

FÖRETAGSEKONOMISKA INSTITUTIONEN

FE rapport 2002-388

Organisering av samverkan i Grästorp 5S och Kärra-Rödbo

Margareta Damm
Mikael Löfström
Martin Selander



Handelshögskolan
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Organisering av samverkan i Grästorps 5S och Kärra-Rödbo

Abstract: SOCSAM är en försökslagstiftning med en ambition att bedriva politisk och finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Verksamheten regleras i SFS (1994:566). Försöksverksamheten innebär att resurser från socialtjänst, försäkringskassa och sjukvård läggs samman för att användas för effektivare hushållning med de gemensamma resurserna samt för att ge ökad professionalitet hos de samverkande organisationernas medarbetare. DELTA på Hisingen (som inkluderar stadsdelen Kärra-Rödbo) och SOCSAM 5 S i Grästorps är två av sex pågående försöksområdena. Studiens ambition är att genomföra två parallella illustrativa fallstudier som beskriver och analyserar de specifika lösningar som präglar respektive samverkansförsök i Kärra-Rödbo och i Grästorps.

Syftet med studien är att granska de organisatoriska förutsättningarna i kommunen/stadsdelen och på vilket sätt de påverkar möjligheterna till samverkan. Undersökningen belyser två perspektiv på samverkan, dels relationen mellan organisationerna, vilket benämns interorganisatoriska relationer, dels respektive organisations förutsättning för samverkan, vilket benämns intraorganisatoriska relationer. Som övergripande metod att nå kunskap om respektive samverkansförsök har vi valt fallstudier vilket innebär att kompletterande empiriskt material används. Grundtanken med fallstudier är att det studerade fenomenet bäst förstås i sin kontext och att kombinationen mellan olika slags data tillsammans kan ge en mer utvecklad förståelse än att enbart förlita sig på en typ av data.

Studiens resultat visar att samverkan på de två orterna styrs främst av två faktorer. a) Huruvida man utvecklar samverkan genom att konstruera tydliga regler för den interorganisatoriska relationen eller inte. b) I vilken omfattning man är beredd att ta hänsyn till olika aktörers föreställningar om samverkan. Det resulterar i att samverkan på de två orterna främst bedrivs utifrån egenytan från de medverkande aktörerna.

Keywords: SOCSAM, samverkan, offentliga organisationer, projekt, organisering, styrning, interorganisatoriska relationer

JEL-code: O22, H43

Handelshögskolan vid Göteborgs universitet

Företagsekonomiska institutionen

Box 610, 405 30 Göteborg

Margareta Damm, tel. 031-773 4483, e-post. margareta.damm@handels.gu.se

Mikael Löfström, tel. 031-773 4463, e-post. mikael.lofstrom@handels.gu.se

Martin Selander, tel. 031-773 1494, e-post. martin.selander@handels.gu.se

1. OLIKA ORGANISATORISKA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SAMVERKAN

INLEDNING

Idag anser sig många aktörer inom offentlig verksamhet behöva samverka och det verkar vara en lösning på en mängd problem för både myndigheter och brukare. I de statliga utredningar som behandlar ämnet är det främst tre skäl som lyfts fram till gagn för samverkansidén (SOU 1996:137, SOU 1996:175, Ds. 1997:10). Det ena är det ekonomiska skälet. Samverkan är ett sätt för olika myndigheter med likartad verksamhet att uppnå en effektivare resursanvändning (SOU 1995:142). Det andra skälet är att myndigheterna bättre skall svara upp mot de behov som finns hos så kallade utsatta grupper i samhället. Här nämns till exempel arbetslösa, sjukskrivna, personer med psykosocial ohälsa, missbrukare (SOU 1996:85). Det tredje skälet är att öka inflytandet för medborgarna.

SOCSAM är en försökslagstiftning med en ambition att bedriva politisk och finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Verksamheten regleras i SFS (1994:566). Försöksverksamheten innebär att resurser från socialtjänst, försäkringskassa och sjukvård läggs samman för att användas för effektivare hushållning med de gemensamma resurserna samt för att ge ökad professionalitet hos de samverkande organisationernas medarbetare. Försöksverksamheten inleddes 1997 och beräknas vara avslutad i samband med att SOCSAM-lagstiftningen upphör i och med årsskiftet 2002/2003.

DELTA på Hisingen och SOCSAM 5 S i Grästorps är två av sex pågående försöksområden i landet och har sin grund i den så kallade SOCSAM-lagstiftningen. Försöksverksamheten inleddes 1997 och beräknas vara avslutad i samband med att SOCSAM-lagstiftningen upphör. DELTA har idag ett delat ägarförhållande mellan Västra Götalands allmänna försäkringskassa, Västra Götalandsregionen samt Göteborgs stad. Till detta kommer Länsarbetsnämnden som medverkar utanför den finansiella samordningen. Styrningen sker genom ett beställarförbund som upphandlar verksamheten. Inom ramen för DELTA bedrivs cirka 20 olika samverkansaktiviteter som i huvudsak delas in i socialmedicinskt inriktade aktiviteter och arbetslivsinriktade aktiviteter. Det finns även en del förebyggande aktiviteter och kartläggningar av verksamheten. Målsättningen för DELTA på Hisingen är att minska kostnaderna för sjukskrivning, arbetslöshet och socialbidrag för Hisingborna. Det handlar också om att öka den enskildes välbefinnande och personalens professionalitet i mötet med brukarna.

I Kärra-Rödbo genomför man olika samverkansaktiviteter. De olika delprojekten har som gemensam målsättning att genom ett tvärasektoriellt arbetssätt göra bättre bedömningar och uppnå kortare väntetider. Genom det vill man erhålla förbättrade förutsättningar att uppnå ett tidigt tillfrisknande, minskat lidande för patienten och en tidigare återgång i arbete/åtgärd. Ett ytterligare mål är att få ökad kunskap bland projektmedarbetarna, dels om patientens sammansatta behov, dels om andra medverkande yrkesgruppers kompetensområden och arbetssätt. Delprojekten är: Tidig och samordnad rehabilitering, Hälsobefrämjande ekonomisk rådgivning, Alkoholrådgivningsmottagning och Utåtriktat ungdomsarbete och fördjupad mödrahälsovård.

SOCSAM 5S i Grästorps har till skillnad från DELTA involverat hela kommunen. Huvudmännen för försöket är Grästorps kommun, Västra Götalands läns allmänna försäkringskassa och Västra Götalandsregionen. Genom ett samarbetsavtal är också Arbetsförmedlingen knuten till försöket. Verksamheten leds av Grästorpsnämnden, som är ett beställarförbund bestående av ledamöter från kommunen, Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan. Länsarbetsnämnden har också en adjungerad representant till nämnden. Inom ramen för SOCSAM 5S bedrivs cirka 20 olika samverkansaktiviteter av skiftande karaktär riktat mot såväl enskilda individer som alla kommuninvånare. Exempel på aktiviteter är ”Gemensam rehabilitering” vars målgrupp är långtidssjukskrivna med besvär i rygg/nacke, låg utbildning, missbruk etcetera med syfte att öka individens möjligheter till självförsörjning och Grästorpskontor som är ett gemensamt informationskontor riktat till att kommuninvånare. Målsättningen för SOCSAM 5S är bland annat att tillhandahålla mer och bättre insatser för kommuninvånaren vad gäller vård och behandling, rehabilitering, förebyggande arbete, omsorg och service än vid traditionell verksamhet

STUDIENS INRIKTNING

Studiens ambition är att genomföra två parallella illustrativa fallstudier som beskriver och analyserar de specifika lösningar som präglar respektive samverkansförsök i Kärra-Rödbo och i Grästorps. De två orterna har bland annat utifrån demografiska och organisatoriska förutsättningar skilda premisser för att bedriva samverkan.

Stadsdelen Kärra-Rödbo på Hisingen är en av 21 stadsdelsnämnder i Göteborg. Varje stadsdelsnämnd ansvarar för grundskola, grundsärskola, lokal fritidsverksamhet, lokal biblioteksverksamhet, handikapp- och äldreomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg. Befolkningen i Kärra-Rödbo uppgår till cirka 10 000 invånare. Stadsdelen består av en ytterförort med en bebyggelse som växte fram på 70-talet och av en landsbygd med inslag av relativt nya villaområden. Grästorps kommun är en mindre kommun med placering mitt i Västra Götalandsregionen. Kommunen har cirka 6000 invånare jämt fördelat mellan centralorten och landsbygden.

Undersökningen belyser två perspektiv på samverkan, dels relationen mellan organisationerna, vilket benämns interorganisatoriska relationer, dels respektive organisations förutsättning för samverkan, vilket benämns intraorganisatoriska relationer.

a) *Interorganisatoriska relationer* – det vill säga samverkan mellan olika offentliga organisationer. De interorganisatoriska relationerna beskrivs utifrån hur de struktureras, ledningen av samverkan, styrning av resurser, målsättning, kontaktytor mellan organisationerna som upprättas, gemensamma aktiviteter, informationsutbyte, kommunikationsmönster etcetera. Fokus är hur samverkan mellan organisationerna organiseras.

b) *Intraorganisatoriska relationer* – det vill säga den inre organisationens förutsättningar för samverkan. I detta perspektiv studeras en del av de faktorer som även behandlas i det tidigare perspektivet, men med fokus på de organisatoriska förutsättningarna. Det handlar om strukturella förutsättningar, intern styrning av samverkan och resurstilldelning för att åstadkomma samverkan, men även aktörernas uppfattning om samverkan är viktig.

Studiens syfte

Syftet med studien är att granska de organisatoriska förutsättningarna i kommunen/stadsdelen och på vilket sätt de påverkar möjligheterna till samverkan.

Fallstudiens genomförande

Som övergripande metod att nå kunskap om respektive samverkansförsök har vi valt fallstudier vilket innebär att kompletterande empiriskt material används. Grundtanken med fallstudier är att det studerade fenomenet bäst förstås i sin kontext och att kombinationen mellan olika slags data tillsammans kan ge en mer utvecklad förståelse än att enbart förlita sig på en typ av data. I huvudsak har materialinsamlingen skett genom intervjuer som kompletterats med olika former av dokument. Intervjumaterialet bygger på de tillfrågades uppfattningar och tolkningar av olika aspekter på samverkan utifrån styrning, struktur och arbetsmetod. Grundmaterialet har sedan kategoriserats och analyserats av författarna utifrån studiens utgångspunkter.

Fallstudien har genomförts i två delar. Delarna är avgränsade geografiskt till Grästorps kommun respektive Kärra-Rödbo stadsdelsförvaltning. Respektive del består dels av de kommunala verksamhetsgrenarna såsom skola, socialtjänst, äldreomsorg etcetera. Dessa betraktas som autonoma enheter. Det innebär bland annat att deras relation sinsemellan studeras som samverkan. Dessutom hanteras varje myndighet/organisation som medverkar i samverkansförsöket i respektive del som en likvärdig undersökningsenhet i fallstudien.

Denna studie fokuserar därför två samverkansnivåer, dels mellan kommunala organisationer, dels mellan olika huvudmän. Studien har genomförts på två nivåer, vilket medför att intervjuer skett med verksamhetsföreträdare för de olika kommunala verksamheterna och de övriga samverkande myndigheterna/organisationerna. Det här upplägget rymmer flera fördelar eftersom det tar hänsyn till de skilda verksamheterna i kommunen och samtidigt ger en övergripande bild av de kommunala förutsättningarna för samverkan. Tillvägagångssättet ger också en möjlighet att särskilja olika kommunala verksamheters karaktär av samverkan gentemot andra huvudmän.

Det konkreta upplägget

För att genomföra fallstudiens två delar krävdes att de som skulle intervjuas hos de olika huvudmännen identifierades. En uppskattning av antalet intervjuer på respektive ort gav ca 20 intervjuer/delstudie. Vilka som intervjuats skiljer sig dock något mellan de två fallstudierna. Urvalet av intervjupersoner har gjorts av respektive projektansvarig i Kärra-Rödbo och Grästorps. Utgångspunkten har varit att intervju en verksamhetsansvarig och en mer verksamhetsnära person i varje organisation som är berörd.

I fallstudien av Grästorps genomfördes totalt 19 intervjuer. Det innefattade intervjuer med kommunalråd, kommunchef, projektansvarig för SOCSAM 5S, ansvarig för ROSA-projektet och en rehabkonsulent, chef och handläggare på arbetsförmedlingen, chef och handläggare på socialtjänsten, chef och undersköterska från äldreomsorgen, chef och representant från fritid/kultur, kontorschef och handläggare på försäkringskassan, primärvårdansvarig och ansvarig för rehabenheten, chef och representant från skola och barnomsorg.

I fallstudien av Kärra/Rödbo gjordes totalt 20 intervjuer. Det innefattade intervjuer med stadsdelschef och 2: e vice ordförande i stadsdelsnämnden, projektansvarig på socialtjänsten, en 1: e socialsekreterare och fyra socialsekreterare (varav två fackliga representanter), läkare och sjuksköterska från vårdcentralen, rektor och skolchef för skola/barnomsorg, kurator från psykiatrin, chef och handläggare på försäkringskassan, informationssekreterare, skolsköterska, folkhälsosamordnare, chef för fritid/kultur och kurator i DELTA-teamet.

2. SAMVERKAN I GRÄSTORP

INLEDNING

Ingående parter i SOCSAM 5S, som inleddes 1997, är Grästorps kommun, Skaraborgs läns lands-ting, Skaraborgs läns Allmänna Försäkringskassa. Länsarbetsnämnden i Skaraborgs län ingår via avtal men inte finansiellt. Huvudmännen ansåg att försöket skulle verka för ett bättre resursutnyttjande av de totala resurserna. Insatserna skulle förebygga och åtgärda olika former av ohälsa, ge bistånd, behandling och rehabilitering till förmån för den enskilde. Det fanns stora förväntningar på att verksamheten skulle kunna drivas till lägre kostnad. Samtidigt som de olika huvudmännen är bundna till de mål som uttrycks i respektive organisation lyfter de gemensamt fram vikten av helhetssyn och förstärkning för den enskilde Grästorpsbon. En annan bakgrund till försöket var att även om det funnits fungerande samverkansaktiviteter mellan handläggare i olika verksamheter så hade samarbetet uppfattats som alltför personberoende. För att undvika beroendet av enskilda personliga initiativ ville man istället bygga upp en struktur för samverkan byggd på projekt och andra organisatoriska lösningar (Olsson 2001).

ORGANISERING AV SOCSAM 5S

De lokala inriktningsmålen med SOCSAM 5S beskrivs på följande sätt:

- Gemensamma mål för kommunens invånare med helhetssyn på individen
- Målstyrd samordning och utveckling
- Samlad kompetensutveckling inom den gemensamma organisationen
- Samlat folkhälsoarbete
- Ett bättre utnyttjande av de totala resurser som är avsedda att förebygga och åtgärda olika former av ohälsa, ge bistånd, behandling, rehabiliteringsinsatser mm till förmån för den enskilde invånaren i Grästorps kommun
- Initiera och pröva nya former av samverkan, samordning och metodutveckling (Olsson 2001)

Organisationen styrs av ett Beställarförbund – Grästorpsnämnden. Förbundet ska verka för att syftet med försöket uppnås. Den främsta uppgiften är att besluta om mål och riktlinjer för de verksamheter som ingår i försöket. Beställarförbundet ska också planera, prioritera, beställa och finansiera de tjänster som ingår i försöksverksamheten. Försöket omfattar hela befolkningen i Grästorps kommun och innehåller därmed ingen övre åldersgräns.

En försöksledare utgör tillsammans med ledande tjänstemän från respektive verksamhet försöksledningen. Ledningen består dessutom av styrgruppen för de enskilda projekt som bedrivs i för-

söksverksamheten. Till sitt förfogande har försöksledningen ett administrativt kansli som är en del av Grästorpskontoret. Noteras bör att varje huvudman har ansvar för sin respektive personal som ingår i försöksverksamheten. En särskild projektarbetsmodell utarbetades 1998, som anger ett processinriktat arbetssätt. Avsikten är att samverkan ska utvecklas samtidigt som direktiv, mål, tidsplaner och resursbehov blir tydligt avgränsade. Mätbarheten värdesattes för att underlätta de rekommenderade utvärderingarna.

Grästorpsnämndens mening är att de olika SOCSAM 5S-projekten ska ha försökskaraktär men inte vara separerade från den övriga verksamheten. Högt prioriterade är barn och ungdom samtidigt som en främjande och förebyggande inriktning betonas. Man har valt att starta ett stort antal projekt i syfte att senare föra samman dem när de provats och är väl fungerande. Det är Grästorpsnämnden som beslutar om vilka aktiviteter som ska beställas och respektive verksamhetschef ansvarar för utförandet. Försöket omfattar hela Grästorps kommuns befolkning med ett särskilt fokus på fem målgrupper: personer med långa sjukskrivningar, personer med besvär i rörelseorganen, personer med låg utbildning, personer med liten arbetslivserfarenhet, personer med missbruksproblem och personer med psykiska besvär och andra handikapp. Inom ramen för SOCSAM 5S bedrivs cirka 20 olika samverkansaktiviteter av skiftande karaktär riktat mot såväl enskilda individer som alla kommuninvånare. Projekten har dock koncentrerats och slagits samman över tid eftersom det varit svårt att driva ett så stort antal projekt inom ramen för SOCSAM 5S.

Ett tydligt exempel på SOCSAM 5S-försökets ambitioner är Grästorpskontoret. Grästorpskontoret är ett resultat av att sammanföra verksamheter till helheter. Organisatoriskt, administrativt och lokalmässigt har delar av socialtjänstens, försäkringskassans och primärvårdens verksamheter förts samman. Kontoret är ett informations- och servicekontor till verksamheterna och allmänheten. Grästorpskontoret är därför tänkt att fungera som ett nav för försöksverksamheten dit både anställda och allmänhet kan gå för information. Ett annat exempel på aktiviteter är ROSA-uppdraget, vars målgrupp är personer som av olika anledningar står utanför arbetsmarknaden, med syfte att öka individens möjligheter till självförsörjning.

