; det finns kända, prövade och fungerande alternativ.

Vår erfarenhet är att skillnaden i kostnader mellan "best case" och "worst case" är mycket betydande. För ett geografiskt område som **Nacka kommun ligger den mera sannolikt över än under 1.000 Mkr.** om vi beaktar alla de gråzonsmänniskor som kan vara berörda och alla de aktörskostnader som uppstår

Vi tror att det är en särskild poäng att **kvantifiera och prissätta kostnaden för utebliven samverkan.** Därigenom får vi nämligen en uppfattning om vilka investeringar i form av nya arbetsmetoder som skulle vara värda att genomföra för samhälle. En sådan kunskap har en högst motiverande effekt för berörda aktörer

Vi vet att sådana beräkningar både i princip och i praktiken inte är särskilt svåra att genomföra på en preciseringsnivå som är tillräcklig för att fatta policybeslut i frågan.

Det går att räkna på effekter både på kort och lång sikt, både för samhället i stort och för de olika aktörerna. Och det är inte särskilt svårt om vi ett första skede begränsar oss till att söka kunskap om sambanden i stort och storleksordningarna på effekterna för att i ett senare skede skaffa oss mer preciserad detaljkunskap.

## Kommittédirektiv

### Kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet

Dir. 1996:9

Beslut vid regeringssammanträde den 8 februari 1996

#### **Sammanfattning av uppdraget**

En särskild utredare tillkallas för att kartlägga lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet mellan huvudmän som har näraliggande verksamheter.

#### **Resurserna måste utnyttjas bättre**

Nödvändigheten av att samordna resurser för att förbättra rehabiliteringsarbetet har tagits upp i olika sammanhang under senare år. Det finns ett stort behov av att mer effektivt utnyttja de samlade resurserna för att bättre kunna tillgodose enskilda människors behov av stödåtgärder. Många människor med långvarig arbetslöshet, psykosociala eller hälsomässiga problem kan lätt hamna i en gråzon mellan de olika systemen eftersom de inte renodlat faller inom någon viss myndighets ansvarsområde. Detta kan ofta leda till en rundgång mellan socialtjänsten, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården med många gånger kortsiktiga och ineffektiva insatser som följd. Genom bättre samverkan kan man förkorta de tider då människor står utanför arbetslivet.

#### **Utredningar och försök som pågår**

Regeringen har på flera sätt uppmärksammat behovet av förbättrad samverkan mellan huvudmän med näraliggande verksamheter. Frågan har varit och är aktuell i flera utredningar. Alkoholpolitiska kommissionen efterlyste en översyn som tydliggör var gränslinjen går för hälso- och sjukvårdens, socialtjänstens, arbetslivets och för-

säkringskassornas rehabiliteringsansvar (SOU 1994:24 och 27). Sedan år 1993 pågår konkreta försök på lokal nivå med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och socialförsäkring (Finsam). Syftet med försöksverksamheten är att skapa drivkrafter inom systemen för socialförsäkring och för hälso- och sjukvård för ett bättre utnyttjande av de gemensamma resurserna.

I ytterligare en försöksverksamhet (Sosam) ingår också socialtjänsten. Sådan försöksverksamhet får bedrivas under tiden den 1 juli 1994 – 31 december 1997 inom fem lokala områden. Godkännande finns för närvarande för en kommun, medan ytterligare ett antal ansökningar behandlas.

Frågor om förbättrad samverkan ingår i de nya direktiven till Sjuk- och arbetsskadekommittén (Dir 1995:54) som regeringen beslutat om. Kommittén skall i samarbete med Arbetsmarknadspolitiska kommittén (A 1994:01) klargöra gränsdragningsfrågor mellan olika ersättningsystem. När kriterier och regler renodlas i de olika ersättningsystem kan det få konsekvenser för människor som befinner sig i gräzonen mellan de olika systemen. Med tydligare gränser i sjukförsäkringen och arbetslöshetsersättningen finns en risk att alltför hamnar utanför ersättningsystemen och blir beroende av socialbidrag. Sjuk- och arbetsskadekommittén skall därför tillsammans med Arbetsmarknadspolitiska kommittén undersöka hur en närmare samverkan mellan olika myndigheter kan åstadkomma en rehabilitering till arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt även för utsatta grupper.

Ett underlag för Sjuk- och arbetsskadekommitténs arbete är erfarenheterna från de projekt som finansierats inom ramen för de s.k. Dagmarpengarna. Från och med år 1991 har särskilda medel avsatts inom ramen för ersättningarna från sjukförsäkringen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården. Det övergripande målet med medlen är att öka kapaciteten inom den medicinska rehabiliteringen för att snabbare återföra människor till arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt.

Frågor om samverkan mellan myndigheter har även uppmärksamats i ESO-rapporten, En social försäkring (1994:81) samt i Socialtjänstkommitténs slutbetänkande (SOU 1994:139). I uppdraget till Storstadskommittén (Dir 1995:35) ingår att lämna förslag till hur bostadsområdena bättre skall ta tillvara sina totala resurser utan hinder av traditionella uppgiftsgränser. Kommittén skall föreslå behövlig förändring av lagteknisk, finansiell och organisatorisk natur för att man skall kunna uppnå en bättre samverkan mellan myndigheter.

Också den föregående Storstadsutredningen behandlade frågor om samverkan och pekade på framgångsrika samarbetsprojekt där personal från socialtjänsten, försäkringskassan och arbetsförmedlingen kunnat ge effektivare stöd till grupper med svårigheter på arbetsmarknaden (SOU 1990:36). De resurser som finns i bostadsområdena ansågs vara tillräckliga men kunde användas effektivare genom ökad samverkan.

Den s.k. Cesar-gruppen bestående av representanter för Socialstyrelsen, Riksförsäkringsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetarskyddsstyrelsen och Arbetslivsfonden redovisade i juni 1994 en rapport om gemensamma insatser för arbetsrehabilitering. Gruppen uppmärksammade i sin rapport vikten av tydliga samverkanssignaler från centrala myndigheter samt gemensamma målformuleringar för samverkansarbetet på lokal nivå. Cesargruppen framhöll den lokala utvecklingen av samverkansformer och betonade möjligheten till lokala försök.

Erfarenheter av fyrpartssamverkan redovisas i det s.k. Finspångsprojektet (Finspångsprojektet – rapport från en förstudie om samverkan och samordning av insatser och resurser). En fyrpartssamverkan skulle enligt rapporten kunna ge ett mer effektivt användande av samhällets resurser.

Socialförsäkringsutskottet tar i sitt betänkande 1994/95 SfU17 upp frågan om fyrpartssamverkan. Mot bakgrund av tilläggsdirektiverna till Sjuk- och arbetsskadekommittén samt resultatet av förstudien i Finspångsprojektet anser socialförsäkringsutskottet att det är dags att ta ytterligare ett steg i utvidgningen av försöksverksamheten med finansiell samordning mellan socialtjänsten, försäkringskassan och hälso- och sjukvården och inlemma även arbetsmarknadsmyndigheterna i försöken. Utskottet föreslår ett tillkännagivande om att regeringen bör bereda frågan och återkomma till riksdagen med ett förslag. Riksdagen följde utskottets förslag (rskr. 1994/95:344).

## Uppdraget

En särskild utredare får i uppgift att kartlägga olika former av lokala samverkansmodeller. Studien skall ses som ett komplement till regeringens vidare beredning av frågan och syftar till att få fram ett fördjupat kunskapsunderlag för pågående utredningar i den mån detta kan samordnas tidsmässigt. Kartläggningen bör framförallt omfatta de samverkansprojekt där kommunen, försäkringskassan och arbets-

marknadsmyndigheten ingår men projekt där hälso- och sjukvårdshuvudmännen medverkar är också av stort intresse.

Behovet av att hitta rationella former för samverkan och finna en organisation som fungerar för utsatta grupper är stort. Som framgått ovan är emellertid de försök som bedrivs med stöd av försökslagstiftning av relativt begränsad omfattning. Projekten avser främst försök med finansiell samordning. Det finns skäl att fördjupa kunskaperna om effektiva modeller för samverkan. Det är därför önskvärt att skapa en bred överblick över de projekt av varierande omfattning och inriktning som pågår i landet och ta del av hittills gjorda erfarenheter. Det kan vara av särskilt intresse att analysera vilka hinder och problem man möter som uppkommit i projekt där man utifrån en stark vilja till samverkan kommit igång med konkret verksamhet.

Arbetet skall genomföras i samarbete med en expertgrupp bestående av representanter för Social-, Arbetsmarknads-, Civil- och Finansdepartementen samt representant för Sjuk- och arbetsskadekommittén och Arbetsmarknadspolitiska kommittén. I expertgruppen skall också ingå representanter för Landstings- och Kommunförbundet.

För utredningen gäller direktiven att pröva offentliga åtaganden (Dir 1994:23) och att redovisa regionalpolitiska och jämställdhetspolitiska konsekvenser (Dir 1992:50 och Dir 1994:24).

### **Redovisning av uppdraget**

Resultatet av arbetet skall redovisas den 31 maj 1996.

(Socialdepartementet)

## Projektbeskrivningar för de 14 projekt som ingick i intervjustudien

<b>Ort</b>	<b>Sid</b>
Helsingborg .....	125
Nacka .....	128
Uppsala .....	131
Kristianstad .....	134
Osby .....	137
Piteå .....	139
Trothättan .....	142
Kungsbacka .....	145
Borlänge .....	148
Eskilstuna .....	151
Timrå .....	154
Vilhelmina .....	157
Umeå (SESAM) .....	160
Umeå (Stegen) .....	163



**Ort:** Helsingborg

**Projekt:** Förenade krafter

**Samverkande parter:** AMI, FK, Arbetscentrum, socialtjänsten.

### **Bakgrund**

Arbetscentrum är en utförarorganisation med träningsmöjligheter och arbetsplatser som lyder under den kommunala arbetsmarknadsnämnden. Nämnden som inrättades i jan. 1995 har ansvaret för stadens samlade sysselsättningsåtgärder och övriga arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Nämnden fungerar som en beställare av sysselsättningsåtgärder inom Helsingborgs stad. (Arbetsprövning/träning är en viktig del av verksamheten. De åtgärder som i övrigt kan bli ett resultat av remiss till Arbetscentrum är beredskapsarbete, lönebidrag, skyddad sysselsättning, ALU och ibland arbete på den öppna marknaden.)

### **Målgrupp och målsättning**

Personer som haft förankring på arbetsmarknaden, men som nu är långtidssjuka, arbetslösa eller har social problematik i form av missbruk. Man måste dock vara rehabiliterad från missbruket. För att kunna tillhöra målgruppen måste man ha en positiv inställning till att återgå i arbete och motivation att medverka i rehabiliteringen.

Målsättningen är en samordning av AMIs, FKs och socialtjänstens resurser så att rehabiliteringsprocessen förkortas och kvaliteten förbättras.

### **Organisation**

Arbetsmarknadsnämnden är huvudman och beställare och projektet utförs av tjänster. Nämnden anvisar ekonomiska medel till projektorganisationen. Det finns en styrgrupp bestående av personer från nämnden, FK, AMI och socialförvaltningen. En gemensam projektplan för Arbetscentrum fungerar som överenskommelse mellan myndigheterna om hur verksamheten ska bedrivas.

### **Samarbetsformer**

För att utveckla metodiken och arbetsformerna har Arbetscentrum involverat personalgruppen i en bred diskussion (grupparbeten, seminarier) om arbetsmetoder och ledningsfrågor. Resultatet finns dokumenterat i en metodhandbok. Rätt att remittera till Arbetscentrum för arbetsprövning/träning har socialtjänsten, AF/AMI (särskild blankett finns), FK och flyktingenheten. Utifrån remissen och en gemensam diskussion mellan AMI, socialtjänsten och Arbetscentrum beslutas vilka som ska föras över till Arbetscentrum för prövning/träning. Klienten kallas därefter till 4-



partssamtal och får sin första information och placeras i någon av centrums grupper eller på någon annan arbetsplats i någon kommunal förvaltning eller ideell förening.

Arbetsprovningen görs av AMI – men med hjälp av Arbetscentrums platser; den innefattar en kartläggning av kunskaper, intressen, anlag etc. De olika verksamheter inom vilka provningen/träningen kan ske är bilrekonditionering, flyttning/packning, trädgårdsarbete, målning, snickeri, återvinning/sortering, textil samt kök- och restaurang. Vid uppföljnings-samtal (det första sker efter en månad) medverkar alltid arbetsledare, socialkonsulent och klient. Målsättningen är att med maximalt ett års placering i arbetsprovning/träning slussa dessa personer vidare. I en gemensam kartläggningsfas som man kallar slussen fokuserar AMI förutsättningar, intressen, mål; socialtjänsten – den sociala situationen, förutsättningar för social anpassning; FK – den medicinska problembilden och de funktionsmöjligheter som kvarstår och kan utvecklas. Under slusstiden har respektive handläggare kvar sitt ärende. Samarbetet sker bara i ärenden där de är berörda.

Ekonomiska medel finns avsatta för den individuella arbetsprovningen/träningen i form av lokaler/anläggningar, arbetsplatser inom Arbetscentrum. Dessa medel täcker också personalkostnader för projektledare och handledare. När klienterna kommer till projektet för en längre tids arbetsprovning utgår beredskapslön. När utslussning blir aktuell övergår klienten till annan beredskapslön, utbildningsbidrag etc. beroende på sysselsättningsform. Under innevarande år räknar man med att ca 600 ärenden kommer att bli aktuella för inslussning.

### **Upplevda hinder**

Bland de negativa erfarenheter som nämns finns diskussioner kring detaljfrågor om metoder, vem ska jobba med vem, ansvarsfördelning på arbetsuppgifter, ersättningsfrågor. Ibland har förväntningarna på att få åsidosätta regler som någon myndighet har, t ex FK, också varit för stora, vilket lett till besvikelser. De regelmässiga hindren finns till viss mån kvar; olika myndigheter har ibland skilda mål. Arbetsprovning betyder olika saker hos olika myndigheter. Medan FK vill få ut folk i arbete, vilket som helst, vill AMI ha en varaktig lösning. Ett hinder i projektet har varit att mycket tid går åt att pröva rätten till olika ersättningar. Man kommer heller inte ifrån det faktum att ersättningar har olika nivå, vilket kan verka styrande på vilka rehabiliteringsåtgärder som vidtas. Ur detta projekts synvinkel vore det lättast om en enda rehabiliteringsersättning utgick oavsett om det är medicinska, sociala eller arbetslivsfaktorer som ligger till grund för behovet av insatsen. Bidragstypernas olika nivåer kan också skapa problem genom att klienter på samma arbetsplats kan få olika stor ersättning för "samma" prestation.