DE OLIKA AKTÖRERNA I SOCSAM 5S

Arbetsförmedlingen

Styrning

I Grästorpsnämndens beställning finns ingen specifik hänvisning till arbetsförmedlingen eftersom man inte ingår som finansiell partner. Det finns därför inga tydliga verksamhetsmål eller samverkansmål kopplade till just arbetsförmedlingen inom ramen för SOCSAM 5S. De generella och nationella mål som fastställts av länsarbetsnämnden rör t.ex. att andel sökande som uppger att

man fått en verksamhetsplan skall uppgå till minst 69% och att minst 70 % skall erhålla arbete inom 90 dagar efter avslutad yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning. Samverkan nämns i vissa formuleringar även om det inte finns med som ett uttalat mål, bl.a. uppmuntras samverkan med olika aktörer för att utveckla kompetensen och man vill förstärka kunnandet om bemötanden av gemensamma kunder och samverkan (Verksamhetsplan för Länsarbetsnämnden 2002). Däremot finns det specifika mål kopplade till Grästorpsnämndens beställning för ROSA-projektet (Rehabilitering mot arbete) där det satts upp några övergripande samverkansmål. (ROSA-projektet tas upp under arbetsförmedlingens rubrik eftersom det är en verksamhet med tydlig sysselsättningsinriktning som dock har eget verksamhetsansvar och lyder direkt under Grästorpsnämnden):

- ROSA är en resurs och metodik som kan vara ett värdefullt instrument i rehabiliteringsarbetet. Detta förutsätter en välutvecklad samverkan mellan olika förekommande rehabiliteringsaktörer i Grästorp.
- För att bredda mångfalden av aktiviteter för deltagarna i ROSA måste vi också utveckla samverkan med aktörer från andra kommuner.
- En väl utvecklad samverkan med privata och offentliga arbetsgivare liksom fackliga organisationer är också av största betydelse för att få fram tillräckligt med lämpliga arbetsträningsplatser samt få ett väl fungerande samspel mellan efterfrågad kompetens och utbud av arbetskraft. (Beställarförbundet 5S Grästorpsnämnden 2001)

Inom arbetsförmedlingen i Grästorp känner man av den politiska styrningen och att politiska mål prioriteras (ex 4 % öppen arbetslöshet). De nationella politiska målen kan också ändra sig ganska fort. Överhuvudtaget prioriteras de övergripande politiska målen framför samverkansmålen. Det är alltså inte främst den lokala styrningen man känner av utan den nationella myndighetens kontroll. Styrningen av samverkan framhålls inte i någon större utsträckning, vilket också kan bero på att arbetsförmedlingen ligger lite vid sidan av och inte inkluderas i Grästorpsnämndens beställning (annat än i form av ROSA-projektet). En uppfattning från arbetsförmedlingens sida var att samverkan finns inbyggd i arbetet men att det inte är något som drivs tydligt på ledningsnivå. Den samverkan som sker får skötas på handläggarnivå och bygger på individuella initiativ.

Inom ROSA-projektet framhålls det som viktigt att styrningen av verksamheten är tydlig. På verksamhetsnivå upplevs det som att man ofta är offer för specifika mål som inte rör samverkan. Det framhålls därför som viktigt att arbeta med tydliga samverkansmål i SOCSAM 5S som en motvikt till andra verksamhetsmål. En uppfattning är att det krävs att man utvecklar tvärsektoriel- la redovisningssystem som gör att pengarna inte är fördelade på olika myndigheter för att komma längre i samverkansarbetet. Tidigare styrformer upplevs ha motverkat samverkan snarare än att verka stödjande. Den politiska styrningen upplevs inte vara så detaljerad och måste därför konkretiseras och brytas ner till hanterbara mål i verksamheten. Det är t.ex. ingen som går in och har

synpunkter på hur man arbetar i konkreta termer. I ROSA arbetar man också mycket mot övriga i SOCSAM 5S och är därför beroende av de regler och mål som styr mycket av deras verksamhet. Det fanns en tro i början av projektet att man kunde töja mycket på reglerna i SOCSAM 5S men det har visat sig vara svårt. Viljan upplevs ofta finnas på handläggarnivå men inte alltid hos cheferna.

Struktur

Vid starten av SOCSAM 5S-projektet 1997 svarade arbetsförmedlingen i Grästorp inför Länsarbetsnämnden i Skaraborg. Arbetsförmedlingen låg lokaliserad i egna lokaler och hade en daglig personalbemanning. Sedan år 2000 tillhör Grästorp Västra Götalands läns organisation och utgör tillsammans med Vara och Essunga en organisation vars ledning ligger i Lidköping. Verksamheten har flyttat till Vårdcentrum och kommer att lokaliseras i anslutning till Grästorpskontoret. Antalet anställda har minskat och kontoret håller nu bara öppet två dagar i veckan. Besök på övriga tider ska istället skötas av personal på Grästorpskontoret. Arbetsförmedlingen deltar inte som finansiell part i SOCSAM 5S-projektet men väl på andra sätt i samverkansarbetet. Personalen på arbetsförmedlingen består av två handläggare som har del av sin tjänst i Grästorp men som vanligtvis är lokaliserade till Lidköping. Arbetsrelaterad samverkan är också kopplad till ROSA-projektet.

En nackdel med arbetsförmedlingens nuvarande struktur är att de som arbetar i Grästorp har sin huvudsakliga tjänst placerad vid ett annat kontor vilket skapar sämre förutsättningar för en kontinuerlig samverkan med andra organisationer. Varje handläggare är en dag i veckan i Grästorp vilket kan skapa problem att hinna med att delta i samverkansmöten och andra aktiviteter. Det finns också en känsla av att en del möten inte alltid leder till så mycket resultat utan mest tar upp tid och att det lätt blir lite tungarbetat. Det upplevs dock ändå viktigt att arbetsformerna finns kvar, främst i form av att det finns en ansvarig för samverkan och att rehabkonsulenterna får fortsätta med sitt uppföljande arbete. Däremot upplevs de gemensamma gruppformerna som mindre viktiga eftersom det mesta samverkansarbetet sker via personliga kontakter.

ROSA-projektet är en verksamhet som kom till tack vare SOCSAM 5S. Det står för Rehabilitering och sysselsättning mot arbete. ROSA leds av en projektledare som har egen budget och verksamhetsansvar. Projektledaren sitter också med i ledningsgruppen. Personalen består i övrigt av två rehabkonsulenter. Rehabkonsulterna sitter också med i olika grupperingar, främst vid de GAP-möten som tidigare hållits med jämna mellanrum. En av rehabkonsulenterna kommer den närmaste tiden att försvinna och den återstående rehabkonsulenten kommer att integreras i en arbetsgrupp på Grästorpskontoret med försäkringskassechefen som ansvarig. ROSA-projektet upplevs som en bra verksamhetsform för samverkan i och med att det fungerar som en avlastning och buffert för andra verksamheter. Det ligger också i rehabkonsulentens arbete att fungera

som kontaktperson för klienten och hjälpa till i kontakterna med olika myndigheter. Arbetsformen har inte funnits tidigare och är därför en direkt konsekvens av SOCSAM 5S-projektet.

Arbetsmetod

Den samverkan som sker rör mest försäkringskassan och socialtjänsten och i mindre grad läkare och rehab. Man har inte heller speciellt mycket kontakt med primärvården. Samarbetet med försäkringskassan fungerar bra och tar sig ofta formen av trepartsamtal där klienten medverkar. Samverkan med socialtjänsten upplevs som mer problematisk, bl.a. p.g.a. sekretesskravet från socialtjänstens sida. De senare kontakterna borde enligt tillfrågade gå att förbättra. En viktig samverkanspartner har varit rehabkonsulenten, som är kopplad till ROSA-projektet och SOCSAM 5S. Rehabkonsulenten har kunnat göra saker och följa upp ärenden på ett sätt som inte arbetsförmedlingen själv kunnat göra.

Samverkan rör ärenden, information och ibland mer övergripande frågor. Det senare var fallet med de s.k. Gap-mötena, men de har nu legat nere den sista tiden. På mötena deltog representanter från arbetsförmedling, försäkringskassa, socialtjänst, rehab och SOCSAM 5S. De hinder mot samverkan som upplevs är att apparaten kan bli för stor kring SOCSAM 5S och att man känner till för lite om varandra och vaktar på sitt eget revir. En hög personalomsättning inom projektledningen och bl.a. socialtjänsten är också en försvårande faktor liksom en allmän tidsbrist. En fördel som upplevs med Grästorp är att det är en liten kommun som gör människor mer nära och nåbara. En annan positiv faktor för samverkan är rehabkonsulenterna som är unika för SOCSAM 5S. I övrigt upplevs inte SOCSAM 5S-modellen som unik eftersom man arbetar på liknande sätt i t.ex. Lidköping.

Inom ROSA-projektet ses SOCSAM 5S som en samlad stödform som ger möjligheter till friare former för samverkan (även om det framhålls att samverkan skulle fungera ännu bättre med tvärssektoriella redovisningssystem). En framtida vision är att det finns en gemensam pott med pengar som inte är fördelad på olika myndigheter. SOCSAM 5S skulle kunna vara ett sätt att komma ifrån inneboende trögheter och motstånd mot samverkan som utvecklats genom tidigare styrformer. Tidigare samverkade man i GAP-möten med representanter från olika organisationer men nu ligger dock mötena nere p.g.a. att bl.a. socialtjänsten inte tyckte att det var rätta modellen. Det har skett förändringar hos bl.a. socialtjänsten och arbetsförmedlingen vilket gjort att de personer som var med från början inte längre är med. Rollen som rehabkonsulenter har också ifrågasatts från vissa håll, eftersom man har tyckt att deras roll varit otydlig. Det kan bero på att rehabkonsulenterna spänner över olika myndigheter och därför inte har någon tydlig huvudmannakoppling.

Samverkan med andra myndigheter upplevs överlag fungera bra. Samverkan med arbetsförmedlingen och försäkringskassan fungerar på ett tillfredställande sätt. Samverkan med den gemensamma rehabenheten fungerar också bra. Däremot tycker man att det har varit lite svårt i relationen med socialtjänsten där man haft svårt att få tillträde. Man uppfattar inte heller SOCSAM 5S som fullt så speciellt som det kanske framställts. Man har t.ex. inte kommit förbi problemet med sekretess och olika regler för olika myndigheter. Det finns samtidigt fortfarande diskussioner om vem som ska betala för olika åtgärder, även om man har en gemensam ”pengapåse”. Det upplevs inte som att man har kunnat töja så mycket på reglerna som det förväntades utan verksamheten styrs fortfarande i stor utsträckning av respektive myndighets regler. Ledningens betydelse för samverkansarbetet framhålls också. Överlag upplevs det finnas större vilja hos handläggare till samverkan än hos chefer. En uppfattning är att vissa vågar tänja på reglerna och andra inte, men att man måste kunna tänja på reglerna för att kunna jobba så som tanken var med SOCSAM 5S. Det har dock blivit en bättre förståelse för andra verksamheter även om det är något som borde förbättras ytterligare.

Försäkringskassan

Styrning

Den övergripande målsättningen för försäkringskassans verksamhet definieras dels av Grästorpsnämndens beställning och dels av den mer verksamhetsnära styrningen via regler och förordningar. Grästorpsnämndens beställning för 2002 innefattar bl.a. följande mål för samverkan:

- Samverkan mellan olika aktörer för att den enskildes arbetsförmåga i ökad grad skall tillvaratas och förlorad arbetsförmåga i ökad grad skall återfås är av högsta prioritet. Samverkan skall i första hand ske mellan huvudmännen i SOCSAM 5S. Andra tänkbara aktörer är arbetsgivare, länssjukvård och yrkesinspektionen (Sjukpenning och rehabilitering).
- Försäkringskassan inom vårt område, är utsett att vara modellkontor med uppdrag att pröva nya arbetsformer för kundtjänst/möte. Ett antal basuppdrag/projekt genomförs som direkt eller indirekt kommer att påverka arbetsinnehåll och metodik för kundtjänstpersonalen som arbetar för Grästorpskontoret (Försäkringskassa/ Modellkontor) (Beställarförbundet 5S Grästorpsnämnden 2001)

Styrningen från Grästorpsnämnden upplevs av försäkringskassan som tydlig och det ställs krav på regelbunden uppföljning. Förutom de specifika SOCSAM 5S-målen regleras verksamheten av olika myndighetsmål. De kan t.ex. röra kvantifierade mål om antal sjukskrivna. Överhuvudtaget måste de övergripande målen konkretiseras och operationaliseras för att passa den konkreta verksamheten. Det finns således parallella mål för myndigheter som försäkringskassan, som både är ansvarig gentemot sin huvudman och den kommunala försöksledningen. SOCSAM 5S-målen trycker mer på samverkan än de generella myndighetsmålen, men under senare år har även de

sistnämnda ställt ökade krav på samverkan. Det yttrar sig t.ex. i kravet på att skapa lokala samverkansgrupper med olika representanter.

Struktur

Försäkringskassan i Grästorp hör sedan år 2000 till Västra Götalands Läns Allmänna Försäkringskassa. Försäkringskassan är indelad i fyra områden; Skaraborg, Sjuhärad, Fyrbodal och Göteborg. Grästorp tillhörde tidigare Skaraborg men hör nu till Fyrbodals område. Grästorp är tillsammans med Essunga och Lilla Edet kundtjänstkontor med Trollhättan som bas och resurscentra. Att vara kundtjänstkontor innebär att det inte finns någon chef från försäkringskassan lokalt utan man ska fungera som kundtjänst som hyr bara in behandlings- och utredningspersonal vid behov. Grästorp utmärker sig dock genom att vara ett sk. Modellkontor, vilket innebär att man har mer personal än vad som är brukligt för ett kundtjänstkontor med bl.a. utredningspersonal på plats. Det innebär att personal bara tas in från Trollhättan vid behov av speciell kompetens. Försäkringskassans verksamhet är inrymd i Grästorpskontorets lokaler tillsammans med socialtjänsten. Det är försäkringskassan och dess lokala chef som står som ansvarig för Grästorpskontoret. På försäkringskassan finns två heltidstjänster avsatta för kundtjänst och 1,5 heltidstjänster för sjukutredningar.

Försäkringskassans organisation är i högsta grad integrerad med övrig verksamhet. Det tar sig i första hand uttryck i form av Grästorpskontoret. Det är främst socialtjänsten man delar kundtjänstarbetet med. Själva handläggningsarbetet är dock inte lika tydligt integrerat utan sker i andra grupperingar som t.ex. Gapmöten eller inom respektive verksamhet. Det upplevs som en positiv lösning att integrera verksamheten i Grästorpskontoret och på sikt finns det en förhoppning att det också kan skapa resursbesparingar, eftersom kundtjänsten skulle kunna gå in och arbeta i respektive myndighets datasystem. SOCSAM 5S har lett till en förändring av verksamheten på flera sätt, dels sitter man nu samlokaliserade med socialtjänsten (och delvis också med primärvården och arbetsförmedlingen som ligger i anslutning) och dels så delar man samma budget. Det sistnämnda skapar möjligheter för att hitta gemensamma samverkanslösningar utan att behöva diskutera finansieringen alltför mycket. Strukturen har således förändrats i hög grad sedan SOCSAM 5S startades.

Arbetsmetod

Försäkringskassan i Grästorp är speciellt genom att man inte har uppdelade yrkesroller. I andra kommuner är flera handläggare inblandade i ett ärende med en uppdelning på utredare och samordnare men i Grästorp är den rollen integrerad i en och samma person. I och med att Grästorpskontoret också är ett s.k. modellkontor har man mer resurser och service än vad som är vanligt för en kommun av Grästorps storlek. En annan unik sak med Grästorp är rehabkonsulenterna. De är inte knutna till någon myndighet utan kan följa klienten bättre och få ärenden från vil-

ken myndighet som helst. Med hjälp av SOCSAM 5S kan man tänka ett steg längre i lösningen av medborgarproblem p.g.a. närheten till olika handläggare. Enligt vissa vore dock idealet att ha pengarna helt gemensamt i samma budget. Samverkan sker i störst utsträckning med arbetsförmedlingen, socialtjänsten och primärvården. Man uttrycker dock en vilja att försöka dra med arbetsförmedlingen mer i samverkan inom SOCSAM 5S. Ett hinder för det är deras begränsade närvaro. Ett annat problem är att de inte deltar i den gemensamma finansieringen av SOCSAM 5S.

Samverkan med socialtjänsten upplevs inte heller som helt tillfredställande. Det tillskrivs i stor utsträckning deras stora personalomsättning vilket gjort att både socialsekreterare och chef bytts ut. Det har inneburit att personer som varit drivkrafter i projektet har gått förlorade för verksamheten. Socialtjänsten upplevs nu vara mer restriktiva med att öppna för diskussioner om enskilda ärenden. En annan ambition från försäkringskassans sida är att utveckla samverkan med företag och näringsliv. Överhuvudtaget förordas annars modellen att arbeta integrerat med samverkan som ett måste för att kunna erbjuda bra service i en så liten kommun. Ett sätt att effektivisera verksamheten ytterligare vore att samköra datasystem mellan olika myndigheter genom att det då skulle behövas mindre personal (det är inte möjligt idag med rådande lagstiftning). Ledarskapet upplevs också som viktigt, dvs. vilken syn verksamhetscheferna har på samverkan, och att det kan skilja sig åt mellan olika organisationer. SOCSAM 5S upplevs trots allt ha skapat bättre och förändrade förutsättningar för samverkan, även om det fortfarande kan förbättras på många sätt.