En annan iakttagelse som förmedlades var behovet av ett snabbare och smidigare samarbete med LAN (på regional nivå) – att mer fritt få tillgång till åtgärdsmedel. Att de flesta åtgärder är starkt tidsbegränsade är ett problem; efter sex månader måste ny åtgärd till. Detta skapar en ryckighet i rehabiliteringsarbetet.

### **Möjligheter och positiva erfarenheter**

Det uppgavs som positivt att man kunnat få igång arbetsrehabiliteringens första faser som en sammanhållen verksamhet där aktörerna kan träffas på en enkelt sätt. Samsyn har utvecklats. Förut samarbetade tre AF med ett eller flera AMI och ett mindre kommunalt Arbetscentrum, nu finns en renodling på socialmedicinska handikappgrupper – en sådan renodling hade inte gått att genomföra inom ett vanligt AMI. Workshops i samband med starten lade grunden för en samsyn.

Man har fått ökad kännedom och förståelse för andra myndigheters sätt att arbeta och lärt känna varandra personligen; man har upptäckt varandras kvaliteter. Det är en resurs att man får träna i en kollektiv miljö. Något man säger sig ha lärt sig under projektets gång är att ”lägga saker och ting på bordet”; diskutera fram saker gemensamt, ej bara på chefsplanet, utan även handläggare emellan. Det är också viktigt att man har täta träffar och lägger ner mycket tid på gemensam utbildning i början. Erfarenhet med utomstående parter, t ex privata arbetsgivare och ideella föreningar har utökats genom en aktiv uppsökande metodik.

### **Allmänna synpunkter**

Målsättningarna måste tydliggöra vilka som ska prioriteras, vilka ska kartläggas, vilka ska man inte ta hand om. Det är viktigt att styrgruppen/ledningsgruppen är med i dessa diskussioner. Diskussionen bör föras på alla nivåer i hierarkin. Respekt för varandras olikheter inom myndigheterna anses viktigt. Styrningsproblem kan uppkomma till följd av att myndigheterna inte är ”jämlika”; vissa myndigheter har gott om åtgärdsmedel, medan andra inte har några egna rehabiliteringsinstrument. Vanliga kommentarer är att man borde luckra upp regelverken, korta ned väntetider mellan åtgärder och få en gemensam ersättning för olika rehabiliteringsbehov. Det är också viktigt att det är lön som utbetalas. Detta utgör en stor motivationsfaktor.

**Ort:** Nacka

**Projekt:** Nacka samarbetsprojekt

**Samverkande parter:** AMI, FK, primärvården och psykiatrin, samt Nacka socialkontor

### **Bakgrund**

Initiativet till att projektet startades togs av en storgrupp bestående av handläggare från ett flertal myndigheter och andra berörda organisationer. Ur denna grupp utvaldes sex personer som fick i uppgift att arbeta aktivt med de aktuella problemgrupperna. Projektet var i denna fas inte helt förankrat hos cheferna utan fungerade som ett personligt nätverk. Efterhand som denna aktivitet fick accept uppifrån kunde Dagmar-pengar anslås och projektet fick en mer självständig utformning. Projektets grundidé är att det gäller att motverka att olika myndigheter i onödan skickar klienten/den försäkrade vidare till en annan myndighet som man anser mer berörd att ta ansvar för personen ifråga.

### **Målsättning och målgrupp**

Projektets målsättning är framför allt att göra en helhetslösning av arbetsträningssfasen och att samarbeta myndigheterna emellan. Detta är en förutsättning för att komma vidare och uppnå de mer övergripande mål som projektet ställt sig, d v s att förkorta handläggningstiderna, minska bidragsberoendet och förmå de sökande att bli självförsörjande och minska ohälsotalet.

Målgruppen är personer med rehabiliteringsbehov som varit eller kommer att bli aktuella vid AF eller AMI. De ska också uppfylla något av följande kriterier: försörjning genom socialbidrag eller sjukpenning/sjukbidrag; upprepade kontakter med primärvården i Nacka; psykiska besvär och kontakt med Nacka/Värmdö psykiatriska sektor. Det krävs av de som deltar i projektet att de är motiverade; att man har bostad, är i arbetsför ålder och att man kan tala och förstå svenska. Vid inskrivningen i projektet skriver klienten på en fullmakt om tillstånd för myndigheter att ta del av information rörande individen. Fullmakten löser också eventuella sekretessproblem myndigheterna emellan.

### **Organisation**

Arbetsgruppen (projektgruppen) består av handläggare från AMI, FK, primärvården och psykiatrin, samt Nacka socialkontor. Man arbetar för närvarande gemensamt i en lokal som kommunen tillhandahåller. En särskild projektledare har anställts för att arbeta tillsammans med och samordna de olika insatserna genom en tät kontakt med handläggarna som började arbeta i projektform den 1/12-1995. Förutom arbetsgruppen med

representanter för de olika myndigheterna finns en ledningsgrupp där chefspersoner från respektive myndighet ingår. I huvudsak nyttjar man de resurser som finns inom respektive myndighet; till den del som arbetsgruppen är involverad i planering och genomförande av arbetsträningen görs detta inom ramen för respektive myndighet. Den extra resurs som tillförts är Dagmar-medel som finansierar projektledarens heltidstjänst och den övriga arbetsgruppens fyra halvtidstjänster. Resterande halva tjänster finansieras via hemmamyndighet. Från dessa medel finansieras också handledning för arbetsledare. De klienter som deltar i projektet försörjs med hjälp av de reguljära bidrag de uppbär; men via Dagmar-medlen finns ett "extra" ekonomiskt utrymme för betalning av arbetsträningsplatser.

### **Samarbetsformer**

En remiss till projektet kan komma från någon av de ovannämnda myndigheterna. Denna remiss (formulär) har gemensamt ifyllts av handläggaren och klienten. En viktig information, utöver uppgifter om sjukdomsbesvär, arbets- och utbildningshistorik, egna önskemål etc, är hur många olika handläggare individen har och naturligtvis vilka de är. Den handläggare som tar initiativ till remissen följer klienten till arbetsgruppen. Klienten ger projektet fullmakt att hålla kontakt med andra myndigheter och det görs en tydlig arbetsfördelning mellan den remitterande handläggaren, arbetsgruppen och klienten.

Därefter görs en noggrann kartläggning av fysiska, psykiska och sociala funktionshinder/möjligheter. En lämplig arbetsträningsplats söks: antingen inom kommunen eller landstinget eller på den privata arbetsmarknaden. När man hittat en sådan träningsplats gör en handläggaren i arbetsgruppen och klienten ett gemensamt besök som utmynnar i ett startdatum och överenskommelse om närvarotid (den kan ändras efter överenskommelse). Den första uppföljningen sker telefonledes efter en vecka – efter ytterligare en vecka besöker någon av projektets handläggare klienten på träningsplatsen och efter ytterligare en tid sker samråd med den remitterande myndigheten. Där diskuteras vad som ska hända efter arbetsträningen. Arbeta i någon form – eller sjukbidrag förtidspension. Det händer också att flerpartssamråd med hela det professionella nätverket genomförs om vägen vidare anses oklar.

Samarbetet var till en början mycket informellt. Efterhand har dock aktiviteterna formaliserats. Remisser behandlas vid ett tillfälle varje vecka och metodfrågor diskuteras på ett planmässigt sätt. De respektive sektorsgränser som finns har inte brutits upp i den meningen att projektet förfogar över sociala bidrag som sjukpenning, utbildningsbidrag etc. Projektledare och projektets handläggare har snarast fått uppgiften att på ett aktivt och smidigt sätt gå över de olika gränserna: detta sker genom att handläggare på myndigheterna nu erhållit en mer tillbakadragen roll under själva arbetsträningsfasen. Handläggarnas roll markeras i stället under ett antal

nyckelövergångar: vid remiss, arbetsträningens slut etc. Ca femtio personer har deltagit i projektet.

### **Hinder**

Projektets svaga sidor handlar i hög grad om försörjningsmöjligheterna i den fas som kommer efter arbetsträningen. Det finns en svår övergångsfas mellan arbetsträning och försörjning av eget arbete. Att få till stånd lönebidragsanställningar anses idag vara omöjligt på grund av politiska beslut. Förhållandet att arbetsplatsintroduktion, API, efter sjukpenning ger så låg ersättning kan också göra det svårt att upprätthålla klientens motivation.

### **Möjligheter och positiva erfarenheter**

Ett bättre samarbete utifrån individens behov har kunnat åstadkommas. Kvaliteten anses också ha blivit bättre både vad gäller utredningar och den konkreta arbetsträningen. Individen får genom den nära och täta kontakten med projektmedarbetarna ett ökat personligt stöd som ger bättre förutsättningar för en framgångsrik rehabilitering och i förlängningen ökad kapacitet för egen försörjning. Bättre utredningar och arbetsträningar resulterar också i att ärenden i större utsträckning hamnar hos rätt myndighet när arbetsträningen slutförts. Några enstaka har också beviljats förtidspension. Handläggarna anser att de också blivit mer kreativa och mindre bundna av hemmamyndigheten, även om de poängterar vikten av att känna stöd och tillhörighet i sin hemmamyndighet. Det gränsöverskridande arbetet har upplevts som givande av handläggarna i arbetsgruppen. Man har lärt sig mycket om de andra myndigheternas regler och arbetssätt.

### **Allmänna synpunkter**

Det upplevs inte som bra att olika myndigheter som medverkar i projektet måste spara och göra ekonomiska prioriteringar. Det leder till att man i första hand prioriterar myndighetens egna klienter; *vad är friskt och vem som bedöms frisk nog att arbeta?*

**Ort:** Gottsunda kommunal (Uppsala)

**Projekt:** Gottsunda-Fyren

**Samverkande parter:** FK, LAN, socialtjänsten och psykiatriska öppenvårdsmottagningen

### **Bakgrund**

Initiativet till att projektet startades togs av en samverkansgrupp bestående av representanter för FK, AMI, socialförvaltningen och psykiatrin. Förebilder till Fyren var projekt i Rinkeby och Södertälje.

### **Målsättningar och målgrupp**

Projektets grundidé är att skapa nya samverkansformer för att minska rundgången av klienter aktuella hos flera myndigheter. Genom att skapa samarbetsteam bestående av handläggare från FK, LAN, socialtjänsten och psykiatriska öppenvårdsmottagningen avsåg man att öka kunskaperna om varandras verksamhetsområden och förutsättningar samt att nå fram till ett gemensamt perspektiv på klienterna. Att få ut mer av de gemensamma resurserna och kunskaperna var ett viktigt motiv för att starta projektet: möjligheterna för fler lyckade rehabiliteringar, ökad förmåga för individen att försörja sig och minskade kostnader för samhället var de långsiktiga mål som uppsattes. En annan idé bakom projektet var att kunna enas om vilka individer som inte kan prioriteras – och att komma fram till hur man utifrån ett omsorgsperspektiv kan hjälpa dessa.

Projektets målgrupp, som vid starten omfattade 150 personer, var klienter som var aktuella hos minst två av myndigheterna; som var arbetslösa eller hade svag förankring på arbetsmarknaden och där den primära orsaken därtill ansågs vara medicinska och/eller psykosociala faktorer och inte arbetsmarknadsmässiga faktorer. Till målgruppen räknades inte personer med pågående missbruk eller kriminalitet. Ensamstående med socialbidrag eller sjukpenning/sjukbidrag var den största gruppen. Många hade en sammansatt social och medicinsk problematik. De krav som ställdes på klienten var att denne skulle vilja förändra sin egen situation; vara motiverad för utbildning eller arbete och ha en ordnad social situation. Man har undvikit sekretessproblem genom att klienten skrivit på en fullmakt vid remiss till projektet.

### **Organisation**

Projektformen innebar att de som ingick i teamet hade kvar sin förankring i respektive myndighet. Gottsunda kommunalförvaltning ställde en lokal till teamets förfogande. I lokalen samarbetade personal från olika myndigheter på ett nära sätt. Verksamheten styrdes av en ledningsgrupp bestående av chefer från de olika myndigheterna. De personalresurser som tilldelades projektet var dels en projektledare på halvtid som bekostades av FK och LAN; från FK avdelades en rehabhandläggare på heltid; från kommunen en

socialsekreterare på heltid (kommunen); en AMI konsulent på heltid (LAN bekostade lönen); en kurator på 20% och en skötare från psykiatriska öppenvårdsmottagningen på 20% samt läkarkonsultationer.

Resurser för klienternas försörjning tilldelades teamet i form av särskilda åtgärdsmedel från LAN, FK och kommundelsförvaltningen: ett antal utbildningsbidrag, rekryteringsstöd, lönebidrag och andra arbetsmarknadspolitiska insatser samt medel för köp av yrkesinriktad rehabilitering.

### **Samarbetsformer**

Varje myndighet som ingick i projektet hade möjlighet att remittera klienter till teamet. Därefter skulle en individuell planering göras för varje person innefattande en kartläggning av dennes behov och resurser, önskvärd förändring, nödvändiga insatser, åtgärder och uppföljning. Varje inskriven togs i lokalen emot av 2 handläggare. De insatser som teamet hade att tillgå var: vägledning, arbetsträning, praktikplatser, aktiveringskurser, träningsplatser och skraddarsydda lösningar med hjälp av olika arbetsmarknadspolitiska insatser. Socialtjänsten och FK har remitterat de flesta.

Problem uppkom ur det förhållandet att målgruppen inte var tillräckligt tydligt definierad. Olika remitterande myndigheter hade olika uppfattning om vilken målgrupp projektet skulle arbeta med: FK ville få ut sökande till arbete via arbetsrehabilitering och AF ville att projektet skulle ta emot tunga ärenden som inte var aktuella för placering på arbetsmarknaden. Socialtjänsten och psykiatrin ville få hjälp med svårplacerade som antingen behövde få sin arbetsförmåga prövad eller som var i behov av arbetsrehabilitering. Projektgruppen hade förväntat sig fler ur den kategori som kunde gå in i direkta åtgärder, medan de flesta kom från den kategori som behövde en mer förutsättningslös prövning av arbetsförmågan. Mot den bakgrunden tedde sig målgruppen alltför stor. Ett annat samarbetsproblem som aktualiserades var om myndigheterna ska få hjälp från projektet i den utsträckning som de tillhandahåller basresurser för projektet. Fram till februari 1996 hade totalt 105 ärenden remitterats till projektet.

### **Hinder**

Bland de problem som projektet ställts inför kan följande nämnas: Sett ur hemmamyndigheternas perspektiv framstod projektstarten som problematisk. Projektgruppen fick inte ordentligt med tid i början för att trimma ihop sig och ta del av varandras perspektiv och förutsättningar. En sammansvetsad projektgrupp tycks vara en viktig förutsättning för framgång. Planeringsfasen genomfördes inte på ett omsorgsfullt sätt med följderna att antalet remisser var få i början. Riktlinjerna var inte tillräckligt klara vilket skapade motstridiga förväntningar från myndigheternas sida och en stor andel "fel" remisser. En lärdom från detta projekt är också att man noga bör tänka igenom hur stor målgrupp man kan tänkas orka med.

**Möjligheter och positiva erfarenheter**

Av en enkät som två utvärderare av projektet tillställt deltagarna framgår att många fått ökad självkänsla, baskunskaper om samhället och motivation att gå vidare. Kontinuiteten, de täta kontakterna, och uppföljningarna under hela rehabiliteringsprocessen, mellan handläggare och mellan handläggare och klient framhålls som mycket värdefulla. En viktig aspekt som framhålls är att man i den gemensamma lokalen fått en direkttillgång till nödvändig kompetens. Satsningen på samtidiga insatser har medfört att projektet kunnat ta sig an ett flertal personer som antagligen skulle ha varit lågprioriterade eller inte alls fått någon hjälp hos respektive myndighet. Resultatmässigt menar man att projektet slagit väl ut eftersom ca 20% av de som slussats ut fått sysselsättning (mestadels i skyddad form).

**Allmänna synpunkter**

Övriga lärdomar är att det är viktigt att ha med primärvården i arbetet – oklarheter i hälsostatus medför lätt att rehabiliteringsprocessen stoppas upp. Arbetsformen att jobba tillsammans betonas. Det framhålls också som viktigt att förhållandet projekt-hemmamyndighet klarläggs: vem får remittera; kan underlag hämtas in av projekthandläggare; hur sköts återkoppling och återrapportering till hemmamyndigheten?



**Ort:** Kristianstad

**Projekt:** Växthuset

**Samverkande parter:** AMI, FK, Socialtjänsten, kommunen C4 arbetsmarknad (lokaler och personal)

### **Bakgrund**

Projektet startades under 1995 som en samverkan mellan rubricerade myndigheter. Ett mer formellt samverkansavtal har utformats för våren 1996. Verksamheten är således inte fullt utbyggd enligt de planer som finns. Bakgrunden är en allt snabbare strukturomvandling av arbetsmarknaden i kombination med djup lågkonjunktur och arbetslöshet/utslagning. Initiativet till projektet togs av AMI som sammankallade till träff med FK, socialtjänsten, sjukvården och AF. Efter studiebesök hos intressanta förebilder genomfördes samverkansträffar under hösten 1995 ett förstadium till projektstarten. Efterhand kom kommunen att spela en större roll när det gällde lokaler, ekonomi och personalresurser för projektet.

### **Målsättning och målgrupper**

Projektets grundidé är att motverka konsekvenserna av denna utslagning. Målsättningen blev att genom individuellt anpassad men sammanhållen arbetsträning komma bort ifrån kontantstöd och bidragsberoende; att utveckla bättre metoder för att "närma sig" olika former av arbete; att genom stöd och uppföljning förbereda den enskilde för arbete eller utbildning. En viktig del av bakgrunden var att myndigheterna var för sig hade ett antal personer i rehabilitering och där myndigheterna var beroende av varandras assistans i olika faser. Genom att skapa en sammanhållen organisation skulle ett antal klassiska samarbetshinder kunna övervinnas.

Målgruppen är personer i arbetsför ålder bosatta i kommunen och som står utanför arbetsmarknaden p g a medicinska, psykiska eller sociala skäl. Särskilt yngre personer ska beaktas. Kravet är att de bedöms klara ett arbete om de får möjlighet till stöd, aktivering och arbetsträning. Hanterandet av konfidentiell information löses genom att deltagaren undertecknar ett avtal där sekretessen hävs mellan de samarbetande myndigheterna.

### **Organisation**

Projektets organisation innebär att det finns en lednings- och styrgrupp bestående av representanter från myndigheterna. Därutöver finns ett planeringsteam bestående av socialsekreterare, flyktinghandläggare, arbetsvägledare, försäkringskassettjänsteman och en samordnare. En av dessa fungerar som projektledare.

Projektet baseras på att resurser destinerar till investeringar i lokaler/anläggningar, drift och materialförbrukning samt personalkostnader.

I ett gemensamt avtal mellan kommunen, FK och AMI preciseras vem som ska bidra med vad. Var och en går in med sina resurser. Resurser till individernas försörjning under rehabiliteringen utgörs av de traditionella bidragstyperna, d v s klienten behåller den ersättningsform som utgick innan projektstarten. Tanken från början var att klienterna i ett senare skede skulle få ersättning från en gemensam kassa till vilken myndigheterna tillskjutit pengar (detta för att klienterna under denna fas skulle känna att de var "anställda".) Denna idé har inte fungerat i praktiken eftersom man då skulle ha förbrukat resurser som behövs i utslussningen av de individer som deltagit i projektet.

### **Samarbetsformer**

Arbetssträningsprocessen är uppdelad i tre steg: Försteget och Mellansteget samt utslussning. Försteget innebär att klienten ska tillåtas "växa"; här sker kartläggning, individuell planering med angiven målsättning, samt svenskundervisning vid behov. Andra inslag är träning i att passa tider, meddela frånvaro, arbeta i arbetslag; dessutom kan det förekomma inslag av ekonomisk rådgivning, kostvanor, fysisk aktivitet. Det finns 6 handledare som leder och arbetstränar i det dagliga arbetet. En särskilt anpassad lokal finns för detta ändamål. Arbetsstationer för verkstadsarbete, kök och bageri, data/media, textil, trä, växthus m m är under utförande. Efter sju veckor sker avstämning och fortsatt planering tillsammans med den enskilde och planeringsteamet. Då bedöms om deltagaren är mogen att gå vidare till nästa steg eller om ytterligare tid behövs i Försteget.

I Mellansteget arbetar klienten i arbetslag utanför huset under ledning av en arbetsledare och handledare, men har samtidigt kvar kontakt med planeringsteamet. Beräknad tid i mellansteget är ca fyra månader. Nästa steg blir utslussning ur projektorganisationen. Här blir AMI en viktig resurs för att hitta en ny aktivitet. Som underlag för detta finns ett skriftligt utlåtande från planeringsteamet.

Planeringsteamet svarar för prioritering, urval och utslussning samt fungerar som samarbetsresurs för handledarna. Teamet följer också upp klienterna under tiden dessa ingår i arbetslag i mellansteget. Avsikten är att myndigheternas samlade kompetens och ansvar ska finnas i planeringsteamet och att detta ska medföra en sammanhållen rehabiliteringskedja och mer genomarbetade beslut. Teamets arbetssätt förväntas ge förutsättningar för att övervinna samarbetshinder, som olika mål och arbetskulturer och att detta nya synsätt ska överföras till myndigheterna.

Remiss till projektet kan ske via socialförvaltningen (inkl flyktingmottagningen och arbetssträningsverkstaden), FK och arbetsmarknadsinstitutet. Remissgenomgång sker i planeringsteamet som träffas var fjortonde dag. Arbetsplatspresentation sker i samråd med den remitterande handledsgaren. Ett antal temadagar för projektpersonalen är planerade under våren 1996 för att skapa ett gemensamt synsätt på arbetsmetoder och mål.

### **Hinder**

Det samarbete (kring enskilda klienter) som existerade tidigare fungerade dåligt, beslutsvägarna var långa och gråzonklienterna upplevdes som mycket arbetskrävande.

### **Möjligheter och positiva erfarenheter**

För att vara något helt nytt anser man att detta projekt fungerat väl hittills. Det går att bygga vidare på personliga kontakter.

### **Allmänna synpunkter**

Man anser att projekt av den här typen inte bör vara för stora från början. Allt behöver ej vara färdigplanerat – man måste vara beredd på omplanering om oförutsedda problem dyker upp. Alla ville göra rätt från början – genom att följa sitt eget regelverk.

**Ort:** Osby

**Projekt:** Källan

**Samverkande parter:** AF/AMI, FK, Socialtjänsten –Individ och familjeomsorgen (IFO)

### **Bakgrund**

Initiativet till projektet togs av Osby kommun (kommunalrådet) och AF/AMI som i ett gemensamt introduktionsbrev informerade företag och andra berörda aktörer. Förebilden till den planerade satsningen var ett projekt benämnt AIB – Arbete i stället för bidrag – i Hässleholm.

### **Målsättningar och målgrupp**

Mot bakgrund av att dessa aktörer var för sig hade ett stort antal personer som behövde rehabilitering-aktivering väcktes idén om en samordning av resurserna. Syftet med verksamheten var att förbereda personer, som av olika skäl hade svårt att få arbete, för utbildning eller den öppna arbetsmarknaden. Målsättningen är att genom olika aktiviteter och arbetsuppgifter slussa ut klienterna i arbete/anställning. Arbetsuppgifterna skapas i nära samarbete med lokalt näringsliv och kommunala förvaltningar. Andra målsättningar är att ge individen insikt om förmågan till egna val (genom attitydpåverkan) samt kunskaper om samhällets förutsättningar och att åstadkomma en fördjupad samverkan mellan de aktörer som ingår i projektet.

### **Organisation**

Källan är ett samarbetsprojekt mellan Osby kommun, AF/AMI och FK som avses pågå från sept. 1995 – t o m december 1997. Kommunen är huvudman.

Projektet har en ledningsgrupp, bestående av politiker och chefer för AF, AMI och FK, vilka har ett övergripande ansvar. I en gemensam skriftlig viljeyttring slås det fast att verksamhetens inriktning och bedrivande fastställs gemensamt av dessa parter. Projektet som ligger under socialförvaltningens individ- och familjeomsorg leds formellt av en projektledare som rapporterar till och håller kontakt med ledningsgruppen. Vid sidan om projektledaren finns en arbetsledargrupp med ansvar för var sitt arbetslag. Två tjänstemän har lånats ut från socialförvaltningen respektive personalavdelningen och övrig personal rekryteras från ALU-verksamheten.

De parter som ingår i projektet avsätter var och en resurser (enligt en särskild ekonomisk kalkyl) till projektverksamheten. Klienternas försörjning sker med hjälp av de reguljära bidrag som redan utbetalas från de olika myndigheterna.

**Samarbetsformer**

Antagning till Källan sker efter remiss till en antagningsgrupp, bestående av tjänstemän från AF/AMI, socialförvaltningen, FK samt personal från Källan. Projektiden är normalt 6 månader. Vid inskrivning skall en första handlingsplan med målsättning och uppföljningsdatum vara upprättade. De arbetsuppgifter som kan bli aktuella är sådana som förekommer inom reception/cafeteria; media/kultur; snickeri; sömnad samt vaktmästeri/fixargrupp. Utöver dessa verksamheter kommer söka-jobb aktiviteter, kurser i privat ekonomi m m att äga rum. Antalet platser på Källan när verksamheten är fullt utbyggd kommer att vara ca 30 exkl. arbetsledare. Kommunens ALU-verksamhet (15-20 platser) och datortek (20-25 platser) kommer att vara samlokaliserad med Källan.

**Hinder**

En negativ erfarenhet som man tycker sig ha gjort är svårigheten att hitta platser för arbetsträning i företag. I övrigt ser man bara fördelar med detta arbetssätt.

**Möjligheter och positiva erfarenheter**

Den stora vinsten anses vara den sociala träning som deltagarna i Källan-verksamheten fått. Många har lärt sig komma i tid, meddela frånvaro, ta ansvar för hälsan etc.

En positiv aspekt med projektet är också att genomströmningen tycks ha snabbats upp. Man noterar också att kommunledningen ställt upp dels i samband med starten, dels i genomförandefasen vilket är en förutsättning för gott resultat.

**Ort:** Piteå

**Projekt:** Bryggan

**Samverkande parter:** Kommunen (arbetsgivare och huvudman), AF, FK, psykiatrins öppenvård, LAN.

### **Bakgrund**

Projekt Bryggan hade sin början inom den psykiska rehabiliteringens avdelning för socioterapi. Inom socioterapin försökte man ge individer med psykiska funktionshinder en meningsfull fritid men personalen upplevde att verksamheten hotades av sparbetning. Arbetsträning såg som ett möjligt instrument för den målgrupp som hotades av social isolering. Kontakter togs med cheferna på FK och AF, kommunalrådet sjukvårdsdirektören i Piteå samt landstingsdirektören i Norrbotten. Via dessa möten skapades en projektledningsgrupp med personer från varje verksamhetsområde. FK samt AF gav startbidrag till verksamheten. Till en början stod landstinget för personalkostnaderna. Efter kundförfrågan startades verksamheten med mindre arbeten som reparationer, möbelrenovering och snöskottning. Idag omfattar verksamheten 120 personer.

### **Målsättning och målgrupper**

Syftet är att skapa meningsfull sysselsättning för människor med handikapp. Man vill bryta upp traditionella gruppbildningar varför man strävar efter att blanda personer med olikartad problematik i samma arbetsgrupper. Verkstäderna fungerar även som arbetsträningsplatser.

Sedan FK och AF gick in i projektet omfattar målgruppen förutom personer med psykiska handikapp även arbetsskadade, ungdomar på glid, samt långtidssjukskrivna. Även aktiva missbrukare ges plats.

### **Organisation**

Bryggan består av följande delar. Trivselhus, café-verksamhet, produktion inom Bryggan; såsom enklare legotillverkning, serviceenheten åtar sig uppdrag som t ex snöskottning och gräsklippning. Det finns även avdelningar för skogsvård/trädgård, möbelhantering, bilenhet, hunddagis, studiecirklar, samt en socioterapi/fritidsenhet (utflykter, hembesök, fysisk träning). Ledningsgruppen för verksamheten bestod under projekttiden av företrädare för landsting, kommun, FK, AF, samt de två projektledarna som varit med från den ursprungliga verksamheten inom socioterapin. Projektgruppen är nu upplöst och verksamheten är självgående som en del av kommunens handikappverksamhet.

Man har också en resursgrupp för verksamheten bestående av personer från den sociala omsorgen, landstinget, AF, två från kommunens arbetsmarknadsavdelning samt en av projektledarna. Dessa fungerar som

stödpersoner för de medverkande. Personalen d v s målgruppen, rekryteras via remisser från de olika myndigheterna. Kommunen har också avtal med LAN om beredskapsarbeten.

Idag kommer resurserna till administration och personal främst från kommunen som driver projektet. FK, AF och andra myndigheter betalar för de tjänster som man köper från verksamheten. Insatsmedel för de medverkande bekostas via ALU/API för de som kommer från AF, beredskapslöner för de som kommer via kommunen, samt lönebidrag, rehabiliteringsersättning och sjukpenning för de som kommer via FK.