Primärvården

Styrning

Den övergripande målsättningen för primärvårdens verksamhet definieras dels av Grästorpsnämndens beställning och dels av den mer verksamhetsnära styrningen via regler och förordningar. Grästorpsnämndens beställning för 2002 innefattar bl.a. följande mål kopplat till samverkan:

- Ett väl utvecklat samarbete med Grästorpskontoret/ROSA i syfte att minska antalet enskilda i behov av samhällets stöd för sin försörjning (Läkarmottagning)
- Öka antalet partiella sjukskrivningar och/eller rekommendationer om arbetsträning senast vid tre månaders sjukskrivning om inte detta bedöms som medicinskt olämpligt (Läkarmottagning)
- Barnvårdscentral/distriktssköterskemottagningen skall särskilt utveckla samverkan mellan MVC/BVC och med andra verksamheter inom SOCSAM 5S som t ex läkarmottagning, socialtjänst, folkhälsofunktionen och försäkringskassa. Enheten skall samverka med andra organisationer och myndigheter i den mån det krävs för att fullgöra de övergripande målen (Barnhälsovård/distriktssköterskemottagning)

- Samverkan sker idag framförallt mellan primärvårdens olika verksamhetsgrenar men samverkan skall utvecklas med andra verksamheter inom SOCSAM 5S som t ex socialtjänsten, försäkringskassan och folkhälsofunktionen (Insatser för psykisk hälsa).
- Rehabiliteringsverksamheten ska arbeta konsultativt och utveckla samverkan med verksamheter som ingår i SOCSAM 5S, samt med andra organisationer och vårdgivare. Funktionsbedömningar utföres av sjukgymnaster och arbetsterapeuter på uppdrag av Försäkringskassan. I slussengruppen sker gemensam bedömning av nyanmaldas behov av insatser (Gemensam rehabenhet). (Beställarförbundet 5S Grästorpsnämnden 2001)

Styrningen av primärvården sker genom att den högsta primärvårdsledningen arbetar fram inriktnings- och effektmål och att de mindre enheterna sedan tar fram mer specifika verksamhetsmål. Utgångspunkten ligger i Grästorpsnämndens beställning. De mål som tagits fram för SOCSAM 5S har tagits av politiker utan så stor delaktighet av tjänstemän i verksamheten. Den politiska styrningen av verksamheten är tydlig och den kan både vara övergripande och mer detaljerad (fast den enligt en uppfattning borde vara övergripande och lämna utrymme för konkretisering i verksamheten). Varje år görs en uppföljning för att kontrollera hur mål nåtts gentemot Grästorpsnämndens beställning. Målen bryts sedan ner i egna verksamhetsplaner. Det finns en uttalad målsättning i nämndens beställning att man ska samverka med andra huvudmän. Varje halvår sker uppföljningar av beställningen för att jämföra planen och utfallet via en verksamhetsdag. Det finns också möjligheter att påverka beställningen från Grästorpsnämnden om man känner att det inte går att leva upp till olika uppgifter. På den gemensamma rehabenheten har man kunnat gå förbi viss lagstiftning vad gäller journalföring, men man styrs ändå av två regelsystem för den kommunala och regionala (länsjukvården) huvudmannen. Rehabverksamheten regleras således både av socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Struktur

Vid starten av SOCSAM 5S-försöket i Grästorp fanns sex hälso- och sjukvårdsnämnder i Skaraborgs landsting, varav Grästorp ingick i Varas hälso- och sjukvårdsnämnd. Från och med år 2000 förändrades organisationen genom skapandet av den nya regionen. Regionen har skapat en beställar- och utförarorganisation där Grästorp tillsammans med Essunga, Falköping, Götene, Lidköping, Skara och Vara ingår. Kansliet är lokaliserat till Mariestad. Ansvar för Grästorps primärvård, förutom läkarmottagningen som sköts av praktikertjänst, ligger på vårdutvecklaren vid primärvårdens områdesexpedition i Vara. I verksamheten ingår bl.a. distriktsvård, MVC, BVC, sjukgymnastik, dag- och hemrehabilitering och öppenvårdsrehabilitering. På läkarmottagningen finns 3,6 läkartjänster samt sjuksköterskor, biomedicinsk analytiker, undersköterska och läkarsekreterare. På MVC/distriktssköterskemottagningen finns två distriktssjuksköterskor och på MVC/ungdomsmottagningen 1,25 barnmorsketjänst.

Den gemensamma rehabiliteringsenheten är en enhet som lyder både under primärvårdschefen och socialchefen, d.v.s. både under kommunal och regional styrning. Rehabiliteringsenheten utgör en integration av rehabiliteringsresurser från kommun och landsting. Den här sammanslagningen har skapat en större arbetsgrupp men också ett större upptagningsområde eftersom man också får ta emot sökande från övriga regionen. Personalgruppen består av sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, undersköterskor och hjälpmedelstekniker. Man måste fortfarande hålla isär de båda huvudmännen budgetmässigt men arbetar annars integrerat. Verksamheten är lokaliserad till Vårdcentrums lokaler. Det finns en viss uppdelning på olika professionella grupperingar men man arbetar också tillsammans när det behövs. Ett exempel på en viktig gruppering är de s.k. slussenmötena som hålls varje vecka med representanter från rehabiliteringsenheten i form av sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och undersköterska (+ distriktssköterska från hemvården, sköterskor från särskilda boenden och biståndshandläggare från socialtjänsten). I slussengruppen behandlas medicinskt färdigbehandlade från länssjukvården som ska tas omhand i den kommunala vården.

Den gemensamma rehabiliteringsenheten är ett bra exempel på en integrerad organisering av verksamheten. Integreringen gäller i första hand olika typer av rehabresurser som tidigare legat på separerade enheter. Det gör att man har kunnat komma ifrån parallella organisationer med liknande inriktning. Integrationen gäller inte i lika stor utsträckning till övrig SOCSAM 5S-verksamhet, även om det finns upparbetade relationer och man sitter lokaliserade i samma lokaler i Vårdcentrum och ingår i Grästorpskontorets mottagning och reception (med undantag för läkarmottagningen)

Arbetsmetod

Samverkan sker främst med försäkringskassan, arbetsförmedlingen, kommunens och regionens vårdgivare och praktikertjänst. Samverkan med socialtjänsten är något man skulle vilja utveckla mer. Samverkan med försäkringskassa upplevs fungera bra och rör ofta bedömningar av olika slag. Samverkan med arbetsförmedlingen sker ofta via ledningsgruppen eller ROSA-projektet. Det finns också samverkan med skola, gymnasium och högskola i rekryteringsfrågor. Samverkan med socialtjänsten har störts av att man haft få socialsekreterare och samtidigt bytt ut chefer och personal. Nu har man anställt folk som kanske kan hjälpa till att utveckla samverkansarbetet mer. Ett problem är också att man har olika synsätt och regler. SOCSAM 5S upplevs generellt inte ha haft så stor påverkan. Primärvården upplevs också stå lite vid sidan av SOCSAM 5S.

Det tar tid att komma in i tänkandet och det upplevs som viktigt att cheferna är delaktiga. Samverkan uppfattas förmodligen kunna fungera bra även utan SOCSAM 5S eftersom det finns liknande lösningar med t.ex. bedömningsteam i andra primärvårdsområden (utan SOCSAM 5S). Det finns mycket att göra med samverkansarbetet men lösningen måste inte vara gemensam kassa. Det upplevs som positivt att det finns en person som projektansvarig för SOCSAM 5S, sam-

tidigt som man tycker att det har varit för många byten på nyckelposter. SOCSAM 5S har också haft för stor ”överbyggnad” och en uppfattning är att man istället kunde ha jobbat mer verksamhetsnära. Det mest positiva med SOCSAM 5S tycker man är att den gemensamma rehabenheten lyckats överskrida gränserna mellan den regionala primärvården och den kommunala vården. Ett problem i det fallet är dock dokumentation över huvudmannagränserna och att man måste ha patientens medgivande för överföring av information.

Den gemensamma rehabiliteringsenheten samverkar med en rad aktörer som försäkringskassan, praktikertjänst, rehabkonsulenter i SOCSAM 5S, särskilda boendeformer och tandvården. Andra exempel på samverkanspartners är distriktssköterskan, mödravården, kuratorer på regionsnivå, öppenspsykiatri och socialtjänst (inte så mycket socialsekreterare utan mest biståndshandläggare och hemtjänst). Man arbetar också mot andra primärvårdsområden, länssjukvården och företagshälsovården. Ärenden remitteras ofta till rehabenheten från länssjukvården eller kommunen. Varje vecka sker s.k. slussenmöten. Man har också projekt mot försäkringskassan för långtidssjukskrivna. Försäkringskassan kan också efterfråga funktionsbedömningar av klienter.

Samverkan upplevs fungera bra men det föder ändå mer arbete. En uppfattning är att samverkan indirekt tar tid från patientarbetet, men man lyckades ändå korta väntetiden för rehabinsatser genom att det avsattes extra personal. Varje patient tar mer tid med samverkansupplägget men får samtidigt bättre vård. Det uppfattas dock som en risk att man jobbar med för många områden och blir splittrade. Den lilla kommunens dilemma är att ”få människor ska göra mycket”. Det är svårt att specialisera sig. För verksamheten är det också fortfarande ett problem att ha två huvudmän (regionen och kommunen) men SOCSAM 5S har skapat bättre förutsättningar för att samverka också inom rehabenheten.

Skola/Barnomsorg och Fritid/Kultur

Styrning

Skola och barnomsorg finns inte uttryckligen med i den politiska styrningen via Grästorpsnämndens beställning. De mål som styr verksamheten är mer verksamhetsspecifika och mindre kopplade till SOCSAM 5S. Fritid och kultur innefattas inte heller i Grästorpsnämndens politiska styrning. De är inte integrerade i SOCSAM 5S-strukturen i någon större utsträckning utan styrs av mer traditionella styrformer kopplade till verksamheten.

Struktur

Skola och barnomsorgs verksamhet kan delas in i grundskola, komvux, fritidsgård och barnomsorg. Fritid och kultur är en relativt liten förvaltning som bl.a. består av bibliotek, simhall, fritids- och föreningsverksamhet. Verksamheterna är inte integrerade i organisationen för SOCSAM 5S

utan fungerar som mer eller mindre separerade verksamheter. Det innebär också att verksamhetens organisering inte har påverkats direkt av SOCSAM 5S även om deltagandet i olika former av samverkan ökat.

Arbetsmetod

Skolan samverkar med olika aktörer som t.ex. socialtjänsten, arbetsförmedlingen, barnavårdscentralen, försäkringskassan, folkhälsoplanerare och primärvården. Det finns ett nätverk som träffas regelbundet och som består av representanter för förskola, socialtjänst, barnavårdscentralen, folkhälsoplanerare och projektansvarig för SOCSAM 5S. Nätverket fick bl.a. i uppdrag av Grästorpsnämnden att se över den uppsökande verksamheten. Samverkan kan röra personalärenden och elevärenden. Ett annat exempel på kontinuerlig samverkan är den med socialtjänsten och barnavårdscentralen rörande barn med särskilda behov. Samverkansarbetet fungerar över lag bra och berikar verksamheten. En stor fördel är att man kan få en samtidighet i behandlingen av ärenden. SOCSAM 5S upplevs ha varit bra i en uppstartsfas även om det mesta av samverkansarbetet sker fristående från SOCSAM 5S.

Fritid/kultur är inte lika involverade i samverkan som andra aktörer. Man berörs inte direkt av det gränsöverskridande arbetet i SOCSAM 5S. Det hindrar inte att man samverkar på olika sätt med SOCSAM 5S och andra aktörer. Det är en liten förvaltning som är beroende av samverkan. Man arbetar i första hand mot skola, folkhälsoplanerare och föreningar. Det har varit en del samarrangemang med SOCSAM 5S som t.ex. infoträffar, medborgarsamtal och arbete med internet. SOCSAM 5S-idén med den gränsöverskridande samverkan upplevs som positiv, även om det kan diskuteras om det behövs så mycket byråkrati. Även om SOCSAM 5S inte påverkat fritid/kulturs verksamhet så har tillgängligheten ökat via Grästorpskontoret. En annan uppfattning är att fritid/kultur hade kunnat spela en större roll i kontakten med långtidsarbetslösa och långtidssjuk-skrivna än vad som varit fallet. Den största vinsten med samverkan upplevs vara om man kan se helheten och sätta individen i centrum.

Socialtjänsten

Styrning

Den övergripande målsättningen för verksamheten definieras dels av Grästorpsnämndens beställning och dels av den mer verksamhetsnära styrningen via regler och förordningar. Grästorpsnämndens beställning för 2001 innefattar bl.a. följande mål rörande samverkan (I 2002 års beställning finns inga tydliga mål för samverkan för nedan nämnda verksamheter):

- Samverkan sker med övriga nämnder och förvaltningar inom kommunen samt med övriga verksamheter och huvudmän inom försöket (Stöd och utvecklingsresurser för socialtjänsten)
- Samarbetet med skola, barnomsorg, barnhälsovård, mödrahälsovård, distriktssjukvård, polis samt barn- och vuxenpsykiatri är av avgörande betydelse för resultaten (Barn och familjearbete)
- För att arbetet med försörjningsstöd skall kunna ske på ett så ändamålsenligt sätt som möjligt krävs det ett långtgående samarbete inom SOCSAM 5S. Gruppen för gemensam arbetsplan (GAP) skall användas i ärenden där det finns en komplicerad problematik och/eller risk för långvarigt beroende av försörjningsstöd. Dessutom är samverkan med skolan, vad gäller ungdomar, av största vikt (Försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd).
- Samarbetet inom SOCSAM 5S är nödvändigt för att uppnå ett gott resultat för målgruppen. Samverkan skall ske med LSS-verksamheten och psykiatrin (inkl länssjukvårdens olika delar) (Vuxna med psykosocial problematik).
- Samverkan med länssjukvårdens vuxenpsykiatri samt inom SOCSAM 5S är av största vikt för att resultatet för den enskilde skall bli så bra som möjligt (Psykiatri). (Beställarförbundet 5S Grästorpsnämnden 2000)

Det är Grästorpsnämnden som styr verksamheten via verksamhetsplanen. Man arbetar med verksamhetsberättelsen och uppföljningen vid årets slut. Det handlar mer om att samverkan ligger i verksamheten än att Grästorpsnämnden rekommenderar det (även om det också finns med i nämndens mål för verksamheten). Den politiska styrningen upplevs som viktig för att upprätthålla samverkansambitionerna eftersom det är lätt att falla tillbaka i gamla arbetssätt. Det behövs rejält politiskt stöd för att kunna arbeta som man gör i SOCSAM 5S. Socialtjänsten är samtidigt, liksom övriga myndigheter, utsatt för en styrning via lagstiftning och riktlinjer som ryms inom ramen för verksamhetsledningen. I och med den stora personalomsättningen är inte alla heller fullt insatta i verksamhetsplanen och dess samverkansmål.

Struktur

Före 1997 låg det samlade ansvaret för kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård på socialförvaltningen som svarade för socialnämnden. Det var socialnämnden som stod för myndighets-, arbetsgivar- och budgetansvar. Sedan år 1997 har Socialnämnden kvar sitt myndighets- och arbetsgivaransvar men har bara verksamhets- och budgetansvar för stöd och service för funktionshindrade (LSS). Ansvaret för övriga verksamheter ligger på Grästorpsnämnden. Övriga verksamheter består av individ- och familjeomsorg, psykiatri, barnomsorg och äldre- och handikappomsorg (De senare behandlas under äldrevård). Individ- och familjeomsorgen kan i sin tur delas upp på barn- och familjearbete, försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd, vuxna med psykosocial problematik och kommunal psykiatri. Försörjningsstödet har en personal på fyra socialsekre-

terare liksom gruppen för barn- och familjearbete. Gruppen för vuxna med psykosocial problematik består av socialsekreterare från vuxengruppen, psykiatrisamordnare och psykiatrisjuksköterska. Den kommunala psykiatrin består av ett träningsboende som sköts av undersköterskor/mentalskötare. Personalen ska även fungera som ett stöd för psykiskt funktionshindrade i vanligt boende. Övergripande ansvarig för verksamheten är socialchefen.

Organiseringen av verksamheten är inte helt tydlig i socialtjänsten. I och med att verksamheten är uppdelad på relativt många inriktningar så är den inte lika tydligt integrerad i Grästorpskontoret som försäkringskassan. Kontoret fungerar mer som en reception och växel men de som inte har de administrativa uppgifterna sitter inte lokaliserade där. Det är för vissa också lite oklart vad Grästorpskontoret står för och vilken hjälp man kan få där. En uppfattning är att den interna strukturen inte riktigt stabiliserats p.g.a. personalomsättningen och att det därför är viktigt att tydliggöra denna innan man kan satsa på samverkan.

Arbetsmetod

Socialtjänsten har haft hög personalomsättning (nästan hela personalen byttes ut för två år sen), vilket försvårat samverkansarbetet. En socialsekreterare uttryckte det som att det var viktigt att få den interna arbetsgruppen att fungera som en enhet innan man kunde satsa på samverkan med andra. Chefen uppfattades också prioritera det interna arbetet i första hand. Samverkanskontakterna rör i första hand försäkringskassan och i andra hand arbetsförmedlingen och rehabkonsulenterna. Kontakter finns även med primärvården, äldrevården och rehabenheten, men det är inte lika ofta förekommande. Andra samverkanskontakter är skola, polis och ungdomspsykiatri. Samverkanskontakterna upplevs fungera bra. Men man är inom socialtjänsten också medvetna om att man kan uppfattas som rigida med sina sekretesskrav. De tycker dock ibland att andra myndigheter kan vara lite snabba med att lämna över ärenden till socialtjänsten. Något som upplevdes som förmånligt var att ha tillgång till två rehabkonsulenter att rådgöra med och som i sin tur hade kontakter. Vissa ärenden hanterades också gemensamt med en rehabkonsulent. Arbetsformerna för samverkan har diskuterats, vissa tycker att samverkan bör ske i ordinarie verksamhet medan andra föredrar att sköta den i speciella forum som t.ex. GAP-gruppen. Möten i GAP-gruppen ligger för tillfället nere (tidigare låg de på fasta tider men nu tas initiativ vid behov). Vid GAP-möten skrev man under att man fick diskutera socialtjänstens klientärenden. Samverkansarbetet rör också mycket intern hantering av ärenden, t.ex. mellan behandlingsärenden och bidragsärenden

Kontakter med andra byggs upp över tid. Även om man är fri att samverka vill man helst ha ett skriftligt samtycke från klienten. Vissa handläggare har dock inte haft så många s.k. samverkansärenden. Ett annat forum för samverkan är slussengruppen som upplevs fungera bra. I slussengruppen ingår sjuksköterskor, biståndshandläggare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Det fram-

hålls trots allt som viktigt att en verksamhet som socialtjänsten arbetar mycket med samverkan. En viktig aspekt i samverkansarbetet är att det är kortare beslutsvägar eftersom alla är på nära avstånd och det ses som naturligt att t.ex. gå över till försäkringskassan och diskutera ett ärende. Att man är små enheter gör samtidigt också att man är sårbara och inte kan bilda större grupper. Det kan vara en tung apparat att driva och det kostar mer att upprätthålla grundkompetensen i en liten kommun. Det kan också vara svårt att integrera utan extra medel. Socialtjänsten har dessutom drabbats av besparingar vilket försvårat samverkansarbetet. Experiment och besparingar beskrivs som en svår kombination.