### **Samarbetsformer**

Personalen, som man här kallar målgruppen, remitteras till projekt via någon speciell handläggare eller kontaktperson som då köper tjänster av verksamheten. Efter att personen skrivits in i Bryggan går kontaktpersonen (eller handläggaren) tillsammans med Brygganpersonal och den aktuella individen igenom dennes önskemål och tidigare förkunskaper. Personen får sedan göra en provperiod inom någon verksamhet. I vissa fall krävs det flera provperioder under en lång tid eftersom verksamheten kanske inte passar. Ibland använder man sig av AMIs kompetens för att testa individens arbetsförmåga. Efter en tid har man en ny träff med person och handledare där man utvärderar arbetet och personens åsikter så långt. Verksamheten utvecklas successivt mot en större arbetsinsats eller också kommer man till en gräns där man kanske hellre ser till att personen får en förtidspension eller sjukbidrag. När personen väl är inskriven i projektet ser man till personens behov under dygnets alla timmar. Fritid, boende och arbete knyts ihop till en enhet där alla delar skall fungera. I vissa fall innebär det att man försöker skaffa ett bättre boende till individer som annars skulle bli isolerade. I andra fall innebär det att man försöker hjälpa till att ge innehåll åt personens fritid genom meningsfull sysselsättning. Man ser alla dessa delar som en lång process där man räknar med positiva effekter kanske först efter 4 år i vissa fall.

### **Hinder**

Försörjningen för de medverkande anses vara problematisk eftersom man drar ned på ersättningsnivåerna hos de olika myndigheterna. Eftersom de ekonomiska problemen belastar varje myndighet, anser vissa av de vidtalade, att de organisatoriska hindren för samverkan ökar. Varje organisation upplevs tala sitt språk och ha sina egna mål att uppfylla. Ofta innebär det att respekten för de andra myndigheterna inte alltid är vad den borde vara. Man önskar därför att resurserna skulle läggas i samma pott.

### **Möjligheter och positiva erfarenheter**

Till skillnad från vissa av de vidtalade uppger andra att samarbetet mellan myndigheterna är gott idag. Representanterna träffas ofta för överläggningar och man ringer ofta varandra. Man har också lärt känna varandra personligen vilket ses som viktigt för goda relationer. Ofta har man trepartssamtal mellan individ, brygganpersonal samt handläggare vid berörd myndighet. De tillfrågade menar att det har varit lätt att samarbeta i frågor som rör personers försörjning. Man anser också att man har haft ett stort utbyte av de kvalificerade arbetslösa som kommit in via AF. Samarbetet med vårdcentraler (träffar 2 ggr/månad) och psykiatri (träffar 1 ggr/månaden) är gott. Det ses som positivt att individen kan vara med i hela processen. Man ser också det kommunala politiska engagemanget som positivt.

### **Allmänna synpunkter**

Man anser att myndigheterna måste sluta att hänvisa individer till andra myndigheter för att själv slippa ta ansvar. Däremot skall man gemensamt lösa problem med individens bästa för ögonen; tillsammans med individen.



**Ort:** Trollhättan

**Projekt:** Carpe Diem

**Samverkande parter:** Styrgrupp bestående av FK, AF, Vård- och Omsorgsförvaltningen i Trollhättans kommun, hälso- och sjukvården i Göta älvadal samt primärvården.

### **Bakgrund**

Trollhättan har i projektform drivit rehabiliteringsverksamhet för sina anställda tillsammans med Kommunhälsan sedan 1990 (projekt Hulda). 1993 organiserades projektet om till att även omfatta övriga kommunmedborgare. Rehabiliteringsaktiviteterna sorterades därmed in under den lokala samverkansgruppens ledning. Kommunhälsans läkare har varit en av de drivande i verksamhetens uppbyggnad.

### **Målsättning och målgrupper**

Att ge kommuninvånarna en modell för tidig aktivering av personer som är arbetslösa eller som har nedsatt arbetsförmåga.

Att ge stöd och kunskap till personer som drabbats eller riskerar att drabbas av arbetslöshet och nedsatt arbetsförmåga.

Att ge information och kunskap om hur individen ska kunna möta svårigheter som påkallats av dessa omständigheter.

Målgruppen består av alla kommuninnevånare som är eller löper risk för att bli långtidssjukskrivna. Även arbetslösa räknas till den kategorin p g a arbetslöshetens nedbrytande konsekvenser. Man vänder sig även till företag som kan köpa Carpe Diems tjänster. Större delen av de medverkande individerna kommer för närvarande från gruppen sjukskrivna.

### **Organisation**

Carpe Diems uppdragsgivare är FK, AF, vård- och omsorgsförvaltningen i Trollhättans kommun, hälso- och sjukvården i Göta älvadal samt primärvården. Representanter från dessa förvaltningar bildar en styrgrupp som ansvarar för verksamheten på uppdrag av den lokala samverkansgruppen i Trollhättan. Den lokala samverkansgruppen är ett forum för förvaltningscheferna inom kommunen samt för representanter för AF, AMI, FK, psykiatrins öppenvård samt frivården.

Carpe Diem drivs som ett företag med speciellt anställd personal. Lönekostnaderna täcks mestadels av överskott från verksamheten (exempelvis via inkomster från FKs köp-av-tjänst resurser). Enstaka tjänster finansieras via personlig tjänst (lönebidrag). För närvarande har man en sjukgymnast anställd på 75 %, en kanslist på 80 %, en gymnastikdirektör samt en läkare som huvudsakligen jobbat på kommunhälsan. Man har också ett antal timanställda personer som bl a kursledare, aktivitetsledare och

café-vårdar. Vidare hyr man in resurser speciellt för olika gruppaktiviteter. Man ger även ut en egen tidning.

Vid starten av projektet utgjorde Dagmar-pengar å 400.000:- grundplåt till kontorsutrustning, dator, träningsutrustning och övrig maskinell utrustning. Man har även fått medel från RFV för en utvärdering av verksamheten.

### **Samarbetsformer**

Carpe Diems repertoar består av ett brett spektrum av aktiviteter, från de s k Carpe Diem träffarna som mestadels är en träffpunkt för långtidssjuk-skrivna och arbetslösa, till fysisk aktivitet och olika kurser. Den fysiska träningsmenyn består av hälsoprofilsbedömning, muskelträning, hälsobänk (ryggträning), nack- och rygg-gympa i grupp, vattengympa, samt avslappning. Kursutbudet består av kurser som "öka din självkänsla", "att handskas med smärta", "att våga leva med ångest", samt speciella kurser för invandrarkvinnor, hjärtpatienter och överviktiga.

Styrgruppen möts en gång i månaden. På dessa möten behandlas frågor om drift, utvärdering, ekonomi, utveckling och marknadsföring. Ett viktigt syfte med mötena är att utveckla det tvärsektoriella samarbetet och kunskapsutbytet. Beställarna av Carpe Diems tjänster är läkare inom primärsjukvård, länssjukvård, företagshälsovård, FKs rehabiliteringshandläggare, arbetsgivare, socialarbetare samt handläggare på AF. Anmälan till projektet sker antingen via en planeringskonferens eller direkt in i projektet. På planeringskonferensen medverkar berörda organisationer, den aktuella personen samt projektledaren. Exempelvis kan det vara FK, fack eller arbetsgivare eller AF beroende på om personen är arbetslös, sjukskriven eller anställd. De största beställarna är FK och kommunen. FK beställer aktuella tjänster efter det att ett läkarintyg utfärdats. För att en deltagare skall få del av Carpe Diems aktiviteter fordras att respektive handläggare upprättar en handlingsplan där målsättningen med rehabiliteringen klart framstår. Planen upprättas av individ och handläggare tillsammans.

Kostnaderna för den enskilde betalas av FK eller den enskildes arbetsgivare eller av respektive organisation. Det kan röra sig om sjukpenning, sjukbidrag, eller annan ersättning som normalt utgår från respektive myndighet. Kostnaderna för medverkan i Carpe Diem betalas av FK, som anser att det är viktigt att man fångar upp problematiken redan hos läkaren så att en längre tids passivitet kan undvikas. Utvärdering sker på speciella formulär.

### **Hinder**

Framför allt ser man hinder i ekonomin hos de olika myndigheterna och i regelverk som gör det svårt att omforma sjukbidrag eller annan ersättning till lönebidrag. Förslag är att man skulle kunna göra om konton för

förtidspension till lönebidragskonton. På FK är man något bekymrad över att man sitter på två stolar när det gäller Carpe Diem. Dels är man en stor beställare av tjänster från verksamheten, dels är man en av dem som styr verksamheten. Man funderar nu på att "centralisera" upphandlingen av tjänster.

### **Möjligheter och positiva erfarenheter**

Det som anses som bäst med projektet är att man jobbar med "rätt" saker, att individerna får en kick av att delta. För organisationernas del menar man att man får samordningsvinster. Man anser också att verksamheten inneburit en stor avlastning på handläggarnivå eftersom individernas problem "fångats in" redan hos läkarna. Projektet är också lyckat i o m att det är korta avstånd mellan handläggarna på de olika myndigheterna. Myndigheterna har också möjlighet att påverka den medicinska delen av behandlingen eftersom man sitter med i styrgruppen för verksamheten. Kommunalråd har också varit positiva till verksamheten på Carpe Diem. De gemensamma utbildningsdagarna i den lokala samverkansgruppen anser man också har varit bra. Sekretess och lagstiftning menar man vara ett litet problem som det går att komma runt.

### **Allmänna synpunkter**

Man uppger att en gemensam "pengapåse" skulle underlätta arbetet eftersom det ofta blir problem med vem som skall stå för försörjning. Man anser också att det är viktigt att klara ut vem som ska ha huvudansvaret för vissa individer eftersom FK bara har ett samordningsansvar. Projektledaren (läkare) frågar sig också varför sådan verksamhet som Carpe Diem inte räknas som primärvård eftersom det är den optimala formen av vård. Eftersom man i kommunen också driver andra projekt frågar man sig också vilken verksamhet de olika myndighetscheferna vill prioritera. Man uppger dock att AF, FK och hälso- och sjukvården gett sitt fulla stöd till verksamheten.

**Ort:** Kungsbacka

**Projekt:** Beta

**Samverkande parter:** AF/AMI, FK, primärvård, Socialtjänst

### **Bakgrund**

Under december 1994 bildade cheferna för AF, AMI, FK, primärvården samt socialtjänsten en styrgrupp för att utveckla samverkan i Kungsbacka. Arbetslivstjänster (och framförallt nuvarande projektledare som vid den tidpunkten arbetade där) fick i uppdrag att utarbeta och föreslå en arbetsmodell. Under våren 1995 startade Beta-projektet med en grupp handläggare från varje organisation (utom primärvården) med att i teamform arbeta fram handlingsplaner för ett antal personer med komplicerad problematik. Under hösten 1995 beslutade styrgruppen att man ville utöka arbetet med Beta-projektet genom att konkret samarbeta i handläggningen av ett antal ärenden.

### **Målsättning och målgrupper**

Man vill utveckla nya samarbetsformer för arbetet med gråzonsgrupperna långtidsarbetslösa, långtidssjukskrivna, handikappade och socialbidragsberoende. Man vill också utveckla en samarbetsmodell för handläggning i samverkan med bibehållet ansvar. Ett annat syfte är att utveckla respektive organisations kompetensområde mot en gemensam grundsyn för hur och vilka insatser som ska användas. Man vill följaktligen inte ha en gemensam finansiering av projektadministrationen och inte heller ett gemensamt ansvar.

### **Organisation**

I Beta-projektet skiljer man mellan beställare och utförare. Beställargruppen består enligt projektbeskrivningen av etablerade organisationer vars verksamhet är styrd av lagstiftning, som är representerade i varje kommun, och som är styrda av politiska nämnder. De ska vidare tilldelas anslag av stat eller kommun för att kunna utöva sitt uppdrag. Organisationer i det sammanhanget är AF, FK, AMI, primärvården samt socialtjänsten. Styrgruppen samt den gemensamma handläggargruppen räknas som beställare.

Utförarna är de som skall bistå den enskilde individen på uppdrag av en beställare, dvs en gemensam handläggargrupp. Utförargrupperna ska vara specialiserade och åtgärderna tidsbegränsade till sin utformning. Utförarna ska tilldelas medel för sin verksamhet via beställarna. Konkret innebär beställar-utförarsystemet att handläggarnas karläggning av individens behov ligger till grund för vilka åtgärder som kommer ifråga för en viss individ. Exempel på utförargrupper finns inom sjukvården, missbruksbehandling m m. Formellt är AF huvudman för projektet eftersom

projektledarens tjänst är knuten dit. Projektledaren har till uppgift att administrera projektets ekonomiska medel (ej insatspengar) samt utveckla nya och bättre samarbetsformer. Personal i handläggargruppen hör hemma i respektive organisation. Projektledartjänsten är tillfällig.

Försörjningsformen för individerna kan skifta under projekttidens gång. Om man i gruppen kommer fram till att en socialbidragstagare bör ha sjukbidrag snarare än socialbidrag rättar man till detta. Man försöker vara strikt på i vilken organisation klienten hör hemma för att undvika ett manipulerande med regelverk och lagar.

### **Samarbetsformer**

Grunden för samarbetet skall vara att alla organisationer är suveräna i den meningen att dessas kompetens inte ifrågasätts av andra organisationers. I diskussion och överläggningar strävar man dock efter att kombinera varandras regelverk och kompetens för att hitta en optimal lösning för individen. Varje organisation har utsett en, som de bedömer, lämplig handläggare som skall samarbeta med övriga handläggare i en speciell projektgrupp. Antalet deltagare skiftar och är begränsat till 20 personer. De andra handläggarna i respektive organisation remitterar ärenden till handläggargruppen via kontaktpersonen när organisationens egna resurser för en viss individ är uttömda. Individen får underteckna ett avtal så att samverkan kan ske och sekretessproblem kan undvikas. I handläggargruppen förs ärendet fram av kontaktpersonen från respektive organisation. Varje deltagande organisation tar sedan med sig ärendet till sin egen organisation för egen bedömning. Man diskuterar sedan igenom ärendet i gruppen (tillsammans med individen) och ger rekommendationer till varandra om hur individens problem skall lösas. Man påpekar att det många gånger kan dyka upp information som man inte kände till eller som i vissa fall är felaktig. Slutligen beslutar man om lämplig åtgärd; exempelvis i form av arbetsträning. Man kan också komma fram till att en grundligare kartläggning av individens problematik behövs. I sådana fall kan en lösning vara t ex psykiatrisk hjälp eller ett avslut i form av förtidspension. Gruppen får inte lämna ifrån sig fallet när man väl fått det till sig eftersom gruppen betraktas som sista instans. Om det dyker upp problem av den arten att olika regelverk eller lagar kolliderar med varandra så förs frågan vidare till styrgruppen som får ta ett beslut om hur problemet skall lösas.

### **Hinder**

Samarbetet i styrgruppen har inte alltid flutit smidigt p g a revirtänkande. En lösning på det problemet anser man vara att lära känna varandra bättre genom en kortare vistelse på internat. Samarbetet har enligt uppgift utvecklats, från att var och en har bevakat sin revir till en ökad samsyn och respekt för varandras synsätt. Arbetslösheten ses som det stora hindret för

ett effektivt arbete. Man anser att ett stort problem är de strikta reglerna för inköp av rehabiliteringsåtgärder. Ibland ser man att det finns behov av åtgärder som inte alltid kan godkännas; exempelvis inköp av motionskort. Ett annat stort problem anses vara svårigheterna att omvandla sjukbidrag till lönebidrag.

### **Möjligheter och positiva erfarenheter**

De medverkande uppger att projektet är ett nytt och spännande sätt att arbeta på. Man har sett att de olika myndigheterna har mycket gemensamt. Man har också upptäckt att det behövs en person som håller i kontakterna med de olika myndigheterna. Alla anser att det finns ett stort engagemang i styrgruppen. På politikernivån anses intresset ha ökat successivt.

### **Allmänna synpunkter**

Generellt anser man att det är bättre att kunna ta tag i nya problem innan de blivit så svåra att extra resurser behöver sätta in. Man menar också att det är svårt att kombinera besparingar med de signaler som man från central nivå skickar till AF och FK; att minska handläggningstider för att så snabbt som möjligt få ut människor i arbete. Det anses viktigt att man får information och kunskap om hur arbetet i respektive myndighet är organiserat för att man bättre ska förstå varandra. Man menar också att myndigheters inriktning på åtgärder inte är konstruerad för de grupper som tillhör gråzonen. Åtgärdsinsatser är ofta inriktade på att överbrygga tillfälliga svackor (t e x tillfällig arbetslöshet eller en kort tids sjukdom) i en i övrigt arbetsför persons liv. Dessa insatser fungerar inte för de grupper som med en komplicerad problematik har varit borta från arbetsmarknaden under en lång tidsperiod.

**Ort:** Borlänge

**Projekt:** Linjen

**Samverkande parter:** AF/AMI, FK, landstinget, kommunens missbruksgrupp.

### **Bakgrund**

Bakgrunden till Projekt Linjen kan sökas i det arbete som bedrivits i Ringen-projektet i Borlänge. Avsikten med Ringen-projektet var att genom samverkan mellan FK, Borlänge kommun, landsting och 200 privata och offentliga arbetsgivare bedriva en samfällad rehabilitering för anställda missbrukare. Man såg att problemen var betydligt större när det gäller de arbetslösa. Syftet med Linjen var att få till stånd en samverkan kring arbetslivsinriktad rehabilitering för de arbetslösa missbrukarna i Borlänge kommun. AF i Borlänge har byggt upp en speciell rehabiliteringsavdelning dit man också överfört öronmärkta resurser.

### **Målsättning och målgrupper**

Huvudsyftet var att se om man i samverkan mellan olika aktörer skulle kunna ordna en socialt acceptabel tillvaro med arbete bostad och ordnad ekonomi åt tidigare missbrukare. Ett av syftena var också att utveckla metoder för samverkan inom missbruksområdet för de arbetslösa. Ett annat syfte var att utveckla en samverkansmodell mellan AF, FK, socialtjänst, sjukvård samt bostadsbolag.

Enligt AFs chef är det inte de svåraste missbruksgrupperna som är aktuella för åtgärder i Linjen-projektet. AF vill framför allt prioritera de som har bostad, familj och vänner. Projektledaren har en något annorlunda bild av målgruppen. Enligt honom är det kriterierna som avgör; är personerna motiverade? Bedöms de ha en chans att rehabiliteras tillbaka till arbetslivet?

### **Organisation**

Projektledaren är anställd av projektet på 75 % av en heltid. Resterande 25 % arbetar han på FK. FK, socialförvaltningen samt hälso- och sjukvården delar på kostnaderna genom att lägga pengar i samma pott. Förvaltningen av ekonomiska medel sker genom FK. Fördelningen av ekonomiska medel är enligt Linjens projektbeskrivning följande: FK: 35 %, Socialtjänst: 37 %, samt hälso- och sjukvården: 28 %. AF har en speciell rehabiliteringsgrupp dit man anslagit öronmärkta pengar. RFV har också bidragit med medel till projektet.

Projektet är enligt landstingets förvaltningschef organiserat som ett nätverk med en drivande motor (projektledaren). Denne person motverkar att ansvar flyttas över till nätverkets enskilda handläggare. Nätverket

omfattar också chefsnivån vilket anses vara en förutsättning för att ge projektet beslutskraft. FK har till uppgift att administrera och registrera individer till projektet. I FKs roll ingår också att informera övriga myndigheter i det enskilda fallet. I varje enskilt fall är det meningen att de olika myndigheterna skall utföra sina uppgifter i en sammahållen vårdkedja. Man har även startat en egen tidning och ett speciellt samverkansforum, kallat Ugglan, på handläggarnivå. Ugglan är till för att handläggare från olika myndigheter skall kunna träffas, diskutera och lära känna varandra.

### **Samarbetsformer**

Individen remitteras till projektledaren av någon myndighet. Alla myndigheter har rätt att remittera patienter/klienter till projektet. Eftersom projektet har ett begränsat antal platser till sitt förfogande sker en prioritering och ett urval av vilka som skall få vara med. Snarast möjligt efter att ha blivit inskrivna påbörjas en avgiftningsperiod, följt av Minnesotamodellens behandlingsform. Under behandlingstiden upprättas en handlingsplan för individen. I den ingår ett åtgärds paket med garantier för myndigheternas medverkan. I vissa svåra fall går individen efter avslutad behandling sedan vidare till sk halvvägshus som är en ytterligare sluss. Därefter ser projektledaren till att individen snarast möjligt blir aktuell hos AF som genom sin rehabiliteringsresurs tar hand om vidare kartläggning. Samtidigt skall övriga sociala insatser göras. Det kan innebära att det allmännyttiga bostadsföretaget Tunabyggen efterskänker delar av hyresskuld och att personen får ordnade bostadsförhållanden. Socialförvaltningen går ibland även in med hjälp i skuldsanering. Som en förutsättning för denna process har ett kontrakt tecknats med individen där denne går med på behandling och eftervårdsprogram. Minst ett år efter behandling skall individen förbinda sig att delta i eftervårdsprogrammet. Antalet medverkande i projektet är begränsat till 25 personer. Linjen är också starkt knutet till det redan etablerade kontaktnät som Ringenprojektet har inneburit. En fördel med detta är de etablerade kontakterna med arbetslivet.

### **Hinder**

Man ser inte att man lyckats bygga upp samverkansformer så väl att projektet i dagsläget är självgående; i nuläget är projektet mycket beroende av vissa nyckelpersoner och deras insatser. Det uppfattas som negativt att allt arbete tar lång tid. Den lagstiftning som statliga myndigheter har att arbeta med uppfattas som repressiv och rigid. Man menar att dessa regler inte tjänar sitt syfte när man i praktiken ändå töjer på regelverken. Ibland har styrgruppen uppfattat att vissa aktörer inte velat dela med sig av sin information. Man ser också en konflikt mellan läns- och kommunnivå. Man anser exempelvis att hälso- och sjukvårdens organisation och beslutskraft fungerar bäst på på länsnivå men att organisationen och beslutskraften för



socialtjänsten finns på kommunnivå. Denna skillnad måste överbyggas för att man ska kunna samordna aktiviteter. Kommunens missbruksgrupp uppges ha riktat kritik mot projektet på att man i vissa lägen tagit snabba beslut, vilka enligt missbruksgruppen varit dåligt förberedda. Samarbetet uppges nu fungera tillfredsställande.

#### **Möjligheter och positiva erfarenheter**

På projektnivå menar man att man lyckats att få en samsyn om missbruk hos olika myndigheter. På missbrukarnivå menar de vidtalade att projektet väcker hopp om ett bättre liv utan missbruk. Positivt är också att man lärt känna varandra som personer. Man anser att man jobbar gemensamt för Borlänge-bornas bästa. Även om man på chefsnivån inte alltid förstått varandras ståndpunkter anser man att det nu finns en tillit till varandra. Trots vikande resurser inom varje sektorsmyndighet har man upplevt effekterna av detta som delvis positivt eftersom det har bidragit till behovet av att söka nya former för samverkan.

#### **Allmänna synpunkter**

En informant (chef) anser att det är viktigt att behålla makt över hemmaorganisationens ansvarsområde och målgrupper, men att man även måste släppa makt när det är nödvändigt för att man ska nå större mål när det gäller de gemensamma målgrupperna. Gemensamt är att man upplever starka samordningsvinster såväl ekonomiska som humanitära. Var för sig skulle organisationerna inte ha kommit lika långt som i projektform.

**Ort:** Eskilstuna

**Projekt:** Arbetsro

**Samverkande parter:** Kommunen- Sociala servicenämnden, landsting, FK, AF samt Samhall-ALEA

### **Bakgrund**

År 1993 tog kommunen ett politiskt initiativ till att möta de stora problem grupperna med psykiska funktionshinder stod inför. En kommunal beredningen tog bl a initiativ till att förbättra samverkan kring individer med psykiska handikapp inte fungerade bra. Kommunen såg möjligheter att göra samordningsvinster samtidigt som man skulle kunna förbättra livskvaliteten för dessa personer. År 1994 beslöt kommunfullmäktige att ett flertal olika projekt (med försteg, mellansteg och arbetsträning för meningsfull sysselsättning och rehabilitering för psykiskt handikappade skulle genomföras. Projekt Arbetsro är en del i denna verksamhet.

### **Målsättning och målgrupper**

Arbetsro ska erbjuda människor med psykiska handikapp en meningsfull sysselsättning. Denna sysselsättning skall erbjudas på olika företag i kommunen och anpassas efter individerna behov och förutsättningar. Målsättningen är att ge högre livskvalitet genom att erbjuda meningsfull sysselsättning. Vid starten såg man också från kommunens sida en möjlighet att minska behovet av andra insatser och då minska samhällets kostnader. Man vill också stärka rehabiliteringskedjan genom samordnade insatser.

Enligt samordnaren i projektet kan man dela in målgrupperna i tre olika typer. Unga, tidigt störda människor. Kroniker som ofta själva har sökt sig till Arbetsro samt människor som är remitterade från psykiatri. De som kommer till projektet ska också vara motiverade för att delta.

### **Organisation**

Den kommunala beredningen ledde till att en paraplyorganisation för rehabiliteringsverksamheten tillsattes, RESAP (rehabilitering samverkan psykiatri). Organisationen bestod av representanter för Eskilstuna kommun, FK, landstingets psykiatriska klinik, AF /LAN samt intresseföreningarna och Samhall-ALEA. Organisationen består av två nivåer, kallade Nivå 1 och Nivå 2. Nivå 1 är en övergripande samverkansgrupp med företrädare för förtroendevalda politiker samt chefstjänstemän. Dessa har samordningsansvar och samverkar i övergripande frågor, fördelar resurser och ger direktiv för verksamheten. Nivå 2 består av tjänstemän med rehabiliteringskunskaper från de olika parterna. Deras uppgift är att genomföra uppföljningar och rapportera till den övergripande gruppen. Man diskuterar

metodfrågor, initierar ny verksamhet och förändring av verksamheten utifrån behov. Under dessa beslutsnivåer finns olika projekt med praktisk rehabilitering för individer med olika behov, bl a Arbetsro. Nivå 2 fungerar som en referensgrupp för projektledarna.

FK samt AF svarar för finansieringen av projektet Arbetsro. Kostnaden beräknas till 825.000:- för 1995. FK svarar för 53,5% av den totala finansieringen, avseende finansieringen av samordnartjänsten (25%) och kostnaderna i samband med köp av platser samt aktivitetsersättning för de som får sin försörjning från socialförsäkringssystemet. Kommunen svarar för 26% av den totala kostnaden för projektet, avseende samordnartjänsten samt köp av platser, försäkringar och aktivitetsersättning för de som får sin försörjning genom socialbidrag. AF svarar för 20,5% av den totala kostnaden i form av 50 % av samordnartjänsten. Sociala servicenämnden har driftsansvar för verksamheten. Samordnaren har ett rapporteringsansvar till Nivå 2-gruppen.

### **Samarbetsformer**

De flesta personer som har kommit i kontakt med Arbetsro har gjort det via psykiatrin. Många har också kommit via socialtjänsten och en del har sökt sig dit på egen hand. Försörjningen sker oftast via pension. Socialbidrag är den näst vanligaste formen för försörjning. En liten del försörjs också med sjukbidrag och a-kassa. De som genom Arbetsro har sysselsättning på en arbetsplats får en extra aktivitetsersättning.

Samordnarens roll är att skaffa arbetsplatser, vara stödperson för arbetsplatserna och de som deltar i projektet samt att hon också ska rapportera till nivå 2-gruppen. När individen börjar i projektet skrivs ett arbetskontrakt mellan arbetsgivaren, projektledaren (samordnaren), aktuell myndighet samt deltagaren. Arbetsplatserna finns på Samhall-ALEA, inom kommunens förvaltningar, inom arbetsmarknadsavdelningens verksamheter (kommunen) samt inom föreningar och det privata näringslivet. Deltagarna kan vara kvar i projektet för en mycket lång tidsperiod eller gå vidare till annan verksamhet med högre eller lägre krav. Totalt har 54 personer deltagit i Arbetsros verksamhet.

### **Hinder**

Projektledaren anser att samarbetet och informationen till nivå 2- gruppen inte fungerar helt tillfredsställande. Gruppen blir mer en rapporteringsgrupp än en referensgrupp (d v s stödgrupp) till samordnarna på grund av att man har för lite tid. En person anser att man har stött på revirtänkande, ekonomiska problem samt kamp om status i nivå 2- gruppen. En stor brist menar man vara landstingets dåliga ekonomi som gör att psykiatrin inte kan delta med resurser (och därmed i arbetet) på samma villkor som de andra deltagarna.

**Möjligheter och positiva erfarenheter**

Ett viktigt resultat gäller personernas självkänsla och livskvalitet som enligt deltagarna själva har ökat. Projektledaren ser det också som positivt att myndigheterna förstått att det är fråga om långa processer som kräver speciella stödpersoner. Ett annat resultat är att man tycker sig ha fått en struktur på insatserna vilket saknats tidigare. Inom de olika styrgrupperna på nivå 1 och 2 anser man att samarbetet mellan olika myndigheter har fungerat bra. Det har varit lätt att samverka eftersom det har funnits ekonomiska medel till detta. Kulturkonflikterna har man försökt minska bl a genom att ha gemensamma utbildningar. 350 personer från alla medverkande myndigheter har genomgått en gemensam samverkansutbildning i form av cirklar och föreläsningar.