Äldrevård

Styrning

Den övergripande målsättningen för verksamheten definieras dels av Grästorpsnämndens beställning och dels av den mer verksamhetsnära styrningen via regler och förordningar. Grästorpsnämndens beställning för 2002 innefattar bl.a. följande mål för samverkan:

- Ett nära samarbete sker med läkarmottagning, primärvården i övrigt och länssjukvården samt närliggande enheter i kommunen (stöd i ordinärt boende, gemensam rehabiliteringsenhet, kök). I slussengruppen sker gemensamma bedömningar av nyanmäldas behov av insatser. När det gäller läkartillgång finns en skriftlig överenskommelse mellan Grästorps kommun och läkarmottagningen angående fast tid på särskilda boendeformer för avstämningar och undersökningar (Särskilda boendeformer)

Styrningen av äldrevården upplevs som tydligare inriktad mot samverkan än tidigare, främst gentemot rehab och sjukgymnastik. Styrningen från SOCSAM 5S ses inte som så tydlig men försöksledningen nämns som en viktig styrande faktor. Det kan också bero på att äldrevården inte är tydligt integrerad i SOCSAM 5S-försöket utan snarare är mer indirekt kopplad.

Struktur

Äldrevården består i stora drag av särskilda boendeformer och stöd i ordinärt boende och korttidsboende. Det finns en verksamhetsansvarig för äldreomsorgen som sedan lyder under socialchefens ansvarsområde. Det finns tre särskilda boenden i Grästorp; Vistegården, Åsevi och Smultronstället. Förutom verksamhetsansvarig chef består personalresurserna av arbetsledare, sjuksköterskor, vårdbiträden och ekonomipersonal. Stödet i ordinärt boende sköts av undersköterskor, distrikts-/sjuksköterskor, biståndshandläggare och ansvarig chef. Äldrevården är inte integrerad med övrig SOCSAM 5S-verksamhet utan ligger relativt utlokaliserad till olika enheter. Verksamheten berörs inte heller i första hand av de fokuserade målgrupperna för samverkansprojektet. Det är överhuvudtaget en decentraliserad organisation.

Arbetsmetod

Den samverkan som sker med andra parter rör främst rehabinstanser som sjukgymnastik, rehab och arbetsterapi. Rehabpersonalen kommer också ut till äldrevårdens verksamhet. Slussenmöten sker regelbundet. Där behandlas planering för patienter som kommer från sjukhus och ska slussas in i den kommunala verksamheten. Tack vare SOCSAM 5S upplevs dessa möten ha blivit mer strukturerade och fler deltar också än tidigare (rehab var inte med tidigare). Nu träffas biståndshandläggare, sjuksköterska, enhetschefen för äldreomsorgen, rehabilitering och sjukgymnast. Alla får samma information och kan yttra sig. SOCSAM 5S upplevs ha bidragit till att vi-dom-syndromet försvunnit och det inte finns någon tydlig gränsdragning längre. Revirtänkandet har minskats och samsynen har förstärkts. Samverkan sker också med primärvården. Överlag har kanalerna byggts upp med andra aktörer, vilket förmodligen kommer att leva kvar oavsett samverkansstruktur. Ibland har det upplevts som en stor apparat för samverkansarbetet. Eftersom pengarna ligger i samma påse kan det vara svårt att hålla isär vad som är vad, vilket lett till att SOCSAM 5S fått skulden för vissa neddragningar i äldrevården.

GRÄSTORP SOM SAMVERKANSARENA – EN ANALYS

Styrning

Styrningen av samverkan i Grästorps kommun sker till stor del av Grästorpsnämnden via den årliga beställningen till de olika verksamheterna. Det finns specifika samverkansmål för de flesta enheterna. Däremot är styrningen via mål oftast relativt övergripande och det kommer ändå an på de involverade aktörerna att konkretisera målen till egna verksamhetsplaner. I konkretiseringsfasen är ledningen för verksamheterna viktig eftersom de sätter prioriteringarna och agendan för arbetet. Samverkansmålen måste samtidigt hela tiden konkurrera med de övriga målen för verksamheten, som i de fall när det gäller statliga eller regionala myndigheter kan vara väl så styrande. Det har också framgått att vissa aktörer inte berörs specifikt av Grästorpsnämndens politiska styrning eftersom de inte är föremål för någon konkret beställning. Det gäller t.ex. verksamheter som Kultur/fritid och Skola/barnomsorg.

Kontroll och uppföljning sker regelbundet varje år genom att Grästorpsnämnden går igenom verksamheternas utfall i förhållande till den gjorda beställningen. Det sker också ett regelbundet arbete i organisationen med att följa upp och utarbeta nya verksamhetsplaner. Eftersom den politiska styrningen är så övergripande så finns det utrymme och frihet att lägga sig på olika ”nivåer” ute i verksamheten vad gäller samverkan. Styrningen av samverkan är inte så hård utan yttrar sig mest i en ambition i mån av möjligheter.

Det går att säga att styrningen av verksamheten i Grästorps kommun har förändrats i och med SOCSAM 5S-projektet eftersom Grästorpsnämnden har ersatt andra politiska styrformer som fanns tidigare (ex socialnämnden för socialtjänsten)., Det har också lett till att samverkan prioriterats och kommit upp på agendan och i målsättningar på ett annat sätt än tidigare. De traditionella styrformerna kvarlever dock i stor utsträckning och det är inte alltid som det sker till förmån för samverkansarbetet. Det finns också en splittrad inställning till hur hård styrningen av samverkansarbetet ska vara. Eftersom den politiska styrningen till sin natur är mer övergripande så är det ofta ledningen för de berörda verksamheterna som står för den viktigaste styrningen. Som framgått av studien så är det ofta så att dessa prioriterar de egna verksamhetsmålen framför samverkansmålen vilket försvårar utrymmet i det dagliga arbetet.

Struktur

Grästorps kommun har valt en tydlig integrationsmodell i arbetet med SOCSAM 5S-projektet. Istället för att lägga projektet som en separat del utanför kärnverksamheterna så har ambitionen varit att arbeta inom etablerade strukturer och förändra dessa. Grästorpskontoret är det tydligaste exemplet på en gränsöverskridande organisering och den samordnade rehabiliteringen och ROSA-projektet är andra exempel. På Grästorpskontoret samsas försäkringskassa, socialtjänst, primärvård och i viss mån arbetsförmedlingen. I fallet med rehabiliteringsenheten så har man lyckats integrera verksamheten mellan de kommunala och regionala huvudmännen. Överhuvudtaget sitter man lokaliserade i samma lokaler vilket är en viktig aspekt i organiseringen. ROSA-projektet arbetar gränsöverskridande genom att via rehabiliteringskonsulenter ta sig an ärenden som är komplexa och behöver en hjälp man inte alltid kan få hos ordinarie myndigheter. En annan viktig aspekt är att man samlat de finansiella medlen i en och samma pott från de olika myndigheterna och aktörerna.

En ytterligare viktig aspekt för organiseringen av samverkan är de olika tvärssektoriella grupperingar som finns i projektet. De är ett sätt att strukturera upp samverkansarbetet i hantering av ärenden osv. Under projektets gång har vissa grupperingar framstått som tydliga, det har främst rört de s.k. Gap- och slussgrupperna. I de här grupperingarna har representanter från olika aktörer mötts regelbundet för att diskutera och behandla ärenden. I GAP-gruppen har det rört arbetsrehabiliteringsärenden medan det i slussgruppen rört planering för människor som kommer från sjukvården och ska in i den kommunala vården och omsorgen. Arbetet i grupperna har dock skapat en del problem och det har funnits en oenighet i vilka former arbetet ska ta sig. Oenigheten har främst gällt den s.k. GAP-gruppen, vilket också lett till att den nu ligger nere och att samverkan sker mer utifrån respektive aktörs ordinarie verksamhet vid behov osv.

Det är tydligt att kommunens struktur för verksamheten har förändrats på flera sätt av SOCSAM 5S-projektet. Samtidigt ser vi att de tvärssektoriella mötesformerna är relativt begränsade. Mycket

av samverkan sker fortfarande på personliga initiativ medan den strukturerade samverkan kanske inte är så vanlig som det kan verka. Det finns en splittrad uppfattning kring samverkansstrukturerna. De upplevs av många som alltför krångliga och/eller överdimensionerade. Samtidigt är det den strukturerade samverkan som gör att inte allt är beroende av personliga initiativ utan kan fortgå även vid personalomsättning och byte av nyckelpersoner.

Arbetsmetod

Det sker en hel del samverkan inom ramen för Grästorps kommun. Vilka man samverkar med i de olika verksamheterna beror av naturliga skäl på vilken typ av verksamhet vi pratar om. Överlag förefaller SOCSAM 5S ha skapat bättre förutsättningar för samverkan. Den största delen av samverkan sker mellan försäkringskassan, socialtjänsten och arbetsförmedlingen. Primärvården är också en viktig deltagare men är lite mer perifer. Äldrevård, skola/barnomsorg och kultur/fritid är än mer perifera även om de finns med i olika sammanhang. Försäkringskassan och socialtjänsten delar i första hand på kundmottagningen på Grästorpskontoret tillsammans med primärvården. Samlokaliseringen har skapat mer informella kontakter och underlättat samarbetet. Socialtjänsten upplevs dock av övriga som problematisk som samverkanspartner i sitt hävdande av sekretess och en större slutenhet i förhållande till övriga verksamheter. Den gemensamma diskussionen och behandlingen av ärenden har dock i stor utsträckning varit beroende av ROSA-projektets arbete. Dels har de varit arrangörer av de s.k. Gap-mötena och dels har rehabkonsulenter fungerat som en viktig förbindelselänk mellan olika aktörer. Samverkan har därför ofta skett genom rehabkonsulenter som varit den samlade kraften gentemot klienten. Med nedläggningen av GAP-möten har rehabkonsulenternas betydelse ökat alltmer. De sammankallar också till möte med berörda myndigheter vid behov.

Samverkan går ut på olika saker, det kan röra gemensam diskussion av ärenden, det kan röra informationsinhämtning, eller det kan röra gemensam information (i fallet Grästorpskontoret). Det går att se både möjligheter och hinder för samverkan i Grästorp. Många lyfter fram de nya möjligheter som getts i och med SOCSAM 5S-försöket, t.ex. i form av nya grupperingar, gemensam lokalisering, bättre ömsesidig förståelse och en politisk styrning som på ett tydligare sätt lyfter fram samverkan som ett mål i sig. Samtidigt framstår vissa hinder som tydliga. Det kan förekomma konflikter mellan verksamhetsmål och samverkansmål. Det kan också vara så att chefer inte driver och prioriterar samverkan utan att ansvaret hamnar på handläggarnivå. Ett annat hinder kan vara att etablerade regler och strukturer sätter gränser och att det saknas tid och utrymme för samverkansarbete. Ett annat exempel är att det kan vara så att formerna för hur samverkan ska gå till är otydliga och att styrningen av densamma är alltför begränsad.

Det kan hävdas att man arbetar annorlunda men att mycket samtidigt fungerar som vanligt. Det här har förstärkts av att det varit stor personalomsättning och att det tar tid att bygga upp relatio-

ner med andra. Det finns också en tendens att ny personal och nya ansvariga ofta prioriterar att få kontroll över den egna verksamheten innan man kan börja samverka med andra, att man behöver vara säker i sin identitet. Samtidigt som det har skapats nya strukturer för samverkan, ex Grästorpskontoret, så har det inte skapats så mycket samverkansstrukturer och grupperingar som understödjer det dagliga arbetet. Det är i stort sett bara slussengruppen som fungerar idag eftersom GAP-möten inte fungerar för tillfället. Den integration som skapats är således inte fullständig. Det rör mest kundkontakter via Grästorpskontoret medan själva ärendehantering och utredningsarbetet sker inom respektive aktörs ordinarie verksamhet. En anledning till den utvecklingen är att det skapats ett motstånd mot den strukturerade formen av samverkan, t.ex. i form av Gapmöten, eftersom många deltagare av olika anledningar upplevde att de inte var produktiva. Man uppfattade som att man byggde upp en alltför stor apparat, vilket också troligtvis haft att göra med att så många startade upp i begynnelsen av SOCSAM 5S. Tendensen har därför gått mot en mer verksamhetsnära samverkan utefter klienternas behov. Rehabkonsulenter har av den anledningen fått ta ett större ansvar för att underlätta samverkansarbetet mellan de olika verksamheterna.

3. SAMVERKAN I KÄRRA-RÖDBO

INLEDNING

Bakgrunden till DELTA i Kärra-Rödbo är att man under 1996 påbörjade diskussioner mellan företrädare för vårdcentralen, socialkontoret, försäkringskassan, AMI och distriktsrehabilitering kring förutsättningar för samverkan. Diskussionerna resulterade i ett antal projektansökningar till Beställarförbundet DELTA under 1997, som resulterade i projektet ”*Tidig och samordnad rehabilitering i Kärra-Rödbo*” och som riktar sig till boende personer i arbetsför ålder 16 tom 64 år, som ej uppbär pension. Man var bland de första på Hisingen att sätta igång ett sånt projekt. 1997 gjorde försäkringskassan också en inventering av sjukskrivningsmönstret i Kärra-Rödbo. Några specifika problem identifierades:

- besvär från rörelseorganen och/eller psykiska besvär
- ekonomiska problem
- begynnande psykosocial problematik hos ungdomar mellan 16 och 25 år
- tidigt alkoholmissbruk/överkonsumtion

Gemensam målsättning och samverkan saknades mellan vårdcentralen, socialkontoret, försäkringskassan och AMI, vilket resulterade i långa väntetider, långa handläggningstider och ineffektivitet i behandling och rehabilitering.

ORGANISERING AV SAMVERKAN I KÄRRA-RÖDBO

Samverkan i Kärra-Rödbo började med projektet *Tidig och samordnad rehabilitering i Kärra-Rödbo*. Projektansvarig för hela projektet har varit verksam inom socialtjänsten, medan projektledaren har varit verksam inom primärvården. Projektet har haft en styrgrupp och en lokal DELTA-grupp (Jonsson 2001). Styrgruppen har bestått av projektansvarig för projektet, kontorschef inom försäkringskassan och primärvårdsområdeschef samt projektledaren för projektet. I den lokala DELTA-gruppen ingår representanter från primärvården, socialkontoret, stadsdelens informatör, folkhälsosamordnare, försäkringskassan, och psykiatriskt öppenvård. Ibland har även folkhälsosamordnaren från stadsdelsförvaltningen ingått. I den lokala DELTA-gruppen har förutsättningar och hinder i relation till olika regelverk och arbetstraditioner från de ingående myndigheterna diskuterats samtidigt som beslut om ”säckpengar” tagits. Dessa medel kommer från de ingående förvaltningarna med två basbelopp per deltagare. Uppföljning av projektets utveckling har gjorts av projektledaren som kontinuerligt dokumenterat de aktiviteter inom projektet som inte relaterats till patientarbetet. Bland annat har planeringsträffar, seminarieverksamhet, utbildningar, studiebesök och utåtriktade informationsaktiviteter dokumenterats. Bemanningssituationen inom

projektet har följts upp. Uppföljningen av personalens erfarenheter har gjorts genom att projektledaren fört projektdagbok. Dessutom har det nu ur den lokala DELTA-gruppen bildats ett särskilt utskott med representanter från socialtjänsten, vårdcentralen och försäkringskassan på mellannivå. Det har inneburit att besluten om de så kallade säckenpengarna nu tas i utskottet istället för i DELTA-gruppen.

Syftet med delprojektet *tidig och samordnad rehabilitering* var att realisera ett förändrat arbetssätt byggt på teamarbete (DELTA-teamet) med gemensamma bedömningar och tidigarelagda åtgärder. Målet med det förändrade arbetssättet var att förkorta behandlingsprocesserna, förkorta sjukskrivningstiderna och leda till tidigare återgång i arbetet för de vårdsökande. Målgruppen var personer med besvär från rörelseorganen och/eller psykiska besvär. DELTA-teamet, som träffats en gång per vecka och diskuterat DELTA-patienters behandling, har representerat olika yrkeskategorier och myndigheter. Projektet har inriktats mot ett teamarbete mellan olika professionella utövare som upplevts som en kompetenshöjning till nytta för de som behövt behandling av olika slag. Vårdtagarna har kommit dels via vårdcentralen, dels via socialtjänsten och dels via försäkringskassan, med dominans för vårdcentralen. Teamet består av läkare, sjuksköterska, sekreterare, sjukgymnast, kurator, arbetsterapeutkonsult, socialsekreterare, försäkringskassehandläggare samt ortoped- och psykiatrikonsult. Teamet träffas en gång per vecka och diskuterar upp till 10 patientärenden. Mestadels har patienterna kommit via primärvården. Ibland är patienterna närvarande vid mötena och ibland inte.

Ett annat delprojekt var *hälsobefrämjande ekonomisk rådgivning*. Målsättningen var att undvika framtida psykiska problem och värkproblematik sammanhängande med en besvärlig ekonomisk situation. Målgruppen var personer med ekonomiska problem. Projektet ligger på socialtjänstens ansvar. Ett tredje delprojekt var *alkoholrådgivningsmottagningen*. Målet var att hjälpa personer med hög alkoholkonsumtion till minskat bruk av alkohol. Målgruppen utgjordes av personer med begynnande eller utvecklat alkoholmissbruk vilka har en socialt bevarad situation. Projektet har skötts av en sjuksköterska från vårdcentralen och en socialsekreterare från socialtjänsten. Det fjärde delprojektet var *utåtriktat ungdomsarbete och fördjupad mödrabälsövård*. Målsättningen var att hos unga personer samt hos blivande föräldrar förebygga ohälsa och framtida behov av försörjningsstöd. Målgruppen var unga personer i åldrarna 16 till 25 år samt blivande föräldrar som befinner sig i riskzonen att utveckla psykosocial problematik. I det sistnämnda projektet har en barnmorska, en skolkurator och en socialsekreterare tjänstgjort på deltid.

DE OLIKA SAMVERKANSAKTÖRERNA I KÄRRA-RÖDBO

Försäkringskassan

Styrning

Den övergripande målsättningen för försäkringskassans verksamhet är att verka för ekonomisk trygghet för medborgarna vid sjukdom, handikapp, ålderdom och vård. Dessutom ska ohälsa förebyggas och rehabilitering samordnas för att öka människors möjligheter att återinträda på arbetsmarknaden. Dessa uppgifter kan sammanfattas som att försäkringskassans väsentligaste uppdrag är att ge ekonomisk trygghet och främja rehabilitering. Ansvaret handlar om att administrera socialförsäkringen, vilket innebär att man utvecklar ett administrativt regelverk som i huvudsak styrs av centrala beslut och bygger på principen om enhetlighet och rättvisa för den enskilde. Dessutom har försäkringskassan ett ansvar av administrativ karaktär att samordna rehabiliteringen av långtidssjukskrivna.

Försäkringskassornas verksamhet styrs av såväl nationella som regionala och lokala mål. Regeringen reglerar verksamheten via Riksförsäkringsverket genom ”Regleringsbrev för Försäkringskassorna”. Regleringsbrevet innehåller olika typer av mål. Verksamhetsmål anger inriktningen och bryts ned till kvantitativa mått i Riksmålen. Ett exempel är genomströmningstider för olika typer av ärenden. Regleringsbrevet ger emellertid också uttryck för övergripande målsättningar med socialförsäkringsadministrationen. De kvantitativa målen kan ses som prestationskrav medan de övergripande målsättningarna ger uttryck för vilket förhållningssätt till verksamheten som skall råda bland personalen. Länsledningen betonar att inriktningen i verksamheten skall gå mot ett mer processorienterat arbetssätt utifrån mottot: *”med människan i centrum samverkar vi med andra”*.

På försäkringskassan upplever man att man är styrd av en ganska tuff lagstiftning. Utgångspunkten för arbetet ligger i lagstiftningen men sedan görs egna bedömningar. Det sker en kontinuerlig uppföljning och kontroll där man måste redovisa hur mycket tid som läggs på olika typer av ärenden som förtidspensioner, sjukpenning och utbildning. Tidsrapporter lämnas in varje vecka. Den lokala representanten berörs både av den allmänna styrningen på försäkringskassan och de mål som gäller i DELTA-teamet eftersom hon är anställd till 40% på det förra och 60% på det senare. Kontrollen av arbetet i DELTA-teamet sker av styrgruppen där hennes chef sitter tillsammans med de andra cheferna från socialtjänsten och primärvården. Hon upplever också att hennes chef är välvilligt inställd till att hon fördelar sitt arbete på det sättet. En uppfattning som också framkommer är att det behövs en lagstiftning som reglerar och säkerställer samverkan så att inte enskilda chefer kan avstyra samverkansarbetet för att hävda sin egen verksamhet.

Struktur

Sedan 1997 är verksamheten geografiskt indelad i olika team som arbetar gentemot de olika stadsdelarna på Hisingen. Organisationen är sektionsindeldad i tre sektioner, där den första sektionen gör en bedömning av sjukfall mindre än 29 dagar. Den andra sektionen fördjupar bedömningen fr.o.m. 29:e dagens sjukdom och den tredje sektionen kompletterar utredningen med rehabiliteringssamordning om det behövs. Några av andra sektionens ärenden utreds inom ramen för DELTA-teamet, medan en del av tredje sektionens ärenden ingår i DELTA-samordningen. Tredje sektionens ärenden är i sin tur uppdelade i medicinsk rehabilitering och arbetsinriktad rehabilitering. Den medicinska rehabiliteringen samordnas inom ramen för DELTA-teamets arbete medan den arbetsinriktade sköts av DELTA-samordnare som samarbetar med de försäkrades arbetsgivare, företagshälsovården och fackliga organisationer.

Försäkringskassans representant i DELTA-teamet i Kärra-Rödbo lyder under en rehabsamordnare som sitter lokaliserad på det centrala Hisingskontoret på Vågmästarplatsen. Verksamheten är organiserad i team. Teamet utgörs av representanter på vårdcentralerna i Kärra-Rödbo, Backa, Tuve-Säve, arbetsmarknadstorget, SANNA-projektet samt andra utredare och rehabsamordnare. Man arbetar både med anställda och arbetslösa med inriktning på arbetsinriktad rehabilitering. Den ansvariga rehabsamordnaren sitter också med i styrgruppen i Kärra-Rödbo. Försäkringskassan utgör således en integrerad del av DELTA-teamet även om man inte deltar i alls lika stor utsträckning som primärvården vad gäller personalresurser. Det upplevs ibland som splittrande att både sitta lokaliserad lokalt i DELTA-teamet och samtidigt centralt i ett annat team på försäkringskassans kontor. Arbetsuppgifterna kan också skilja sig åt genom att man i DELTA-teamet ofta får ta ytterliga uppgifter som man inte sysslar med i den ordinarie verksamheten för att man är tillgänglig på ett annat sätt.

Arbetsmetod

En förutsättning för försäkringskassans arbete är den diagnostisering som vårdcentralens läkare gör av patienter. Det faller sig naturligt att försäkringskassans ser fördelar i en extern samverkan med primärvården. Eftersom försäkringskassan är beroende av vårdcentralens sätt att ställa sjukdomsdiagnos har det skapats en antydning till asymmetrisk relation mellan försäkringskassans representant och vårdcentralens läkare. Men synergieffekterna har ansetts uppväga asymmetrin. DELTA-samverkan har inneburit att den egna kompetensen och de egna resurserna använts tillsammans med andra kompetenser och resurser för att tillgodose invånarnas behov och intressen på ett bättre sätt än om myndigheterna agerat var för sig. Den synergieffekt som uppnåtts har blivit ett subjektivt mått på DELTA-samverkans kvalitet dels för invånarna i Kärra-Rödbo och dels för de inblandade yrkesverksamma.

Den samverkan som rör försäkringskassan kan delas in i den som sker centralt från Hisingerkontoret och den som sker lokalt i Kärra-Rödbo. Den ansvariga rehabsamordnaren på Hisingen samverkar med stadsdelarna Backa, Kärra och Tuve-Säve. Hon sitter dessutom med i den lokala styrgruppen i Kärra-Rödbo och har där ett samarbete vad gäller övergripande frågor med ansvarig för vårdcentralen och socialtjänsten. Eftersom teamet är fokuserat på arbetsinriktad rehabilitering så finns arbetsmarknadstorget, arbetsgivare, fack, personal och företagshälsovård med som naturliga samverkanspartners. Medan man inte uppger sig ha någon större samverkan med socialtjänsten så ses däremot primärvården som en stor och viktig samverkanspartner för försäkringskassan. Det samarbete som sker med primärvården är främst kopplat till de försäkringskasserepresentanter som sitter lokaliserade på vårdcentralerna i Backa, Kärra-Rödbo och Tuve-Säve. Samtliga nämnda vårdcentraler har integrerat försäkringskassan i olika former av lokala arrangemang, där Backa och Kärra-Rödbo har integrerade DELTA-team. Med andra vårdcentraler sker kontakt enbart via skriftliga formella förfrågningar. Det finns därför inga direktkontakter mellan försäkringskassans centralkontor och primärvården. Det upplevs också som stor skillnad på de ärenden man får från försäkringskasserepresentanterna på vårdcentralerna och från andra. Ärendena är färdigutredda och genomgångna på ett annat sätt eftersom man kunnat lägga tid på att diskutera med läkare och andra lokalt. Relationerna till primärvården upplevs ha underlättats och förbättrats via den lokala integreringen av försäkringskassan. Det framkommer dock att det inte går att komma ifrån att man har olika lagstiftning och att många av DELTA-projekten är vårdcentralerdominerade.

I det lokala samverkansarbetet i Kärra-Rödbo samverkar försäkringskassan med liknande aktörer som i övrig verksamhet men formerna skiljer sig åt. Traditionellt sker samverkan relativt distanserat och ofta utifrån brev och telefon. I DELTA-teamet blir det inte samma myndighetsutövande kontakt utan mer medmänskliga kontakter med patienterna. Ärendena blir djupare behandlade i DELTA-teamet och man får en mer bred information eftersom man pratar regelbundet med behandlare i form av läkare, sjukgymnaster etc. Det är den geografiska närheten som underlättar samverkan och gör att den tidigare anonymiteten mot läkarna ersatts av ömsesidig kännedom och förtroende. Man har fått tillgång till det informella samtalet på ett annat sätt och sparar dessutom tid genom att muntligt kunna fråga efter den information man behöver. Samverkan rör i första hand personalen på vårdcentralen och i andra hand försäkringskassans ordinarie verksamhet. Samverkan med socialtjänsten upplevs som begränsad. De beskrivs ha en annan kultur än försäkringskassan och är inte heller låsta av en arbetsform på samma sätt som försäkringskassan är. Socialtjänstens roll upplevs överhuvudtaget som osäker vilket har förstärkts av deras personalomsättning. Det upplevs ta tid att komma in i vad som beskrivs som DELTA-kulturen.

Man är inom försäkringskassan överlag positiv till den modell för samverkan som DELTA inneburit. Det framhålls t.o.m. att lagstiftningen kunde förstärkas ytterligare och bli mer ”tvingande”

vad gäller samverkan. Tanken med samverkan behöver spridas så att det inte blir enskilda ”DELTA-personer” som det hela hänger på. En annan förändring som förordas är att om möjligt ha samma pengar för de olika aktörerna istället för att som nu betala in var sin del. Den ömsidiga respekten mellan aktörerna har ökat även om man påpekar svårigheten att få myndigheter att samverka och att det återstår mycket att göra. Det finns en rädsla för att samverkansarbetet faller samman utan DELTA som stöd.

Primärvården

Styrning

Den övergripande målsättningen för *Primärvårdens* verksamhet är att ansvara för den del av sjukvården som inte täcks av sjukhusens verksamhet, dvs. tillhandahålla en allmänmedicinsk vård. Den är lokalt inriktad och ska finnas tillgänglig i befolkningens närområde. Målsättningen för hela primärvårdsområdet präglas av samverkansambitioner. Det gäller både den interna och externa samverkan. En uttalad målsättning är att implementera DELTA som arbets- och synsätt i hela verksamheten. Det gäller både att samla de olika professionella kompetenserna i vårdcentralens verksamhet och att i större utsträckning arbeta med samordnade bedömningar, behandlingar och terapi. De professionella kompetenserna är olika typer av rehabiliteringspersonal som psykolog och sjukgymnast, men även kurator. Genom att integrera den här typen av personal i verksamheten sker samverkan internt istället för externt.

Primärvården på Hisingen har formulerat sina uppgifter som:

- Förebyggande hälsovård, folkhälsoarbete
- Sjukvård vid mottagning och vid hembesök samt jourverksamhet
- Utbildning av studenter av olika kategorier

Många av vårdcentralerna på Hisingen har ett högt ohälsotal vilket gör att de som söker hjälp på vårdcentralerna ofta har problem som omfattar både en medicinsk, psykisk och social problematik. Det ställer speciella krav på verksamheten och dess personal. Vårdcentralerna arbetar också förebyggande bl.a. genom att i samverkan med sex folkhälsoråd identifiera olika riskgrupper och planera insatser för dessa. I Kärra-Rödbo riktar sig insatserna mot gravida kvinnor och alkoholmissbrukare. Ett övergripande mål för som uttrycks på vårdcentralen är att sänka sjuktalet på Hisingen och specifikt i Kärra-Rödbo. Man har också utarbetat mer specifika mål för de olika verksamheterna och riktlinjer för hur de bör arbeta. Grunden ligger också i hälso- och sjukvårdslagen. Den politiska styrningen uppfattas som distanserad i primärvården. Det är verksamhetschefen som skriver verksamhetsberättelse och anger mål för verksamheten. Samverkan har kommit in tydligare i målsättningarna för verksamheten, vilket också beror på att DELTA-teamet betraktas

som en integrerad del av vårdcentralen och gränsdragningen inte alltid är så tydlig. DELTA-representanterna deltar också i primärvårdens gemensamma möten vilket leder till en ökad diskussion av just samverksansfrågor.

Struktur

Primärvården på Hisingen utgör ett av fyra primärvårdsområden i Göteborg. Primärvården Hisingen utgörs i sin tur av nio vårdcentraler varav Kärra-Rödbo är ett. Vårdcentralcheferna har det ekonomiska ansvaret och ansvaret för personalen. I de fall cheferna också är läkare har de även det medicinska ansvaret. När sjuksköterskor har verksamhetsansvaret ligger det medicinska ansvaret på en av vårdcentralens läkare. Vårdcentralens verksamhet organiseras i olika inriktningar som barnvårdcentral, distriktsläkarmottagning och distriktssköterskemottagning. Barnvårdcentralen har främst en förebyggande och rådgivande funktion och utför hälsoundersökningar och vaccinationer för barn. Personalen utgörs huvudsakligen av sjuksköterskor och undersköterskor. Distriktsläkarmottagningen bedriver den medicinskt inriktade vården som innefattar diagnostisering, behandling, rehabilitering och samverkan. Personalen utgörs främst av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare. Distriktssköterskemottagningen täcker in den medicinska och sociala omvårdnaden. Personalen utgörs främst av distriktssköterskor.

Vårdcentralen i Kärra-Rödbo tillsammans med två andra vårdcentraler har fått extra resurser för att utveckla en integrerad DELTA-verksamhet. Kärra-Rödbo skiljer sig från de övriga två genom att de förutom extra vårdpersonal och rehabiliteringsresurser som kurator, sjukgymnast och psykolog har representanter från socialtjänsten och försäkringskassan placerade i vårdcentralens lokaler. Varje torsdag eftermiddag träffas dessa i DELTA-teamet för att tillsammans med respektive patient diskutera de olika ärendena. Inför mötena gör man en kategorisering av patienter som man anser har särskilda behov som faller inom ramen för DELTA:s gränser, det vill säga patienter mellan 16-64 år med olika former av besvär i rörelseapparaten och/eller psykosomatiska besvär som behöver tidig och samordnad rehabilitering. Patienterna kan då bli utvärderingspatienter eller samverkanspatienter som innebär att de får ta del av samverkansupplägget med samlade möten tillsammans med läkare, rehabiliteringspersonal och berörda organisationer. För varje DELTA-patient gör man en enkät efter ett halvår.

DELTA-teamet ses som i högsta grad integrerat i vårdcentralens verksamhet. Det utgör en naturlig del som finns med på möten och träffar. Till saken hör också att det sker en naturlig integrering genom att vårdcentralchefen och en annan läkare är anställda på 50% på DELTA-teamet och på 50% på vårdcentralen. De gör också största delen av sitt arbete i vårdcentralens lokaler. En annan viktig faktor för integreringen är att de ärenden som ligger på teamet har en tydlig medicinsk inriktning och huvuddelen av remisserna till teamet kommer också ifrån vårdcentralen.

DELTA-teamet upplevs också som en viktig resurs och avlastning för vårdcentralens ordinarie verksamhet.

Arbetsmetod

Primärvården samverkar med olika aktörer både inom och utom DELTA-projektet. Inom primärvården finns ambitionen att integrera samverkan i hela verksamheten. De olika professionella kompetenserna i vårdcentralens verksamhet arbetar i större utsträckning med samordnade bedömningar, behandlingar och terapi. Genom att integrera den interna personalen inom vårdcentralen sker samverkan internt snarare än externt. Det har förstärkts av DELTA-teamets arbete eftersom det nu finns olika typer av rehabresurser som sjukgymnast, kurator på plats och andra kommer in på konsultbasis (psykiatri och ortopedi). Det leder till minskade behov att samverka med externa rehabaktörer. Man samverkar i första hand med de medverkande aktörerna i DELTA-teamet, dvs. försäkringskassan, socialtjänsten och psykiatrin. Mellan försäkringskassan och primärvården fungerar samarbetet smidigt och det har förbättrats betydligt genom DELTA-teamet och närheten till varandra. Man kan lätt diskutera ärenden på ett mer informellt sätt utan att sammankalla till möte. Försäkringskassans ärenden upplevs också ligga relativt nära primärvårdens egna ärenden vad gäller karaktär och innehåll.

Socialtjänstens ärende känns däremot mer obekanta och mindre lämpade för behandling i teamet. Relationerna till socialtjänsten har också försvårats av den stora personalomsättningen och det faktum att de upplevs som mer styrda av sin egen verksamhet och lagstiftning. Det har yttrat sig i sekretessproblem och annat som uppfattas ha försvårat öppenheten i diskussionerna. När socialförvaltningen tar upp ärenden är det för att få en medicinsk bedömning av patienter som ofta har multiproblem. Det är dock få patienter som kommer via socialförvaltningen. En samverkansrelation som dock har förbättrats betydligt är den med psykiatrin. Det har funnits tydliga skillnader i synsätt på var ärenden hör hemma, delvis beroende på psykiatrireformen som har lett till att ärenden som tidigare behandlades av psykiatrin nu hamnar hos primärvården. Man har dock lyckats närma sig varandra inom ramen för DELTA-teamet och den gemensamma hanteringen av ärenden. Primärvårdens övriga samverkanskontakter är mestadels sjukvårdsrelaterade, t.ex. sjukhus, andra vårdcentraler, geriatrik och skolhälsovård. Kopplingen till skolan finns också via barnmorskan på MVC och i DELTA-teamet. Mycket av de externa kontakterna handlar om utbyte av information i ärenden, mer än egentlig samordnad behandling, fastän det ligger utanför DELTA-teamets samverkan. Det är främst läkarna som har externa kontakter utanför primärvården.