**Allmänna synpunkter**

Deltagarna och arbetsledarna ser aktivitetsersättningen som en viktigt motivationsfaktor. Ersättningen leder enligt några av deltagarna till att målgruppen kan utvecklas samt att de vågar sig på svårare uppgifter.

**Ort:** Timrå

**Projekt:** Aktiv rehabilitering i Timrå (ART)

**Samverkande parter:** AF, FK, socialtjänsten-Individ och Familjeomsorgen (IFO)

### **Bakgrund**

Initiativet togs av FK 1993 som sammankallade olika myndigheter som arbetar med rehabiliteringsfrågor till en gemensam diskussion. Då framkom ett behov av ett forum där gemensamma klienter kunde diskuteras och själva delta. Efter ett gemensamt upptaktsmöte kunde så verksamheten komma igång. Verksamheten var initialt beroende av det personliga nätverk som byggts upp mellan AF, FK och IFO.

### **Målsättning och målgrupp**

Grundidén med projektet är enligt initiativtagarna att skapa ett "individrelaterat forum för samtal kring/med kunder som varit aktuella hos fler än en myndighet i syfte att verka för en aktiv rehabilitering av god kvalitet". Den erfarenhet som låg till grund för detta var att olika myndigheters kompetens och möjligheter inte utnyttjades maximalt, rundgången skapade ineffektivitet och onödig tidsutdräkt i handläggningen. Genom att samordna verksamheten bättre skulle individen också kunna sättas i centrum på ett tydligare sätt. En viktig förutsättning är att klienten dels är motiverad, dels ger sitt medgivande till att hans/hennes problem och möjligheter dryftas i projektgruppen utan hinder av sekretessbestämmelser. Det finns inga formella kriterier som säger vilka klienter som ej får vara med.

### **Organisation**

Deltagare i samverkansprojektet är socialtjänsten, arbetsmarknadsinstitutet, FK och psykiatrin. Den sistnämnda, en representant från psykiatrins öppenvårdsmottagning, kom in i samarbetet i ett senare skede, när verksamheten varit igång drygt ett år.

### **Samarbetsformer**

Projektets organisation innebär att FK, AMI och socialtjänsten var och en har utsett en ständig ledamot i gruppen. Sedan våren 1995 medverkar också representant från psykiatriska öppenvården – med anledning av att många ärende visade sig vara aktuella där. Gruppen träffas en eftermiddag per månad; FKs ledamot har hitintills haft sekreterarfunktionen, men ett roterande ansvar för detta håller på att genomföras. Om det gäller rehabiliteringsärenden deltar klienten själv samt respektive handläggare från "hemmamyndigheten". Sammanträdena har omväxlande ägt rum hos de

olika myndigheterna. Två gånger har man förlagt sammanträden till de två olika vårdcentraler som finns i kommunen. Detta i syfte att marknadsföra projektet i öppenvården.

De resurser gruppen har till sitt förfogande utgörs av medel och instrument som respektive hemmamyndighet förfogar över. Gruppen har med andra ord ingen eget budget eller specialdestinerade medel – man vill inte heller ha någon egen budget i detta skede eftersom arbetsformerna behöver utvecklas vidare innan så sker. Det är snarast samordningsvinster och synergieffekter som man hoppas uppnå genom att samarbeta internt inom gruppen och att hålla täta kontakter med respektive myndighet. Man eftersträvar ett konsultativt arbetssätt. De resurser som krävs när individuella rehabiliteringsinsatser påbörjas och genomförs är de reguljära åtgärder som varje aktör har till sitt förfogande som t ex beredskapsarbete, arbetsträning, köp-av-tjänster etc.

Tre olika typer av ärenden tas upp i projektgruppen: rehabiliteringsärenden (där konkreta åtgärder ska diskuteras och då den berörda klienten själv medverkar); informationsärenden, dvs då gruppen behöver träffas i förväg för att diskutera förutsättningarna för att sedan vidta konkreta åtgärder; och uppföljningsärenden för att ta reda på om planen fullföljts. Ett ärende som ska behandlas i gruppen ska enligt den arbetsordning som finns för projektet anmälas minst en vecka i förväg till ARTs kontaktperson. Handläggaren som anmält ärendet informerar klienten samt inhämtar samtycke. Projektgruppen uppger att man aldrig har upplevt myndigheternas olika sekretessbestämmelser som något problem. Vid träffar som behandlar rehabiliteringsärenden medverkar förutom de ordinarie ledamöterna den handläggare som har ärendet på hemmamyndigheten. När det gäller den individuella rehabiliteringen anser man inom projektet att det gått smidigare och snabbare att komma fram till individuella lösningar. 1995 behandlades 10 ärenden i gruppen. Projektet har under samma tid haft 25 informationsärenden och 12 uppföljningsärenden där myndigheten redogjort för sin insats (svåra ärenden).

### **Hinder**

En negativ sida med projektet är att vårdcentralerna inte involverats i någon större utsträckning. De har inte remitterat några ärenden. Övriga aktörer hade också önskemål om att psykiatrin borde vara med. Ett stort problem är klienternas försörjningsmöjligheter; mycket tid går åt till att pröva rätten till ersättning. Handläggarna måste hämta in mycket detaljinformation om ersättningsregler. Här ställer de olika myndigheternas begrepp för arbetsförmåga och sjukdom till vissa problem. Försörjningsaspekten kan ibland bli styrande för vilken rehabiliteringsåtgärd som väljs – åtstramningar i ersättningsvillkoren skärper denna tendens. Man upplever också att besparingar i sjukvården leder till längre sjukskrivningstider som i sin tur leder till ökade kostnader för FK. Läkarnas strängare villkor för sjukskriv-

ning upplevs också som ett stort problem. När läkarna endast tar rent medicinska hänsynstaganden har många personer med en komplicerad social, psykiatrisk, medicinsk problematik inte kommit att uppfylla kriterierna för sjukpenning. Arbetslöshet och en komplicerad problematik leder till att personerna inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande vilket vidare innebär att socialtjänsten blir den instans som får ta emot dessa personer. Socialtjänsten upplever att den typen av ärenden har ökat kraftigt.

#### **Möjligheter och positiva erfarenheter**

Ett viktigt resultat som gäller myndigheterna är att ett stort antal handläggare involverats i en samverkansprocess genom att de deltagit i projektmötena. De positiva sidorna med projektet anses vara att handläggarna genom projektet fått en ökad kännedom om varandras arbetsförutsättningar och att därmed kompetensen ökat. Personkännedomen har också ökat. Projektet har blivit en extra-resurs att tillgå. Förtjänsten att kunna göra upp en rehabiliteringsplan tillsammans med andra betonas. Dessutom har klienten och dennes behov, möjligheter och hinder, kunnat sättas i fokus på ett tydligare sätt. Projektet syns väl förankrat bland cheferna som ser ett stort värde i denna form av brobygge.

#### **Allmänna synpunkter**

Man upplever att det finns olösta politiska konflikter på riks nivå gällande regelverk och rehabiliteringsåtgärder och att centralt placerade beslutsfattare inte insett att det behövs resurser för klienter i gråzonen. Detta får till följd att arbetet förs ner till det lokala planet medan resurserna samtidigt tryter. Man efterlyser därför klarare signaler och en större långsiktighet i frågor som rör problemgrupperna.

**Ort:** Vilhelmina

**Projekt:** Cornelia

**Samverkande parter:** AF, Socialtjänst-Individ- och familjeomsorg (IFO), kommunen (arbetsgivare).

### **Bakgrund**

Cornelia är ett projekt som nu är avslutat och som gått över i reguljär verksamhet i kommunens och IFOs regi. Cornelias verksamhet ses av de medverkande idag som ett mellansteg till Dagcentralen (social träning) och Samhall/Safac (arbetsträning). Under 1980- talet pågick ett samarbete mellan socialtjänsten och psykiatrin i form av ett dagcenter. Denna verksamhet upphörde. 1991 tog AF (AMI) och kommunen de första informella kontakterna med varandra. Man såg här en möjlighet att samla sina resurser för att kunna driva arbetslinjen på ett bra sätt. Efter de inledande kontakterna anslöt sig psykiatrin och FK till projektet.

### **Målsättning och målgrupper**

Målsättningen har alltid varit att hitta reguljära arbeten. Denna målsättning har varit svår att uppfylla varför det nu ses som viktigt att sysselsätta personer som är aktuella hos flera myndigheter. Det ses också som viktigt att arbetslösa personer kan kvalificera sig för nya a-kasseperioder eller ny ersättningsperiod av annat slag än socialbidrag.

Målgruppen var:

- unga människor med svårigheter att komma in på arbetsmarknaden
- personer med psykiska störningar som huvudsakligt hinder
- personer med missbruksproblematik och svårigheter på arbetsmarknaden

Målgruppen uppges gradvis ha förskjutits från svårplacerade till långtidsarbetslösa i allmänhet.

### **Organisation**

Cornelia har haft två huvudmän; dels socialförvaltningen, dels kommunen som arbetsgivare. Huvudmannskapet delas mellan dessa. Cornelia består av en styrgrupp med representanter för AF, IFO, och psykiatrins öppenvård. Gruppen har sedan 1991 träffats regelbundet. I Cornelias lokaler bedrivs en verksamhet inriktad på grupperna yngre personer med social problematik samt personer med psykiska funktionshinder samt missbrukare. Verksamheten är inriktad mot olika lego- och servicearbeten. Arbetsledarna för dessa grupper är anställda på ALU-medel och har till uppgift att skaffa arbeten till projektet. AF sköt från början till 85 % av lönen för den ena



arbetsledaren. Kommunen stod för 15 %. Socialstyrelsen har anslagit medel till utvärdering av projektet. Försörjning för de medverkande har mestadels finansierats via ALU och i vissa fall via sjukpenning. Idag är kommunen arbetsgivare för de två anställda arbetsledarna.

### **Samarbetsformer**

Först gör man i styrgruppen en kartläggning av klientens behov. En handlingsplan upprättas. Om personens problem är relativt enkla eller akuta hanterar handledaren (den ansvarige från respektive myndighet) själv detta mellan styrgruppens sammanträden. Om problembilden är mer komplex tas ärendet upp på de gemensamma styrgruppsmötena för en diskussion. Arbetsträning sker sedan i de gemensamma lokalerna eller i serviceverksamhet utanför lokalerna. Remissförfarandet är informellt. Man anser själv att man rekryterar personer till verksamheten.

### **Hinder**

Efter projektfasen lades verksamheten ned eftersom kommunen inte hade resurser att driva verksamheten. Genom att AF gick in med tillfälliga insatsmedel kunde Cornelia ändå fortsätta ända tills kommunen insåg fördelarna med Cornelia och tillsköt nya resurser till verksamheten. Dock anser man att det "ligger ett hot om nedläggning av verksamheten" varje nytt budgetår. Detta skapar oro såväl hos personal som de medverkande. Skilda "plånböcker" anses vara ett problem eftersom alla ser till sin egen organisations bästa snarare än till det gemensamma. Hanteringen av pengar som öronmärkts för vissa typer av åtgärder upplevs som problematisk. I praktiken använder tjänstemännen dessa medel på ett mer flexibelt sätt än regelverken medger vilket uppges vara problematiskt. Dessa resurser önskar man skulle kunna användas friare. Man ser det också som problematiskt att psykiatrin inte har lika mycket resurser att bidra med som de övriga. Det har lett till att psykiatrin inte fått gehör för sina målgrupper i samma mån som de andra medverkande. Man har därför initierat en egen verksamhet.

Man framhåller också att en gemensam verksamhet för skilda målgrupper leder till problem för kvinnorna. Resurserna går till de mest krävande, d v s missbrukarna som oftast är män. Männerna har också tillgång till lokalerna i större utsträckning än kvinnorna eftersom verksamheten som bedrivs där är mer anpassad till männens behov. Kvinnornas arbetsplatser är oftare utlokaliserade vilket också medfört att kvinnogruppen är mer splittrad. Från början ansåg man också att styrgruppen inte fungerade tillfredsställande därför att man inte var ense om hur och på vilket sätt myndigheterna skulle bidra till den gemensamma verksamheten. Varje enskild myndighet tar nu mer ansvar för det gemensamma än tidigare. Lönebidragens konstruktion ansågs också tidigare vara ett problem eftersom det försvårade möjligheterna till placeringar i arbete på orten. Arbetslösheten på ca 20 % uppges vara det största problemet.

### **Möjligheter och positiva erfarenheter**

Man anser att man lyckats skapa stabila verksamhetsformer som inte är beroende av eldsjälur. Styrgruppen fungerar numera tillfredsställande. De viktigaste resultaten uppges vara att personernas självkänsla och förmåga att bli självförsörjande ökar även om det är via stödinsatser. Man framhåller också att det är bra att man ger individerna en social träning i form av gränser och rutiner som gör att de kan klara sig själva. Den sociala gemenskapen framhålls också som viktig. Psykiatrin ser Cornelia som ett mellansteg till dagcenterverksamheten och Samhall/Safac.

### **Allmänna synpunkter**

Det anses inte lyckat att sammanföra olika målgrupper i en gemensam verksamhet. Intresset från politiska makthavare och chefstjänstemän framhålls som viktig. Man vill också se att man kan ha en friare användning av resursmedel. Pengarna används i praktiken relativt fritt men det sker via en fri tillämpning av gällande regelverk. Större resurser måste också satsas på arbetsledarna som nu inte mår med en för stor grupp med skiftande behov.

**Ort:** Umeå

**Projekt:** Samordnade extrasatsningar rörande sysselsättning och aktivering av missbrukare (SESAM)

**Samverkande parter:** Arbetsbyrån, AF, socialtjänsten-missbruksgruppen.

### **Bakgrund**

En ansökan och projektplan utarbetades lokalt inom socialtjänsten i Umeå (hösten 1994) av en i missbruksvård erfaren socialsekreterare. Till grund för denna ansökan låg också diskussioner som ägt rum i en arbetsgrupp med representanter från AF, FK och arbetsbyrån. Bakgrunden till projektet är de ökade svårigheterna för drogmissbrukare att komma ifråga för arbetsrehabilitering. I en situation när dessa behov ökar för andra, mindre utsatta grupper och resurserna till bl a arbetsmarknadspolitiska åtgärder (beredskapsarbeten, lönebidrag etc) minskar ligger det nära till hands att "normala" arbetslösa får del av sådana åtgärder för att inte bli "utstämplade". Detta försvårar arbetsrehabiliteringen för missbrukare, särskilt som sysselsättning är ett viktigt element i ett målinriktat öppenvårdsarbete.

### **Målsättning och målgrupp**

Grundidén och målsättningen med projektet är att pröva om ett nära, samordnat och flexibelt samarbete mellan i första hand socialtjänst, AF, kommunens arbetsbyrå och FK kan förbättra förutsättningarna för drogmissbrukare att erhålla sysselsättning. Sysselsättning och stöd i olika former som ett led i öppenvården prioriteras.