I behandlingen av patienter ingår ett naturligt inslag av samverkan som inte är DELTA-samverkan. Primärvårdens uppgift består ofta i att göra medicinska bedömningar av de sökande, om de ska bli sjukskrivna eller om de kan stå till arbetsmarknadens förfogande. Försäkringskas-

san kan t.ex. ifrågasätta om det finns grund för sjukskrivning. Enligt Primärvårdens representant behövs en viss yrkeserfarenhet för att kunna bidra i teamets arbete. Det behövs att man är trygg i sin yrkesroll. Dessutom anses att man växer i sin yrkesroll när man märker att ens kompetens är användbar gentemot andras kompetenser. Man menar att det som hänt med DELTA-patienterna är att de blivit bemötta utifrån sina egna individuella behov. De har blivit sedda som människor istället för att de blivit behandlade likformigt efter myndighetsmallar. Dessutom har DELTA-behandlingarna genomsyrats av idén att patienterna ska få verktyg att sköta sin egen utveckling och förbättring, enligt de intervjuade. Sammantaget anses teamet vara väl rustat och har därför kunnat ta sig an komplexa patientärenden. Den stora fördelen är att alla inblandade hör vars och ens inlägg i diskussionerna samtidigt. Det spar tid och ökar förståelsen för varandras förslag till åtgärder. DELTA-teamet upplevs i primärvården som viktigt i och med att det ger extra resurser vilket avlastar den ordinarie verksamheten och samtidigt ger möjligheter att arbeta på ett sätt som annars inte vore möjligt.

Psykiatri

Styrning

Målet med samverkan mellan psykiatri och andra relaterade organisationer har behandlats på riksnivå och bl.a. nämnts i en utredning av psykiatrireformen. Där betonas behovet av en ökad samverkan mellan psykiatri och dess vårdgrannar. Det gäller inte bara en allmän form av samverkan utan även en målsättning att arbeta mer integrerat i vårdplaneringen och utarbeta gemensamma samverkansrutiner. En av de två öppnarmottagningarna på Hisingen formulerade följande målsättningar för verksamheten i verksamhetsplanen:

- Att utifrån behov, funktionsnivå och problematik avgöra om patienten tillhör målgruppen
- Att utifrån det vårdideologiska perspektivet bedriva behandlingsarbete i dialog med patienterna, i patientens sociala sammanhang och i ett nära samarbete med patientens privata och professionella nätverk
- Att göra en kvalificerad utredning och bedömning, där en eller flera behandlare medverkar. Bedömningarna sker enligt ett teampsykiatriskt arbetssätt, där olika yrkeskategoriers kompetens och specifika kunskaper kommer patienten tillgodo
- Att arbeta i vårdkedja med öppen- och slutenvård, där stor vikt läggs vid samarbete och kontinuitet
- Att sträva mot bra samarbetsformer med aktuella vårdgrannar och andra samarbetspartners (Biskopsgården 2000)

Teammedlemmarna har ingen direkt överordnad förutom verksamhetschefen på mottagningen. Läkaren i teamet har det övergripande medicinska ansvaret och också ett rent formellt ansvar över övriga i teamet (eftersom verksamheten ingår i sjukvårdsorganisationen och det medicinska ansvaret överordnas de andra). Verksamhetscheferna på de båda mottagningarna är sjuksköterskor och har därför inte ett medicinskt ansvar, men däremot ett administrativt. De övergripande målen upplevs som ganska vaga medan de mål som upplevs som viktiga är de som sätts upp för varje patient i den individuella vårdplaneringen.

Struktur

Allmänpsykiatrin utgör en viktig del i vårdkedjan mellan den slutna psykiatriska vården och andra kommunala verksamheter som har kontakt med personer med psykisk ohälsa, t.ex. socialtjänsten och primärvården. Det finns två allmänpsykiatriska öppenmottagningar som har Hisingen som upptagningsområde, Rimmaregatan och Biskopsgården. Öppenmottagningarnas verksamhetsinriktning bygger på en bedömning av ärenden som i behov av psykiatrisk hjälp. Det kan röra sig om ett ganska brett spektrum från depressioner, affektiva störningar, fobier och andra psykiska funktionshinder. Internt är man organiserade efter tvärprofessionella team. Teamen består av olika professioner som läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, kurator, arbetsterapeut och psykolog. Mottagningarna består av vardera två team. Teamen på respektive mottagning skiljer sig inte åt utan har samma struktur och upptagningsområde. Förutom behandlingsteam finns det ett remissteam. Båda mottagningarna arbetar med ett remissteam som har en tydlig tvärprofessionell prägel för att kunna göra en så komplett bedömning som möjligt av remisserna. Tidigare fungerade remissteamen mer som en administrativ mottagare av remisser med enbart läkare och sjuksköterskor representerade. Tanken är att nu att remissteamet ska kunna ta på sig fler uppgifter och även fungera som konsulter och rådgivande för att försöka skynda på remissflödet.

Psykiatrin har ingen regelbunden representant i själva DELTA-teamet utan däremot i den lokala DELTA-gruppen. Psykiatrin finns dessutom med som ett slags konsult hjälp i teamet 10 timmar per månad via en läkare. Psykiatrin är således inte direkt integrerad i DELTA-teamet utan finns med som en extra resurs till behandlings- och utredningsarbetet. Det finns exempel på andra vårdcentraler där psykiatrin integrerats i större utsträckning, exempelvis Backa vårdcentral. Här finns regelbunden representation genom en sjuksköterska från psykiatriteamet som fungerar som en koordinator. Det innebär också regelbundna möten på vårdcentralen med t.ex. läkare och andra från teamet på Rimmaregatan. I Kärra-Rödbo upplevs det inte som att man gått lika långt i integreringen och att man inte heller är lika vana vid teamarbete som i Backa.

Arbetsmetod

Den öppenpsykiatriska mottagningen på Rimmaregatan samverkar med en rad olika aktörer. Den tydligaste samverkan är den som sker gentemot den psykiatriska slutenvården och barn- och ung-

domspsykiatrin (BUP). Det finns tydliga formaliserade samarbetsformer eftersom man tillhör samma övergripande organisation (Psykiatri Östra) och utgör olika delar i samma vårdkedja. Kontakterna med socialtjänsten har också blivit viktigare i kölvattnet av psykiatrireformen i och med att de psykiskt funktionshindrade blivit en viktig klientgrupp för socialtjänsten. Försäkringskassan är en annan viktig samverkanspartner som man utvecklat relationerna till, med bl.a. regelbundna möten på s.k. teamkonferenser.

Samverkan med primärvården utgör också en viktig del i vårdkedjan, även om primärvården inte utgör en del i samma organisation. Formerna för samverkan med primärvården har inte lika tydliga konturer som den inompsykiatriska. En viktig anledning till det är att primärvården är uppdelad på ett stort antal vårdcentraler. En mottagning kan t.ex. ha sex vårdcentraler inom sitt upp-tagningsområde. Det gör det svårt att ha en regelbunden samverkan med samtliga samtidigt. Som en följd samverkar man från mottagningens sida mer med vissa vårdcentraler än andra. Det gäller främst de vårdcentraler som har integrerat sin DELTA-verksamhet (dvs Biskopsgården, Backa och Kärra-Rödbo). En viktig anledning är att man där har mer av psykiatrisk kompetens och ett liknande teamtänkande som är fallet på mottagningen. En annan viktig anledning är att det finns tid avsatt för samverkan och överhuvudtaget ett intresse för att arbeta mer aktivt med andra aktörer som psykiatrin, försäkringskassan och socialtjänsten. Formerna för samverkan kan dock skilja sig åt även i fallet med de DELTA-integrerade vårdcentralerna.

På Backa vårdcentral har man gått ganska långt i samarbetet med en av vårdcentralerna med en sjuksköterska från mottagningen som fungerade som koordinator och en läkare från ett team som regelbundet sitter med på möten på vårdcentralen. Där diskuteras bl.a. remisser som är aktuella från vårdcentralens sida och tvärtom. Det har lett till remisser som passar bättre in i respektive verksamhet, dvs. både i öppenspsykiatrin och på vårdcentralen. Däremot upplevs det inte finnas en lika uppbyggd och formaliserad samverkan med vårdcentralen i Kärra-Rödbo. Det har gjort att relationen med Kärra-Rödbo tidvis upplevts som mer problematisk. En stor del har legat i att de båda aktörerna har olika syn på var remisser hör hemma och att man överhuvudtaget inte klargjort vad respektive verksamhet ska göra. Det här är samtidigt ett generellt problem i relationen mellan öppenspsykiatrin och primärvården som förtydligats efter psykiatrireformen.

Det har också funnits en gränsdragningsproblematik mellan vårdcentralen och psykiatrin inom gruppen. Båda har menat att den andre skulle ta sig an psykiatriärendena. Dessa ärenden kräver långvariga behandlingar, vilket kan ha uppfattats problematiskt för vårdcentralen medan psykiatrin har menat att vårdcentralerna borde följa riktlinjerna bättre. En stor del beror på psykiatrireformens efterverkningar som gjort att patienter som tidigare behandlades inom den slutna psykiatrin nu behandlas inom öppenspsykiatrin, och att de ärenden som tidigare låg på öppenspsykiatrin i ökad utsträckning hamnat i primärvårdens verksamhet. Det också funnits olika uppfattningar

mellan vårdcentral och psykiatri om hur gruppen skulle organisera sig. Inom psykiatrin anses teamarbete kräva symmetrisk rollfördelning, medan rollerna inom vårdcentraler är asymmetriskt relaterade till varandra med läkaren överst i hierarkin. Den olikheten i tolkningen av teamarbete har följt med in i den lokala DELTA-gruppen och krävt tid att reda ut. Ett exempel är att man från vårdcentralens sida förväntar sig att läkaren i psykiatriteamet ska ta emot vid första besöket av patienten medan psykiatrin låter hela det tvärprofessionella teamet ta emot. Det upplevs dock som att man via arbetet i DELTA-teamet och den lokala DELTA-gruppen förbättrat relationerna med vårdcentralen i Kärra-Rödbo och att man börjat finna sina roller. Generellt finns det en syn inom öppenpsykiatrin att DELTA ses som en viktig resurs i behandlingsarbetet, både för att remittera vidare till och som ett stöd i arbetet.

Skola/Barnomsorg och Fritid/Kultur

Styrning

Det finns ingen uttalad samverkansmålsättning för vare sig Skola/Barnomsorg eller Fritid/Kultur. De styrs snarare av mer verksamhetsnära mål som inte kopplar specifikt till DELTA-aktiviteter. Det beror också på att kriterierna för DELTA-ärendena avgränsar dessa från skolans verksamhet eftersom de vänder sig till åldersgruppen 16-64 år.

Struktur

Skolan försöker arbeta mer i arbetslag och bryta ämnesfixeringen. I skolan ses inte SOCSAM 5S som något speciellt eftersom man anser sig vara van vid att arbeta gränsöverskridande. En fördel som man ser med DELTA-teamet är dock att helhetssynen kan komma att förbättras och att brukarna därför inte behöver vända sig till så många olika handläggare.

Arbetsmetod

Inom skolan arbetar man med samverkan med olika aktörer även om det inte är så specifikt kopplat till DELTA-teamet. Det ses snarare som att det är arbetsförmedlingen, försäkringskassan, socialtjänsten och primärvården som samverkar inom ramen för DELTA. Det finns dock kopplingar mellan skolan och DELTA. Ett tydligt exempel är det stöd man kunnat få för förebyggande verksamhet, främst i form av barnmorskan som jobbar på mödravårdscentralen och i skolkuratorn. Det har också gett möjligheter att fördjupa ett projekt för skola och samlevnad (SOS). Skolan samverkar annars mest med individ- och familjeomsorgen och fritidsgården. Kontakterna med socialtjänsten kan röra anmälningar om att barn inte mår bra och att det behövs göra en utredning. EN brist som tas upp är att det kan vara svårt att få återkoppling från socialtjänsten gällande anmälda fall. Andra samverkanskontakter kan röra primärvården (i fall som skolhälsovården inte klarar av), tandvården, barnkliniken på Östra och barnmottagningen i Backa. En annan viktig partner är BUP där man inom skolhälsovården har träffar två gånger per termin.

Inom Fritid/kultur sker samverkan mest i förhållande till individ- och familjeomsorgen men är inte beroende av DELTA. En uppfattning som framkom var att det kan finnas en konflikt i att skapa kollektiva lösningar för individuella behov.

Socialtjänsten

Styrning

Den övergripande målsättningen för *Socialtjänsten* är enligt socialtjänstlagen att främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet. Det innebär att socialtjänsten ska stödja människor med sociala svårigheter med ekonomiskt stöd eller annat stöd i form av till exempel boende (Lindberg et al 2000). Inom ramen för socialtjänsten finns ett brett ansvar för sociala insatser riktade mot barn, familjer och vuxna. Förutom ekonomiskt bistånd kan ansvaret gälla speciella stödsatser för missbruk, psykiskt funktionshinder och arbetsträning. Det finns ingen tydlig begränsning, utan socialtjänsten har en huvuduppgift i att skapa ekonomisk och social trygghet för medborgarna.

I Kärra-Rödbo formuleras följande övergripande mål för socialtjänstens olika inriktningar:

- främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden för barn, ungdomar och vuxna som bor i Kärra-Rödbo (Förebyggande arbete)
- stärka barnperspektivet i utredning och behandling och därmed värna om barnens rättigheter (Utredning och behandling)
- ge barn, ungdomar och vuxna som är i behov av biståndinsatser den hjälp de behöver (Utredning och behandling)
- öka graden av egen försörjning och därmed minska kostnaderna för försörjningsstöd trots en ökad inflyttning i Kärra-Rödbo (Försörjningsstöd)
- fortsätta hålla den genomsnittliga bidragstiden i Kärra-Rödbo på en låg nivå (Försörjningsstöd)

Samverkan nämns inte uttryckligen i de övergripande målsättningarna men däremot i vissa preciserade mål:

- att passa ihop den sökandes behov med de resurser som finns inom olika DELTA-projekt
- ha fördjupad samverkan med andra myndigheter utifrån olika målgrupper och handläggare (Försörjningsstöd) (Individ och familjeomsorg Kärra-Rödbo 2000)

Styrningen sker både genom socialtjänstlagen och lokala mål, som inkluderar samverkan. De lokala målen handlar ofta om att bryta ned socialtjänstlagen till policys och riktlinjer. Årligen sker en uppföljning av lokala mål men frihetsgraderna upplevs som stora och relationen mellan social-

sekreterarna och förste socialsekreterare som chef uppfattas mer som samspråk än styrning. Den uppföljning som sker berör i första hand hur man arbetat gentemot verksamhetsplanen och i mindre utsträckning kopplat till samverkan. Det kan handla om att rapportera antal anmälningar och ärendenas karaktär. Samverkan beskrivs både som ett mål men också som ett medel för att nå andra verksamhetsmål. Den politiska styrningen beskrivs inte som särskilt påtaglig. Socialutskottet kan ta vissa beslut men det upplevs inte påverka den lokala styrningen av verksamheten.

Struktur

Socialtjänsten i Kärra-Rödbo inrymmer en mängd olika verksamheter och inriktningar. En första indelning brukar göras mellan individ- och familjeomsorg. En annan indelning är den mellan ekonomiskt bistånd och övrigt bistånd. De bildar också två olika personalgrupper som varje vecka har ärendegenomgång i respektive grupp. Ekonomiskt bistånd handlar om att administrera och bedöma ansökningar om socialbidrag. Övrigt bistånd innebär utredning och behandling i verksamheten. En mer specificerad arbetsindelning skulle kunna vara ekonomiskt bistånd, behandling/utredning, funktionshindrade, förebyggande arbete och familjestöd. En annan verksamhet är bostödet, som i stor utsträckning tillkommit efter psykiatrireformen när psykiskt funktionshindrade kommit ut i eget boende. Personalen består till övervägande delen av socionomer. Socialtjänsten är organiserad i tre nivåer från enhetschef till förste socialsekreterare till socialsekreterare. Det pågår försök att bilda tvärgrupper mellan ekonomiskt bistånd och utredning, där möten kan ske mellan arbetsgrupperna. Det medför att gränserna mellan grupperna börjar luckras upp och utvecklingen går mot större integration. Men ett hinder mot ökad integration är att grupperna sitter spridda i olika hus.

Socialtjänsten har varit representerad i DELTA-teamet med en heltidsanställd socialsekreterare. Det är nu uppdelat på två personer som arbetar halvtid i teamet. Men på grund av sjukdom har inte den ena platsen varit tillsatt under delar av 2001 och början av 2002. Via sekreteraren i teamet har därför ärenden som skulle ha behandlats inom DELTA-teamet lyfts in i den ordinarie verksamheten inom socialtjänsten (fr.o.m. 18/2 sitter det nu en heltids socialsekreterare i DELTA-teamet). I DELTA-teamet tas endast ärenden upp som handlar om sjukskrivna personer som behöver ekonomiskt bistånd. Eftersom de två som arbetar i DELTA-teamet sitter fysiskt i teamets lokaler är det inte utan svårigheter som de fortlöpande kan hålla sina yrkeskollegor, som befinner sig i helt andra lokaler, uppdaterade om DELTA-teamets ärenden och frågeställningar. DELTA-teamets frågor blir därför lätt separerade från övrig verksamhet inom socialtjänsten även om socialsekreterarna i DELTA-teamet är med på socialtjänstens teammöten varje vecka. Även om socialtjänsten var tänkt att vara en integrerad partner i DELTA-teamet fungerar det idag som en separat verksamhet i förhållande till socialtjänstens ordinarie verksamhet, dvs. teamet utgör ingen central funktion för verksamheten.

Arbetsmetod

Socialtjänsten i Kärra-Rödbo är involverad i en mängd samverkansrelationer med olika aktörer. Det ligger i verksamhetens inriktning att arbeta i nätverk kring klienternas behov. Det går att se skillnader mellan handläggarnas inriktning och samverkansmönster. De handläggare som arbetar med ekonomiskt bistånd har en tydligare koppling till de arbetslivsinriktade aktiviteterna medan handläggarna med behandlingsinriktning har mer kontakt med vård- och rehabiliterade aktörer. DELTA-aktiviteter som används är bl.a. arbetsmarknadstorget, Vican, Rikken, och Sofiprojektet. Kontakterna med arbetsmarknadstorget är uppskattade eftersom det alltid finns service att få och organisationen anses fungera smidigt. En stor del av samverkan rör av naturliga skäl de deltagande organisationerna i DELTA, dvs. arbetsförmedlingen, försäkringskassan, primärvården och den psykiatriska öppenvården. Samverkan sker också med andra aktörer som, BUP, polisen, skolan, barnomsorgen, psykiatrisk slutenvård, kriminalvården, öppenvård för ungdomar med missbruk och narkomanvården.

Diskussion av ärenden sker i princip bara i de egna teamen inom socialtjänsten. Undantaget är de få ärenden som hanteras i DELTA-teamet där även andra myndigheter finns med i ärendediskussionen. En vanlig form av samverkan är dock att socialtjänsten sammankallar till möten kring en klient med t.ex. barn, föräldrar, skola och BUP. Vid mer komplexa ärenden där man kört fast tas ibland hjälp av utomstående expertis för att hålla s.k. nätverksmöten.

Samverkan med skola upplevs fungera bra. Vissa samverkanskontakter upplevs dock som mer problematiska, exempelvis BUP och psykiatrin i övrigt, p.g.a. tydliga skillnader i synsätt och lagstiftning. Det gäller till viss del också samverkan med primärvården eftersom man inte riktigt känner till varandras verksamhet. Samverkan med DELTA-teamet upplevs inom socialtjänsten vara relativt begränsad. Antal ärenden som initierats från socialtjänsten har varit marginella i förhållande till vad primärvården och försäkringskassan initierat. Teamet betraktas som ett vårdcentralsprojekt och alltför få av de ärenden som ligger inom socialtjänstens ansvarsområde passar in i teamets inriktning. Det har funnits förväntningar inom socialtjänsten om att få bort känslan av åtskillnad och utanförskap genom DELTA-teamets sätt att organisera sig men de fåtal ärenden som initierats av socialtjänsten har ännu inte infriat förväntningarna. Det beskrivs som att DELTA-teamet bara används vid mycket speciella fall och att det är en brist. Det borde enligt någon vara lika lätt för alla att komma till för att det ska kunna kallas samverkan. Relationerna till andra aktörer upplevs inte heller ha förbättrats via DELTA-teamet eftersom det inte sker på ”neutral mark”. Vissa tycker att det visserligen pratas mycket om samverkan men att det är svårt att se konkreta exempel. Inom socialtjänsten upplever man sig ibland som en sista instans för ärenden som inte passar in någon annanstans, vilket också gör det svårt att placera in dessa ärenden i sammanhang som DELTA-teamet.

KÄRRA-RÖDBO SOM EN SAMVERKANSARENA – EN ANALYS

Styrning

Styrningen av samverkan i Kärra-Rödbo sker på olika sätt. Den lokala styrgruppen, bestående av de ansvariga för socialtjänsten, primärvården och Försäkringskassan i Kärra-Rödbo, kontrollerar och följer upp arbetet i själva DELTA-teamet. Dessutom styrs de deltagande aktörerna av den verksamhetsspecifika ledningen och de regler och mål som där gäller. Samverkan finns med som mål på olika sätt men är ofta underordnat de centrala uppgifter som respektive myndighet har. För DELTA-teamet finns dock samverkan med både som ett mål och medel för det praktiska arbetet. Den politiska styrningen uppfattas inte som speciellt påtaglig av de olika aktörerna men däremot känner man av den verksamhetsspecifika lagstiftningen på olika sätt. Det är främst försäkringskassan och socialtjänsten som tydligt känner sig styrda av en relativt hård lagstiftning. Lagstiftningen kan vara olika specificerad men innebär oftast ett behov av lokala preciseringar och konkretiseringar i policys och målsättningar.

Det förefaller idag finnas ett tydligare inslag av samverkan i målsättningar för de olika aktörerna i Kärra-Rödbo. Det tydligaste exemplet är av naturliga skäl DELTA-teamet som är uppbyggt på samverkanstanken. Vad gäller den ordinarie verksamheten är det inte lika tydligt. Samverkan finns med i olika hög grad i mål och medelformuleringar men oftast underordnat andra verksamhetsmål. Det hör också samman med den centrala politiska styrningen och det uppdrag som formulerats på riks- och regionnivå för organisationer som primärvården, försäkringskassan och socialtjänsten. Den politiska styrningen är ofta tydligast i de ickekommunala verksamheterna som försäkringskassan, psykiatri och primärvården. Det kan också vara svårt att hålla isär de effekter som de lokala DELTA-projekten i Kärra-Rödbo haft för verksamheterna kontra DELTA i sin helhet eftersom samverkan också känns av via andra projekt på Hisingen. Helt klart är i varje fall att samverkan finns med på agendan på ett annat sätt än tidigare. Den konkreta styrningen av samverkan är dock mer oklar och det hänger fortfarande på ledningen för verksamheterna huruvida samverkan prioriteras framför andra mål eller inte. Den lokala politiska styrningen förefaller inte heller vara speciellt påtaglig.

Struktur

Samverkansarbetet i Kärra-Rödbo kan både ses som ett exempel på en integrerad organisering och en separerad organisering. Integrationen bygger på att DELTA-teamet är lokaliserat till lokaler i anslutning till vårdcentralen och socialtjänsten med personal från den ordinarie verksamheten. Integrationen är kanske tydligast för vårdcentralen, delvis beroende på den nära lokaliseringen till vårdcentralen och delvis beroende på den tydliga primärvårdsinriktningen på DELTA-teamet. Det gör att teamet nästan betraktas som en enhet bland andra på vårdcentralen. Många

uttrycker att det skulle bli problematiskt för den ordinarie verksamheten om DELTA-teamet inte skulle få fortsätta sitt arbete.

I fallet med socialtjänsten är inte integrationen lika påtaglig fastän man i stort sett ligger lokaliserad lika nära DELTA-teamet fysiskt som vårdcentralen. Det beror till stor del på att inriktningen på DELTA-teamet ligger närmare det medicinska än det sociala. Teamarbetet blir därför inte hela socialtjänstens angelägenhet på samma sätt som för vårdcentralen. Eftersom antalet ärenden från socialtjänsten till teamet är begränsat får inte teamarbetet så stort genomslag i den ordinarie verksamheten och dess organisering. Huvuddelen av socialtjänstens samverkan förefaller ske separat utanför teamet snarare än i detsamma. Försäkringskassan har däremot integrerats på ett annat sätt än tidigare och kommit närmast i första hand primärvården. Det har skapat en ny form för samverkansrelationerna som internaliserats i teamet. Psykiatrins integrering är inte lika tydlig eftersom dess närvaro är begränsad till en representant i DELTA-gruppen. Man har därför ingen stadigvarande plats i teamet och det dagliga arbetet. Den närvaron som finns är en konsultresurs och tas därför in av övriga i teamet vid behov. Integrationen kommer därför att gälla i första hand primärvården och i andra hand försäkringskassan och diverse rehabresurser som sjukgymnast och kurator. Andra aktörer som skola och fritid är relativt perifera och separerade och har inte funnits med i teamarbetet i Kärra-Rödbo. Den förändring som går att se gäller således i första primärvårdens organisering. Aktörer som försäkringskassan, socialtjänsten och psykiatrin finns med som representanter men det handlar mer om att de har integrerats i primärvårdens verksamhet snarare än tvärtom.

Arbetsmetod

Den samverkan som sker i Kärra-Rödbo tar sig olika former både i och utanför DELTA-teamet. Primärvården har i stor utsträckning internaliserat sin samverkan till att bli intraorganisatorisk istället för interorganisatorisk. En stor del av samverkan sker inom ramen för DELTA-teamet med främst försäkringskassan, psykiatrin och rehabresurser. Den samverkan som sker med socialtjänsten i teamet är begränsad och det har tydliggjorts att man har olika synsätt och ärendeprofil. Dessutom har primärvården andra relationer utanför teamet som är kopplade till vårdkedjan som t.ex. sjukhus, geriatrik och andra vårdcentraler. Försäkringskassans samverkan sker också i stor utsträckning inom teamets gränser. Den samverkan som sker från försäkringskassan centralt rör oftast de lokala försäkringskasserepresentanterna vilket leder till en annan form av ”internalisering”, dvs. man samverkar via sina egna representanter snarare än direkt med primärvården. Psykiatrin har kommit in tydligare i Kärra-Rödbo genom DELTA-teamet och då i första hand i relation till primärvården. Även om man bara finns med som konsultresurs så har relationerna förbättrats från att tidigare ha uppfattats som problematiska. Det tas dock upp exempel på en annan vårdcentral där man kommit längre i integrationen av psykiatrin. Övrig samverkan sker inte direkt i teamet utan snarare med utgångspunkt i den öppenspsykiatriska mottagningsverksam-

heten och gäller i första hand övriga aktörer i den psykiatriska vårdkedjan. Samverkan med socialtjänsten har ökat efter psykiatrireformen och gäller främst psykiskt funktionshindrade i olika boendeformer.

Samverkansarbetet kan gälla olika saker, främst gemensam utredning och behandling eller informationsinhämtning. I DELTA-teamet finns det regelbundna möten där ärenden hanteras och diskuteras. Utöver det sker det mycket av informella diskussioner och informationssökande. Fortfarande förefaller det vara så att mycket av samverkansarbetet rör stöd och avlastning för den egna verksamheten. För primärvården upplevs DELTA-teamet som ett viktigt tillskott för verksamheten och en avlastning. För försäkringskassan ger det möjlighet att få bättre information kring ärenden och bättre grundade och utredda remisser. För psykiatrin gäller på liknande sätt att det kan ges möjlighet att diskutera ärenden och klargöra var de hör hemma. Socialtjänsten har inte fått något större genomslag för sina ärenden i DELTA-teamet vilket inte heller skapat några tydliga avlastnings- eller utredningsvinster.

Det framgår av studien att det finns både hinder och möjligheter med samverkansarbetet. Möjligheterna ligger i att kunna skapa en arena med tydligare roller för de olika aktörerna. Det har gällt primärvården, försäkringskassan och till viss del psykiatrin i DELTA-teamet. Däremot har inte socialtjänsten fått samma tydliga roll i det sammanhanget. En annan vinst är att man kan bedriva behandlingar och utredningar som inte annars vore möjliga. Det beror både på en förbättrad helhetssyn och kommunikation mellan aktörerna och det faktum att ett extra resurstillskott ger tillgång till rehabpersonal och inte minst viktigt tid för gemensamma möten. De hinder som finns för samverkan beror på flera faktorer. Styrningen av samverkansarbetet är fortfarande inte lika kraftfull som den verksamhetsspecifika styrningen vilket kan skapa prioriteringssituationer som oftast gynnar den egna verksamheten. Samtidigt som det är en fördel att samverkansprojekt som DELTA kan ge extra resurser och avlastning så kan det också ses som att man gynnar sin egen verksamhet snarare än att man tänker i helhetstermer. Det gäller då att skapa så bra förutsättningar för den egna verksamheten som möjligt. De sistnämnda faktorerna kan tyda på att det är svårt att gå förbi den egna organisationen, dess kultur och regler. Det gör också att försöken att integrera samverkan i den ordinarie organisationen istället för att driva det som separat projekt ofta leder till att någon driver och har större inflytande än andra. I Kärre-Rödbo är det tydligt att primärvården har satt villkoren för övriga aktörer eftersom DELTA-teamet främst varit ett vårdcentralsprojekt.

4. SAMVERKAN I KÄRRA-RÖDBO OCH GRÄSTORP

Samverkan i de två områdena, Grästorp och Kärra-Rödbo, har som vi redan påpekat organiserats utifrån gemensamma utgångspunkterna. De olika försöksaktiviteterna har varit en del av SOCSAM-lagstiftningen som framför allt skapat förutsättningar för finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Organisatorisk har det i huvudsak inneburit att samverkansformer har prövats mellan Försäkringskassan, Primärvården och Socialtjänsten. Arbetsförmedlingen har inte från början varit inskriven i försökslagstiftningen utan har istället tecknat hängavtal med respektive SOCSAM-försök. Gemensamt är även att båda försöksverksamheterna leds av en politisk ledning, enligt beställar/utförar-modellen, det vill säga Grästorpsnämnden respektive Beställarförbundet DELTA.

Det är också några avgörande organisatoriska skillnader mellan Grästorp och Kärra-Rödbo. I Grästorp har försöket organiserats som ett så kallat fullskaleprojekt, det vill säga den verksamhet som berörs är tänkt att vara heltäckande och omfatta hela befolkningen. Samtidigt kvarstår de ordinarie huvudmännen och verksamheterna. Det är med andra ord inte fråga om en sammansmältning till en ny organisation utan de har istället utvecklat ett antal arenor för samverkan såsom Grästorpskontoret, Rosa-projektet där bland annat rehabiliteringskonsulter och GAP-möten organiseras och slussgruppen (som existerade innan SOCSAM). Till detta kommer en administrativ överbyggnad som är till för att leda och förvalta försöksverksamheten.

Kärra-Rödbo däremot är sig inget SOCSAM-försök utan de samverkansaktiviteter som pågår där är en del av DELTA som är Grästorp 5S regionala motsvarighet. Det som skiljer DELTA från Grästorp är att det inte är ett fullskaleprojekt. Det riktar sig inte till hela befolkningen i Göteborg utan är avgränsat till sex stadsdelar, varav Kärra-Rödbo är en, som tillsammans utgör det geografiska området Hisingen. DELTA har som målgrupp åldern 16-64 år, vilket även gäller för Kärra-Rödbo. Samverkan i Kärra-Rödbo har från början skett i projekt på vårdcentralen, det vill säga det har varit avgränsade projektinsatser som sedermera fört med sig ambitionen att sprida idéerna om samverkan i hela stadsdelen. Den skillnad som föreligger mellan de olika samverkansförsöken i studien och som tar sig tydliga uttryck i organiseringen är att Grästorp redan från början var tänkt att involvera alla berörda myndigheter, det vill säga det utvecklades en design för samverkan från starten. Kärra-Rödbo däremot har istället haft en mer framväxande design som grundat sig i de goda erfarenheterna av samverkan och utifrån det har idén om samverkan spridits. Dessa förutsättningar är viktiga att hålla i minnet när vi jämför samverkan på de två orterna.

INTERORGANISATORISKA RELATIONER

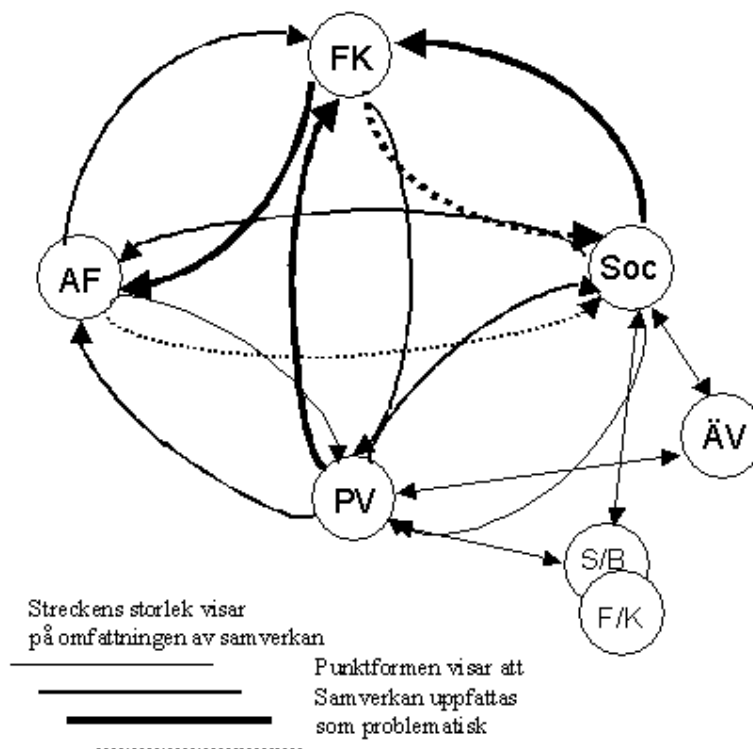
Den interorganisatoriska samverkan som finns i båda projekten är inte entydig, det vill säga aktörerna på de båda orterna har inte gemensam uppfattning om vilka de samverkar med, graden av samverkan och hur samverkan fungerar. För att åskådliggöra den problematiken presenterar vi organigram för både Grästorp och Kärra-Rödbo som beskriver hur samverkan gestaltas (Mintzberg, 1999). Vad som är betecknande för både Grästorp och Kärra-Rödbo är att de har utvecklat samverkan i form samverkansnät trots den klart hierarkiska beslutsstrukturen. Dessa nätverk är sociocentriska, det vill säga de beskriver den sociala strukturen mellan de samverkande aktiviteterna (Borell och Johansson, 1996). Nu betyder det inte att aktörerna som vi intervjuat beskriver att de arbetar i nätverk. Ett skäl till de är att många ser nätverk som de professionellas möjlighet till utbyte och kunskapsutveckling. Den samverkansstruktur som vi här fångar i analysen drivs inte i första hand av professionernas behov av kunskapsutveckling – även om det ofta är ett resultat vid samverkan – utan mer av behovsorientering. I det är fallet så kan alltså professionens behov och möten överensstämma med nätverkstanken, men poängen är att organisationerna genom sin samverkan konstruerar en nätverksstruktur. Denna nätverksstruktur har främst en framväxande design och är inte i huvudsak planerad.