Målgruppen är blandmissbrukare i åldern 20 till 30 år, där narkotika finns med i bilden. Särskilt viktig är gruppen missbrukare som inte kommer ifråga för t ex OSA eller beredskapsarbete, men som behöver pröva sin förmåga i någon form av sysselsättning. Drogfrihet, avhållsamhet är ett krav.

### **Organisation**

Samordnaren (projektledaren) har sin arbetsplats vid kommunens arbetsbyrå och har täta kontakter med AF – kontakterna med FK är dock få. Det finns också en samverkansgrupp bestående av representanter från LAN, socialtjänsten, kommunens arbetsbyrå och FK som träffas 3 ggr per termin för att dryfta mer principiella samarbetsfrågor. Socialstyrelsen gav vid projektstarten ekonomiskt stöd till en projektansvarig (1 tjänst) samt medel till vissa kringkostnader i form av utbildning och informationsinsatser, studiebesök, resekostnader, samt lokalkostnader. Därutöver uppkom kostnader i form av förstärkt socialbidrag i samband med sysselsättning.

### **Samarbetsformer**

Det finns en särskild missbruksgrupp, d v s socialsekreterare som arbetar med missbrukare inom socialtjänsten. Någon av dessa handläggare kan

remittera en missbrukare till projektet; till samordnaren (själv erfaren socialsekreterare). Missbrukare kan också remitteras till projektet via s k halvvägshus som är mellansteg till behandling och arbete där missbrukarna på ett mjukare sätt skolas in i ett liv utan missbruk. Olika socialdistrikt i kommunen kan också remittera personer till projektet. Samordnarens funktion i detta sammanhang är att skapa (och sedan vårda) ett slagkraftigt nätverk som kan vara till nytta vid anskaffning av sysselsättning, för att följa upp densamma och för att komma vidare med andra rehabiliteringsinsatser. En viktig arbetsuppgift är att hitta rätt jobb för rätt person. Andra uppgifter är att genom t ex informationsträffar, utbildningsdagar och attitydpåverkande insatser i övrigt få de som är viktiga kuggar i projektet att dra åt samma håll i rehabiliteringsarbetet. Genom att sysselsättningen är "hävstången" i rehabiliteringen blir samordnarens uppgift att flexibelt och okonventionellt skapa sysselsättning genom att kombinera olika ekonomiska medel som knyts till klienten: utöver socialbidrag kan det vara sjukpenning och arbetsmarknadsstöd. Särskilt viktigt är det att finna sysselsättningsplatser som har en positiv men samtidigt realistisk attityd till missbruksproblem.

De typer av sysselsättning som kan bli aktuella är OSA – först 6 mån men dessa förlängs ofta, beredskaps jobb, API, ALU, remitteringsstöd samt socialbidrag med extra ersättning. Sysselsättningen är vanligtvis förlagd hos ideella föreningar, kommunen och landstinget. Det anses viktigt att kunna anskaffa sysselsättningsplatser som har en resursperson tillgänglig att kunna fråga till råds i svåra situationer. Ett samarbete med Korpen, ABF, TBV m fl har inletts (cirklar, föreläsningar) omkring frågor som kost, motion, livskvalitet och studier m m.

Enligt det resultatmål som framställdes i projektansökan hoppades man att minst 10 personer ur målgruppen samtidigt skulle kunna erbjudas plats (sysselsättning) i projektet och att minst hälften av dessa ska vara kvar i projektet den planerade tiden. Man förväntade sig också att minst en tredjedel av de personer som fått del av projektets tjänster ska gå vidare till AFs arbetsrehabilitering.

### **Hinder**

En brist som uppdragats är att projektsamordnaren och AF inte finns i samma byggnad. De ständiga telefonkontaktarna för att skaffa sysselsättning visar på att ytterligare samordning borde finnas. En särskild svårighet har varit kommunikationen med invandrargrupper. En brist med projektet var också att psykiatrin inte varit med som fullvärdig part. Läkare (och annan personal) har en viktig roll p g a av de sjukskriver, ger vård och behandling. Samtidigt är man i projektet många gånger tveksam till riktigheten i de diagnoser, utredningar och andra åtgärder som görs från psykiatris sida. Sådana bedömningar är utomordentligt viktiga för att rätt arbetskrav ska kunna ställas. Det finns således ett stort behov av att utveckla en kontakt inom projektets ram med den resursperson som finns inom

psykiatrin för den nu aktuella klientgruppen. Kontakterna med FK har inte varit så många. Det antas beror på att målgruppen inte tillhör FKs viktigaste klienter.

#### **Möjligheter och positiva erfarenheter**

Samverkansformerna har blivit smidigare och handläggningstiderna kortare, jämfört med om många socialsekreterare var för sig skulle ringa till AF angående sysselsättning för sina respektive klienter. Det har blivit lättare att samverka med handläggare på AF. I klientkontakten blir det nu ofta "snabba ryck" – vilket gör att klienterna ej hinner manipulera. Socialsekreterarna upplever projektet som en avlastning.

#### **Allmänna synpunkter**

Man är orolig för att projektet ska läggas ner och har inte löst övergången: projekt-reguljär verksamhet. Nedskärningar inom den kommunala socialtjänsten hänger som ett hotfullt moln i bakgrunden. För att maximalt effektivisera samverkan finns det önskemål om att upprätta ett samverkanskontor med företrädare för AF, FK, arbetsbyrå och socialtjänst på samma plats.

**Ort:** Umeå

**Projekt:** Stegen

**Samverkande parter:** AF, FK, Företagarna, LAN

### **Bakgrund**

Verksamheten i Stegen har sitt ursprung i ett samarbete som funnits mellan Byggfacket, Bygghälsan samt FK. Samarbetet utvecklades framförallt mellan två personer som kom att bilda stommen i det nätverk som sedan utvecklades; läkaren på Bygghälsan samt ombudsmannen i Byggfacket. Dessa personer är än i dag verksamma i Stegen. Det kontaktnät som dessa båda personer byggt upp med näringsidkare och myndigheter under sin verksamhet i Bygghälsan och Byggfacket är i dag en viktig del av stegenverksamheten. 1994 skapades Stegen formellt som en egen organisation genom att man bildade stiftelsen Stegen. Styrelsen består av representanter för företagarna i länet, FK, LAN, landstinget samt LO.

### **Organisation**

Under den första fasen skötte Bygghälsan administration och ekonomi. FK och AF har hela tiden stått för de huvudsakliga insatserna för de individer som sysselsatts i olika projekt. I fas två grundades Stiftelsen som huvudman för Stegen. Stiftelsen är en juridisk person med en samhällsrepresentativ styrelse; företrädare för näringsliv, fackföreningar och myndigheter finns representerade. Stegen är ingen arbetsgivare men mer en organisatorisk ram för det regionala arbetet i Västerbotten. De olika projekten på lokal nivå utgör Stegens reella verksamhet. Projekten är de som anställer individer ur den bestämda målgruppen och ansvarar för den verksamhet som bedrivs. Resurserna till dessa projekt har hitintills främst kommit från LANs otraditionella medel. Lönekostnader finansieras genom ALU, rehabiliteringsersättning samt sjukpenning. Som en sammanhållande länk mellan de olika projekten och styrelsen finns en projektledare som har det organisatoriska ansvaret för det löpande arbetet och som sköter kontakter med myndigheter och kommunikation till styrelsen. Parallellt med denna organisation finns också en referensgrupp som har knutit till sig ett brett fält av forskare och praktiker från olika områden. Exempelvis finns småföretagare och arbetslöshetsforskare representerade. Referensgruppen anses vara viktigt då en stor del av Stegens verksamhetsidé är att utveckla metoder och visioner för ett framtida rehabiliteringsarbete.

### **Målsättning och målgrupper**

Målsättningen med stegenverksamheten är att bredda rehabiliteringsfältet genom att inbjuda fler aktörer att ta del av en aktiv rehabiliteringsverksamhet. Man menar också att utrymmet för FK och AF att skapa nya

rehabiliteringsplatser är taget i anspråk. Därför är det viktigt att få in andra än de etablerade myndigheterna. Ett av syftena är därför att utveckla metoder för en utökad rehabiliteringsverksamhet mycket inriktad på samarbete med småföretagare och näringsliv.

Den egentliga målgruppen som från början var långtidssjuka bygg- och anläggningsarbetare har vidgats till att omfatta långtidsarbetslösa och sjuka i allmänhet. Målgruppen är väldefinierad genom de krav på arbetsförmåga som ställs via projekten. Det innebär bl a att psykiskt handikappade samt missbrukare för närvarande inte omfattas av stegenkonceptet.

### **Samarbetsformer**

Stegenorganisationen är i huvudsak ett personligt nätverk av personer från AF, FK och de ursprungliga nyckelpersonerna som i sin tur använt sina kontakter för att skapa arbetstillfällen åt personer som man ansett vara lämpliga för dessa projekt. I de fallen finns alltså ett stort inslag av rekrytering via nätverkets nyckelpersoner till de olika projekten. Rekryteringen går, när det gäller de arbetslösa, via AF och klienterna anvisas sedan vidare till projekt via kontakter (möten och telefonsamtal) med de andra i stegenätverket. De långtidssjuka kommer i kontakt med Stegen via FKs rehabsektioner. Projektverksamheten kan i stora drag indelas i tre typer: de egentliga stegenprojekten, den egna företagargruppen samt de sk strukturella samhällsprojekten.

Egentliga stegenprojekt kan startas upp som i följande beskrivning. Genom att någon av nyckelpersonerna känner till att det finns intresse och behov av verksamhet hos exempelvis ideella föreningar, landsting eller kommun bjuder man in en representant för den potentiella arbetsgivaren till ett stegenmöte där man tillsammans med AF, FK samt projektledare diskuterar medverkan av stegenpersonal. De projekt som för närvarande är igång är relativt småskaliga med ca 3-10 personer engagerade.

För långtidssjukskrivna och arbetslösa finns också möjlighet att via AFs Nyföretagarcentrum starta eget. Stegen kan i sådana fall hjälpa till med en planläggning. Man har också genom kontakter med kommun, landsting och universitet och andra större offentliga sektorer skapat flera sk strukturella projekt. Exempel på sådan verksamhet är de sk fritidsklubbarna som fungerar som komplement till barnomsorgen för mellanstadiebarn. Såväl skola, polismyndigheter som scoutrörelsen är medaktörer i projektet. Ett annat exempel är blodbanken vid Umeå Universitet som genom en av de ursprungliga kontaktpersonerna startats upp som ett forskningsprojekt i samarbete mellan universitet och landsting. Man samlar in och registrerar blodprover som används i forskning. Samarbetet mellan de olika myndigheterna och Stegenpersonal kännetecknas av att vara mycket otraditionellt, obyråkratiskt, och de enda kontrakt som används är rehabiliteringsplanerna för de individer som kommer från FK.

### **Hinder**

Vissa av arbetsledarna har inte varit motiverade för den typ av verksamhet som man bedrivit. I vissa fall har inte heller placeringar ute i reguljär verksamhet lyckats på att företagare inte haft förståelse för eller insikt i de långtidssjukskrivnas fysiska hälsoproblem. Ett stort problem är lönebidragsformen som gör att man med en hög arbetslöshetsnivå inte kan få ut så många som man vill till olika arbetsplatser. Man menar att intresset från arbetsgivarna är stort men att möjligheterna inte finns.

### **Möjligheter och positiva erfarenheter**

Under projektets gång har man lärt sig använda sin kreativitet och fantasi. Stegen har upplevts som en testverkstad för okonventionell verksamhet. Erfarenheten är också att det gått bra att samverka. Speciellt i den mån man har poolat resurserna från respektive myndighet i en gemensam pott. Samarbetet mellan aktörerna på lokal nivå har varit oproblemiskt efter det man även lyckades övertyga LAN och kommunen om Stegens potential som resurs i rehabiliteringsarbetet. Man uppskattar också det icke hierarkiska arbetssätt som kännetecknar samarbetet mellan myndigheterna.

### **Allmänna synpunkter**

Man menar att de olika bidragsformerna inom socialförsäkringsystemet inte är tillräckligt flexibla för att man skall kunna göra skräddarsydda lösningar i varje individuellt fall. Ofta upplever man också att olika regelverk kolliderar med varandra. Vidare anser man att FKs datasystem borde moderniseras så att det blir jämförbart och kompatibelt med AMS datasystem. För närvarande arbetar man också med att utarbeta ett nytt grundfinansieringssystem för de deltagande individerna. Idén bygger på att a-kassenivån skall utgöra utgångsläget för lönen. Till denna lönedel skall Stegen i varje individuellt fall lägga till ett stimulansbidrag som beläggs med arbetsgivaravgift. Slutligen skall en AMF försäkring lösas för alla deltagande i projekten.





## Litteraturförteckning

- Ami/PRAOT, Örebro och Claes Malmquist ITP, 1995. En samhälls-ekonomisk lönsamhetsmodell för Ami/PRAOT, Örebro.
- AMS årsredovisning 1994/95
- AMS informerar, Projekt som 1995/96 erhållit medel för otraditionella insatser för arbetshandikappade., Vin 1995:8.
- AMS informerar, Anslaget B5. Särskilda åtgärder för arbetshandikappade Årsrapport 1994/95., Vin 1996:1
- Arbetslivsfonden 1994., Rehabilitering lika enkelt som lönsamt.
- Arbetslivsfonden 1995., Arbete i utveckling – på kvinnors vis Slutrapport från Arbetslivsfondens ALFA Q program.
- Aronsson T, C. Malmquist., Rehabiliteringens ekonomi, Stockholm 1991.
- Bohlin & Strömberg 1995., Dagmar 400 Utvärdering av effekten av statliga medel för rehabiliterings- och behandlingsinsatser.
- Centrala samverkansgruppen för arbetsmiljö och rehabilitering (CESAR-gruppen) 1994., Förutsättningar och ambitionsnivåer för arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet. Ett diskussionsunderlag.
- Civildepartementet (Ds 1995:39) Den lilla samhällsdialogen Forskning om medborgarkontakter, yrkeskompetens och kunskapsstöd i en decentraliserad förvaltning.
- Civildepartementet (Ds 1994:123) Vi vill vara med och bestämma Modeller för medborgarinflytande i stadsmiljö och på landet – En skrift om lokal utveckling av kommunal verksamhet.
- Civildepartementet (Ds 1995:54) Plus för unga – slutsatser från lokalt utvecklingsarbete. Slutrapport från PLUS-gruppen inom Civildepartementet.
- Civildepartementet (Ds 1995:54) Bilaga 1. Plus för unga i Göteborg., Tore Brännberg En studie av projekt, samverkan och eldsjälar.
- Finansdepartementet (Ds 1994:81) En Social Försäkring. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.

- Finansdepartementet (Ds 1994:86) Fördelningseffekter av offentliga tjänster. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.
- Finansdepartementet (Ds 1994:133) Nettokostnader för transfereeringar i Sverige och några andra länder Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.
- Försäkringskassan i Östergötland. Utkast PM "Förslag till utveckling av förebyggandeprocessen", 1996.
- Försäkringskassaförbundet. Ojämlighet från vaggan till graven – på väg in i 2/3-samhället? Rapport från forskarseminariet i Umeå januari 1996.
- Hammarström Anne., Arbetslöshet och ohälsa – om ungdomars livsvillkor., Studentlitteratur 1996.
- Kerz J., M. Werner & E. Wesser. Vad vet vi om rehabilitering, Svensk rehabiliteringsforskning 1980-1993. Bokbox Förlag, Lund 1995.
- Hetzler A, K. E. Eriksson & E. Wesser., Arbetslivsinriktad rehabilitering. Arbetslivsfonden, Stockholm 1995.
- Landstingsförbundet, 1988, Sjukvård och sjukförsäkring i samverkan.
- Regeringens proposition 1990/91:140 Arbetsmiljö och rehabilitering m.m.
- Regeringens proposition 1990/91:141 Rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.
- Regeringens proposition 1995/96:150 Ekonomisk vårproposition med förslag till riktlinjer för den ekonomiska politiken, utgiftstak, ändrade anslag för budgetåret 1995/96, m.m.
- Riksförsäkringsverkets årsredovisning 1994/95
- RFV ANSER, 1995:17, Utvecklingsprojekt vid försäkringskassorna - Redovisning av de särskilda projektmedlen för budgetåret 1994/95.
- RFV REDOVISAR, 1994:5, LS – En studie av rehabiliteringsarbetet på försäkringskassan
- RFV REDOVISAR, 1995:11, FINSAM på väg Försöksverksamheten med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård. Lägesrapport 1994 från Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen.
- RFV REDOVISAR, 1995:12, DAGMAR 510 – en uppföljning av den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården år 1994.

- RFV REDOVISAR, 1995:20, RIKS-LS – en undersökning om långvarig sjukskrivning och rehabilitering.
- Riksförsäkringsverket, Försäkringskassan i Stockholm, Försäkringskassan i Värmland., 1996 Kvalitetsutveckling i socialförsäkringsadministrationen Kundbegreppet och kartläggning av processer.
- RRV Fi 1991:2 Bättre beslutsunderlag i den offentliga sektorn – en presentationsmodell.
- RRV 1994:18 "Att återupprätta" om försäkringskassans rehabiliteringsverksamhet.
- RRV 1996:8 Rehabilitering av arbetslösa sjukskrivna.
- RRV 1996:40 Samverkan med förhinder – den statliga tillsynen över arbetsgivarnas ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering.
- Salonen Tapio., Valfärdens marginaler., Stockholm Publica 1994.
- Socialdepartementet, Arbetsmarknadsdepartementet (Ds 1988:14)., Samverkan mellan socialtjänst och arbetsförmedling – en beskrivning och ett underlag för utveckling.
- Socialdepartementet., Valfärdsprojektets Skriftserie: Fakta/kunskaper Nr 2 1996, Ensamföräldrarna – en utsatt grupp?
- Socialdepartementet. Dir. 1995:158 Kommittédirektiv Nationella folkhälsomål.
- Socialmedicinsk tidskrift häfte nr 10, 1995. Rehabilitering och socialförsäkring.
- Socialstyrelsens årsredovisning 1994/95
- Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:2., Halvvägs Lägesrapport 1993-1994 från försöket med kommunal primärvård
- Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, –SoS rapport 1993:10, Rehabilitering inom hälso- och sjukvården – för alla åldrar och alla diagnoser.
- SOU 1988:41 Tidig och samordnad rehabilitering. Samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning mm. Betänkande av rehabiliteringsberedningen.
- SOU 1994:24 Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. Huvudbetänkande från alkoholpolitiska kommissionen.
- SOU 1994:27 Vård av alkoholmissbrukare. Delbetänkande från alkoholpolitiska kommissionen.
- SOU 1994:95 En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi. Rapport till Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000.
- SOU 1994:139 Ny socialtjänstlag. Huvudbetänkande av socialtjänstkommittén.

- SOU 1995:61 Myndighetsutövning vid medborgarkontor. Rapport från MBK-utredningen.
- SOU 1995:142, Att röja hinder för Samverkan – Egenmakt – Arbetslinjen, Storstadskommittén.
- SOU 1995:149 Försäkringskydd vid sjukdom – Ett delbetänkande om rätten till ersättning och beräkning av inkomstunderlag under sjukpenningtid.
- SOU 1996:34 Aktiv arbetsmarknadspolitik. Betänkande av Arbetsmarknadspolitiska kommittén.
- Statskontoret, 1994:15 Arbetslivsinriktad rehabilitering – sektorsövergripande analys
- Statsliggaren för Arbetsmarknadsdepartementet 1995/96
- Statsliggaren för Socialdepartementet 1995/96
- Stockholms socialtjänsts Forsknings- och Utvecklingsbyrå., FoU-rapport 1995:22,Ulf Karlsson & Knut Sundell., Att bryta rundgången? Effekter av ökad samverkan för att minska långtidsarbetslöshet,
- Svenska kommunförbundet., Hur ska vi ha 't? Om kommunerna och socialsektorn.(KOMVÅRD nr 6), 1994
- Svenska kommunförbundet., Samordning inom socialsektorn (KOMVÅRD nr 11), 1996
- Svenska kommunförbundet, Framtidens närvård (KOMVÅRD nr 12), 1996
- Tekniska nomenklaturcentralens publikationer, nr 97, Ordlista för arbetslivsinriktad rehabilitering.

# Statens offentliga utredningar 1996

## Kronologisk förteckning

---

1. Den nya gymnasieskolan – hur går det? U.
  2. Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. U.
  3. Fritid i förändring. Om kön och fördelning av fritidsresurser. C.
  4. Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. UD.
  5. Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. UD.
  6. Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. UD.
  7. Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. UD.
  8. Batterierna – en laddad fråga. M.
  9. Om järnvägens trafikledning m.m. K.
  10. Forskning för vår vardag. C.
  11. EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. K.
  12. Kommuner och landsting med betalningssvårigheter. Fi.
  13. Offentlig djurskyddstillsyn. Jo.
  14. Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. Fi.
  15. Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. UD.
  16. Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. UD.
  17. Bättre trafik med väginformatik. K.
  18. Totalförsvarsplikliga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. Fö.
  19. Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. UD.
  20. Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. U.
  21. Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. U.
  22. Inflytande på riktigt – Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. U.
  23. Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. N.
  24. Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. UD.
  25. Från massmedia till multimedia – att digitalisera svensk television. Ku.
  26. Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. K.
  27. En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. U.
  28. Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. U.
  29. Forskning och Pengar. U.
  30. Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. Fi.
  31. Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. C.
  32. Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. SB.
  33. Banverkets myndighetsroll m.m. K.
  34. Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. A.
  35. Kriminalunderrättelseregister DNA-register. Ju.
  36. Högskola i Malmö. U.
  37. Sveriges medverkan i FN:s familjeår. S.
  38. Nationalstadsparker. M.
  39. Rapport från klimatdelegationen 1995. Klimatrelaterad forskning. M.
  40. Elektronisk dokumenthantering. Ju.
  41. Statens maritima verksamhet. Fö.
  42. Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. UD.
  43. Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. UD.
  44. Översyn av skatteflyktlagen. Reformerat förhandsbesked. Fi.
  45. Presumptionsregeln i expropriationslagen. Ju.
  46. Enskilda vägar. K.
  47. Cirkelsamhället. Studiecirkelns betydelser för individ och lokalsamhälle. U.
  48. Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. N.
  49. Regler för handel med el. N.
  50. Förbud mot vapen på allmän plats m.m. Ju.
  51. Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring – alternativ och förslag. A.
  52. Precisering av handelsändamålet i detaljplan. M.
  53. Kalkning av sjöar och vattendrag. M.
  54. Kooperativa möjligheter i storstadsområden. S.
  55. Sverige, framtiden och mångfalden. A.
  55. På väg mot egenföretagande. A.
  55. Vägar in i Sverige. A.
  56. Hälften vore nog – om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. A.
  57. Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. Fi.
  58. Finansieringen av det civila försvaret. Fö.
-

# Statens offentliga utredningar 1996

## Kronologisk förteckning

---

59. Europapolitikens kunskapsgrund.  
En principdiskussion utifrån  
EU 96-kommitténs erfarenheter. UD.
  60. Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och  
utvidgningens effekter på den gemensamma  
jordbrukspolitiken. UD.
  61. Olika länder – olika takt. Om flexibel integration  
och förhållandet mellan stora och små stater i EU.  
UD.
  62. EU, konsumenterna och maten  
– Förväntningar och verklighet. Jo.
  63. Medicinska undersökningar i arbetslivet. A.
  64. Försäkringskassan Sverige – Översyn av  
socialförsäkringens administration. S.
  65. Administrationen av EU:s jordbrukspolitik  
i Sverige. Jo.
  66. Utvärderat personval. Ju.
  67. Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader.  
Fi.
  68. Några folkbokföringsfrågor. Fi.
  69. Kompetens och kapital + bilaga. N.
  70. Samverkan mellan högskolan och näringslivet. N.
  71. Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer  
och landsbygd. In.
  72. Rättspsykiatriskt forskningsregister. S.
  73. Swedish Nuclear Regulatory Activities.  
Volume 1 – An Assessment. M.
  74. Swedish Nuclear Regulatory Activities.  
Volume 2 – Descriptions. M.
  75. Värden i folkhögskolevärlden. U.
  76. EU:s regeringskonferens – procedurer, aktörer,  
formalia. Sammanfattning av ett seminarium i  
april 1996. UD.
  77. Utländska försäkringsgivare med verksamhet i  
Sverige. Fi.
  78. Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning  
och finansiering. N.
  79. Översyn av revisionsreglerna. Fi.
  80. Viktigt meddelande.  
Radio och TV i Kris och Krig. Ku.
  81. Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. Fi.
  82. En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens  
tillsynsmyndigheter. K.
  83. Allmänt pensionssparande APS. S.
  84. Ekobrottsforskning. Ju.
  85. Egon Jönsson – en kartläggning av lokala sam-  
verkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. S.
-

# Statens offentliga utredningar 1996

## Systematisk förteckning

---

### Statsrådsberedningen

Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. [32]

### Justitiedepartementet

Kriminalunderrättelseregister  
DNA-register. [35]  
Elektronisk dokumenthantering. [40]  
Presumptionsregeln i expropriationslagen. [45]  
Förbud mot vapen på allmän plats m.m. [50]  
Utvärderat personal. [66]  
Ekobrottsforskning. [84]

### Utrikesdepartementet

Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. [4]  
Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. [5]  
Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. [6]  
Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. [7]  
Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. [15]  
Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. [16]  
Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. [19]  
Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. [24]  
Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. [42]  
Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. [43]  
Europapolitikens kunskapsgrund.  
En principdiskussion utifrån  
EU 96-kommitténs erfarenheter. [59]  
Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitik. [60]  
Olika länder – olika takt. Om flexibel integration och förhållandet mellan stora och små stater i EU. [61]  
EU:s regeringskonferens – procedurer, aktörer, formalia. Sammanfattning av ett seminarium i april 1996. [76]

### Försvarsdepartementet

Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. [18]  
Statens maritima verksamhet. [41]  
Finansieringen av det civila försvaret. [58]

### Socialdepartementet

Sveriges medverkan i FN:s familjeår. [37]  
Kooperativa möjligheter i storstadsområden. [54]  
Försäkringskassan Sverige – Översyn av socialförsäkringens administration. [64]  
Rättspsykiatriskt forskningsregister. [72]  
Allmänt pensionssparande APS. [83]  
Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. [85]

### Kommunikationsdepartementet

Om järnvägens trafikledning m.m. [9]  
EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. [11]  
Bättre trafik med väginformatik. [17]  
Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. [26]  
Banverkets myndighetsroll m.m. [33]  
Enskilda vägar. [46]  
En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens tillsynsmyndigheter. [82]

### Finansdepartementet

Kommuner och landsting med betalnings-svårigheter. [12]  
Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. [14]  
Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. [30]  
Översyn av skatteflyktslagen.  
Reformerat förhandsbesked. [44]  
Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. [57]  
Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader. [67]  
Några folkbokföringsfrågor. [68]  
Utländska försäkringsgivare med verksamhet i Sverige. [77]  
Översyn av revisionsreglerna. [79]  
Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. [81]



# Statens offentliga utredningar 1996

## Systematisk förteckning

---

### Utbildningsdepartementet

Den nya gymnasieskolan - hur går det? [1]  
Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. [2]  
Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. [20]  
Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. [21]  
Inflytande på riktigt - Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. [22]  
En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. [27]  
Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. [28]  
Forskning och Pengar. [29]  
Högskola i Malmö. [36]  
Cirkelsamhället. Studiecirkelns betydelser för individ och lokalsamhälle. [47]  
Värden i folkhögskolevärlden. [75]

### Jordbruksdepartementet

Offentlig djurskyddstillsyn. [13]  
EU, konsumenterna och maten - Förväntningar och verklighet. [62]  
Administrationn av EU:s jordbrukspolitik i Sverige. [65]

### Arbetsmarknadsdepartementet

Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. [34]  
Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring - alternativ och förslag. [51]  
Sverige, framtiden och mångfalden. [55]  
På väg mot egenföretagande. [55]  
Vägar in i Sverige. [55]  
Hälften vore nog - om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. [56]  
Medicinska undersökningar i arbetslivet. [63]

### Kulturdepartementet

Från massmedia till multimedia - att digitalisera svensk television. [25]  
Viktigt meddelande.  
Radio och TV i Kris och Krig. [80]

### Näringsdepartementet

Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. [23]  
Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. [48]  
Regler för handel med el. [49]  
Kompetens och kapital + bilaga. [69]  
Samverkan mellan högskolan och näringslivet. [70]  
Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning och finansiering. [78]

### Civildepartementet

Fritid i förändring.  
Om kön och fördelning av fritidsresurser. [3]  
Forskning för vår vardag. [10]  
Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. [31]

### Inrikesdepartementet

Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer och landsbygd. [71]

### Miljödepartementet

Batterierna - en laddad fråga. [8]  
Nationalstadsparker. [38]  
Rapport från klimatdelegationen 1995.  
Klimatrelaterad forskning. [39]  
Precisering av handelsändamålet i detaljplan. [52]  
Kalkning av sjöar och vattendrag [53]  
Swedish Nuclear Regulatory Activities. Volume 1 - An Assessment. [73]  
Swedish Nuclear Regulatory Activities. Volume 2 - Descriptions. [74]







**FRITZES**

POSTADRESS: 106 47 STOCKHOLM  
FAX 08-20 50 21, TELEFON 08-690 90 90