Grästorp 5S

I figuren som beskriver den interorganisatoriska relationen i Grästorp kan vi se att det finns ett antal centrala aktörer och några mer perifera. Samverkan mellan de olika aktörerna beskrivs i varje relation utifrån båda parter föreställning om samverkan. Den interorganisatoriska analysen tar inte hänsyn till vilka arenor – bland annat Grästorpskontoret och Rosa-projektet – som används för samverkan. Bara att det sker samverkan. Trots det kan vi se att det är betydelsefullt att försöket har utvecklat dessa platser för samverkan. Samtidigt finns det exempel på att tidigare arenor som till exempel Slussen också har fungerat som en del av samverkansnätet. Även om det behövs arenor för samverkan är dock det viktiga att det sker samverkan när behovet finns för brukarna eller för professionen. Trots att samverkan i Grästorp är ett så kallat fullskaleprojekt är det inte självklart att det samverkas. Det finns olika skäl till det. Innan vi kommer in närmare på den problematiken skall vi göra en kort genomgång av den interorganisatoriska relationen som den är beskriven i figur 1.

De mest framträdande aktörerna i Grästorp 5S är Försäkringskassan (FK), Arbetsförmedlingen (AF), Socialtjänsten (Soc) och Primärvården (PV), i den ordningen. *Försäkringskassan* ser i arbetsförmedlingen och socialtjänsten de främsta samverkansparterna. Samverkan med arbetsförmedlingen fungerar tillfredställande, men ser samtidigt ett behov av att utöka samverkan med arbetsförmedlingen för att knyta närmare kontakt med arbetsmarknaden. Samverkan med socialtjänsten har en något större omfattning än med arbetsförmedlingen, främst genom samlokaliseringen i

Grästorpskontoret, men när det gäller handläggningsarbetet är samverkan mer begränsad. Kontakten med primärvården uppfattas inte vara så omfattande och vad gäller övriga identifierade aktörer är samverkan i det närmaste obefintlig.



Figur 1. Interorganisatoriska relationer i Grästorp

När det gäller *arbetsförmedlingen* är det viktigt att komma ihåg att deras medverkan i Grästorp 5S sker utan att man är en så kallad finansiell part. Samverkan sker företrädesvis med försäkringskassan och socialtjänsten. Kontakterna med försäkringskassan sker huvudsakligen i så kallade trepartsamtal, det vill säga möten där brukaren medverkar. Denna samverkansform beskrivs som tillfredställande, men inte särskilt omfattande. Kontakten med socialtjänsten framställs däremot som mer problematisk. För tillfället uppfattas samverkan inte vara prioriterat inom socialtjänsten. En förändring som antas vara ett resultat av stor personalomsättning. Det som däremot hela tiden varit ett problem är att socialtjänsten inte vill bidra med information rörande brukare utan i allt för stor omfattning hänvisar till sekretess. Kontakten med primärvården, liksom övriga aktörer, pendlar mellan mycket begränsad eller inte alls.

Socialtjänsten har utifrån sitt ansvarsområde och sitt verksamhetsfokus en viktig roll i Grästorp 5S. Verksamheten är omfattande med antal olika inriktning, vilket innebär en differentiering i samverkanskontakterna för de olika inriktningarna. Samverkan sker i första hand med försäkringskassan och en kontaktyta för det är Grästorpskontoret. Det korta geografiska avståndet ger stora

möjligheter till direktkontakt med försäkringskassans handläggare. Den andra viktiga aktören för socialtjänsten är arbetsförmedlingen eftersom de har kunskap om och access till arbetsmarknaden. En viktig pusselbit som ökar möjligheten för klienterna att arbetsträna eller finna andra former av sysselsättning när behovet finns. Kontakten med övriga aktörer är mycket begränsad och sker inte så ofta. De samverkansärenden man har med primärvården sker samverkan främst i de så kallade slussenmötena och med andra aktörer är det inte så många samverkansärenden och därför ingen upparbetad struktur.

Primärvården beskriver sig själv som att verksamheten är lite vid sidan av SOCSAM-försöket och menar då att den inte haft så stor påverkan på det egna synsätten eller regelverket. Samtidig är verksamheten viktig för samverkansförsöket. Samverkan med de olika aktörerna beskrivs som fungerande. De kontakter man har är främst med försäkringskassan och rör företrädesvis gemensamma bedömningar samt med arbetsförmedlingen då främst genom Rosa-projektet och via ledningsgruppen. Samverkan med socialtjänsten uppfattas också som viktig och man ser därför det som nödvändigt att den utvecklas och förstärks. Det finns även en samverkan med andra aktörer som till exempel skolan, men det är ytterst marginell.

De övriga aktörerna är marginella i samverkansnätet och har en mycket vagt utvecklad samverkan. Det finns kontakter mellan skola/barnomsorg och socialtjänsten, skola/barnomsorg och primärvården för att ta några exempel, men samverkan är där inte av någon större omfattning.

Sammanfattningsvis är samverkansnätet i Grästorp 5S främst uppbyggt av försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Arbetsförmedlingens roll är något paradoxal. Arbetsförmedlingen har en viktig funktion för de andra samverkande aktörerna och de identifierar ett behov av att arbetsförmedlingen medverkar. Arbetsförmedlingen själva delar inte den uppfattningen och ser inte ett motsvarande behov av att medverka. Socialtjänsten har egentligen en betydande roll, men har dels valt att ta ett steg tillbaka till förmån för den egna verksamheten. På samma gång uppfattas de som svårare att samarbeta med på grund av sina sekretessregler. Även primärvården borde ha en självklar roll som samverkanspartner, vilket man själv ser ett tydligt behov av och uttrycker. Av någon anledning ser dock inte övriga aktörer ett motsvarande behov.

Samverkan i Kärra-Rödbo

Den interorganisatoriska relationen i Kärra-Rödbo beskriver på samma sätt som Grästorp 5S ett antal centrala aktörer i samverkan och några som hittills inte har utvecklat någon tydlig samverkansstruktur. Samverkan beskrivs även här mellan de olika aktörerna utifrån alla parter föreställning om samverkansrelationen. Till skillnad från Grästorp 5S är inte Kärra-Rödbo ett fullskaleprojekt utan startade med ett DELTA-projekt som sedermera följdes av andra. Det ger en annan karaktär åt förutsättningarna för samverkan. Det har inneburit att samverkan har haft en fram-

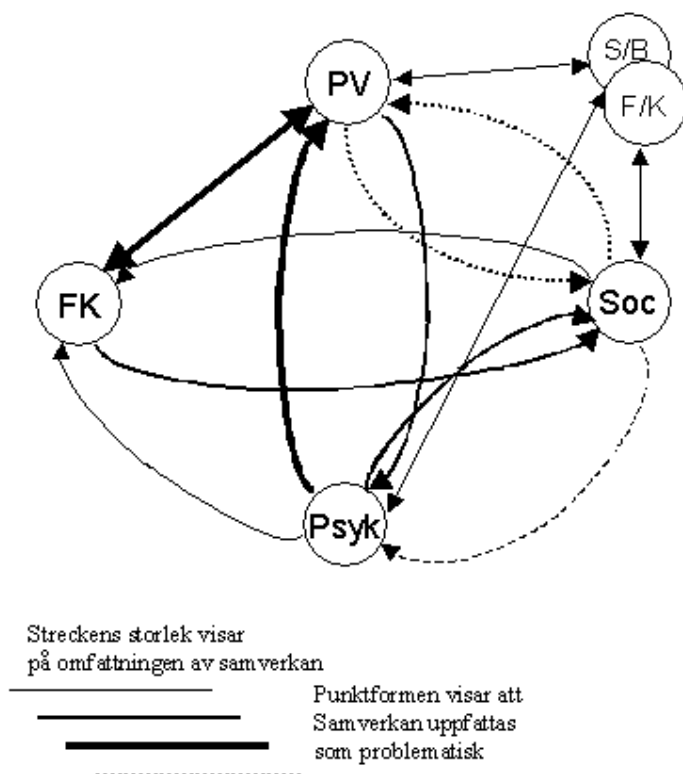
växande design och inte involverat mer än en begränsad del av stadsdelens verksamhet. De goda erfarenheterna har emellertid inneburit en begynnande ambition att sprida samverkansidén i hela stadsdelen och utveckla samverkansstrukturer. När vi beskriver samverkansnätet i Kärra-Rödbo med hjälp av figur 2 tar vi inte hänsyn till vilka arenorna har varit för samverkan utan försöker i första hand analysera hur samverkan har växt fram mellan de olika aktörerna. Det är uppenbart att de lokala DELTA-projekten har varit betydelsefulla för samverkan, men det finns även samverkan utanför dessa arenor.

De mest framträdande aktörerna i Kärra-Rödbo är Primärvården (PV), Försäkringskassan (FK), Socialtjänsten (Soc) och Psykiatrin (Psyk) i den ordningen. *Försäkringskassan* samverkar på två nivåer. Hisingskontoret har en rehabiliteringssamordnare som samverkar med andra stadsdelar i rehabiliteringsfrågor och i övergripande frågor med framförallt primärvården och socialtjänsten i Kärra-Rödbo genom det lokala DELTA-teamet. Främst sker samverkan på det lokala planet med primärvården genom de vardagliga kontakterna med läkare, sjukgymnaster etcetera som underlättas av samlokaliseringen och det informella samtalet. Samverkan med socialtjänsten sker också genom det lokala DELTA-teamet, men har inte någon större omfattning. Det beror främst på att de är begränsade på grund av sitt regelverk, vilket får till följd att de inte tar in så många ärenden i DELTA-teamet.

När det gäller *psykiatrin* har de ingen lokaliserad handläggare i DELTA-team utan finns representerade på konsultativ basis som en extra resurs. Det främsta samarbetet sker med primärvården även om det bland annat försvåras av att de olika verksamheterna har olika geografisk indelning. Trots det anses primärvården vara en viktig länk av den egna vårdkedjan. Kontakten med socialtjänsten är likaledes viktig och har blivit mer central efter psykiatrireformen. Möten för denna problematik sker såväl inom som utanför DELTA-teamet. Även försäkringskassan finns det ett behov att samverka med och genom DELTA har man haft möjlighet att utvecklat det samarbetet. Utifrån ett generellt psykiatriperspektiv finns det även samverkan med till exempel skolan genom BUP.

Den mest centrala aktören i samverkansaktiviteterna i Kärra-Rödbo är *primärvården*. Det finns framförallt två skäl till det. För det första är samlokalisering till stora delar placerad på vårdcentralen, det vill säga bland annat försäkringskassan och socialtjänsten har handläggare utlokaliserade där. För det andra har de olika ärendena en tydlig inriktning mot vårdcentralens område. Den främsta samverkansparten är dock försäkringskassan. Det beror framför allt på deras ärenden stämmer väl överens med primärvårdens verksamhet och att samlokaliseringen har möjliggjort informella kontakter. Psykiatrin är en aktör där samverkansförsöket givit möjlighet till att utveckla relationerna med andra aktörer, vilket har varit angeläget eftersom det finns verksamhet med tydliga beröringspunkter. Socialtjänsten är däremot en samverkanspart som man inte ännu har funnit

en fungerande samverkansform med. Anledningen till det är att socialtjänstens ärenden anses mindre lämpade för det gemensamma teamet och att deras regelverk är tydligt begränsande. Primärvården har även kontakter med skolan genom MVC och teamet, men i en mycket begränsad omfattning.



Figur 2. Interorganisatoriska relationer i Kärra-Rödbo

Socialtjänsten är en viktig part i samverkan i Kärra-Rödbo. Främst för att handläggarna där företräder olika verksamhetsgrenar som är betydelsefulla för de övriga aktörerna och att det hos företrädare för socialtjänsten finns en uttalad ambition att utveckla samverkansstrukturer. Den egna verksamheten bygger i hög grad på att man utvecklar kontakter med andra organisationer för att lösa klienternas behov. DELTA-teamet är därför bara en mindre del av samverkansstrukturen. Det är samtidigt så att socialtjänsten är den aktör som har svårast, enligt andra aktörer, att få till en fungerande samverkan. Det har inneburit att även om man samverkar med primärvården och psykiatrin har formen för samverkan inte riktigt utvecklats ännu på grund av olika synsätt och lagstiftning. Kontakten med försäkringskassan har däremot fungerat, men är samtidigt inte av någon större omfattning. Skola/barnomsorg och fritid/kultur är två andra aktörer som det finns en fungerande med även om den inte är så omfattande.

Övriga aktören som till exempel *skola/barnomsorg* och *fritid/kultur* är områden där samverkan inte är speciellt utvecklad. Det betyder inte att den är obefintlig utan endast att den inte är särskilt omfattande och inte heller har funnit några mer tydligt strukturer. Det finns dock en viss samverkan med både socialtjänsten, primärvården och i en generell bemärkelse psykiatrin. Även fritid/kultur har en begränsad samverkan och då främst med socialtjänsten.

Sammanfattningsvis är samverkansnätet i Kärra-Rödbo främst upprätthållet av relationen mellan primärvården och försäkringskassan. Psykiatrin har efterhand utvecklat sin samverkan framför allt med primärvården och därför blivit något tydligare. När det gäller socialtjänsten har de utvecklat samverkan med flertalet aktörer, men uppfattas som problematisk att samverka med av de andra aktörerna. Det främsta skälet som anförs att socialtjänstens regelverk är allt för begränsande.

Interorganisatorisk struktur

Det finns ett antal faktorer som är påtagliga om vi jämför den interorganisatoriska strukturen i Grästorp och Kärra-Rödbo. Det finns en hög grad av överensstämmelse mellan de två försöken i hur samverkansnätet ser ut. Det är en aktör som är framträdande och blir den som sätter agendan för samverkan. I Grästorp är det försäkringskassan och i Kärra-Rödbo är det vårdcentralen. I Grästorps fall beror det på att de andra aktörerna drar sig tillbaka medan det i Kärra-Rödbo snarare beror på att inriktningen på verksamheten styrts till att i huvudsak handla om vårdcentralens ärenden. Oavsett skälen så innebär det att samverkan inte får så stor genomslagkraft hos de övriga aktörerna. Det är också så att den framträdande aktören knyter till sig i huvudsak en aktör som anser att inriktningen passar deras syfte. Det leder till att man dem emellan utvecklar en fungerande samverkan. Det finns också några aktörer som tydligt marginaliserade.

Det samverkansnät som växer fram på båda orterna visar framför allt på fem saker som stämmer överens. Det första är att försäkringskassan anser sig ha mycket att vinna på att samverka med andra aktörer och det gäller i huvudsak samverkan med primärvården. Det andra är att socialtjänsten inte har tagit en tydlig position i den operativa samverkan och utan snarare valt att av olika skäl begränsa sin medverkan. Det tredje är att verksamheter som skola/barnomsorg och fritid/kultur inte har haft mycket att hämta i dessa samverkansförsök. Det fjärde är att det inte finns en ömsesidig förståelse av behovet av samverkan och hur det fungerar. Det femte är att de samverkans strukturer som man bygger inte är speciellt stabila utan rämner när enskilda individer i chefspositioner byts ut.

FÖRESTÄLLNINGAR OM SAMVERKAN I GRÄSTORP OCH KÄRRA-RÖDBO

Frågan om hur samverkan utvecklats praktiskt har utvärderats på många sätt, medan frågan om vilka *föreställningar om samverkan* som växt fram under försökets gång kommer att behandlas här. Först kommer en diskussion att föras om olika föreställningar om samverkan för att sedan avslutas med en diskussion om vilka föreställningar som dominerat i Grästorp respektive Kärra-Rödbo.

I fallen med Grästorp 5S och Delta i Kärra-Rödbo har det visat sig att det finns kvalitativt skilda föreställningar om samverkan. En skiljelinje har gått mellan synen på *struktur* i samverkan. Med struktur menas det system som tar hänsyn till de mönster som formar en verksamhet. Mönstren visar sättet på vilket människor och regelverk hänger samman och hur verksamheten är beroende av det som händer på den politiskt nationella nivån. Några har uppfattat strukturen som *institutionaliserad*, vilket innebär att verksamheten setts som ett instrument för genomförande, där ledarskapet styrt så att formulerade mål uppnåtts. Andra har hävdad att en institutionaliserad form skulle utgöra hinder för samverkan. Dessa har haft uppfattningen att samverkan inte ska formas som instrument för genomförande. Samverkan skulle enligt dem tillåtas vara lite lösare i strukturen och uppmuntra experiment.

En annan skiljelinje har gått mellan synen på *styrning* av samverkan. Några har sett fördelar med styrning präglad av *mångfald av föreställningar* medan andra sett mångfald som en begränsning för samverkan. Idén med mångfald bottenar i en insikt om att kunskap produceras på många olika sätt, där varje sätt har sina förtjänster. Det är därför omöjligt att någonsin enas om en enda syn på kunskap. Att tro att kunskap handlar om rätt eller fel är för snävt utifrån ett mångfaldsperspektiv.

Som en sammanställning över de skilda uppfattningarna om samverkan har en tabell ritats (Fig.3). Först kommer de olika variablerna att beskrivas för att sedan utveckla de fyra kvalitativt skilda föreställningarna om samverkan och relatera dem till de två fallen.

De som tagit för givet att samverkan skulle ha en *institutionaliserad struktur* har utgått från samverkan som en strategi som leder till förändringar och förbättringar. Effektiv samverkan har då handlat om att slå fast riktlinjer och policy för hur samverkan skulle hanteras. Samverkan har förväntats leda till ett på förhand givet och mätbart resultat.

De som betraktat samverkan enligt en *icke-institutionaliserad struktur* har tagit fasta på processerna snarare än strategierna. Dessa personer har betonat vikten av den lokala praktiken och de lokala aktörernas tolkning av situationen. Samverkan för dessa har handlat om idéer som förts in i ett lokalt sammanhang. Det har kommit an på de samverkande vad utgången av samverkan skulle bli. I den stund människor sökt sig till samverkansprojekt av olika slag har de blivit aktiva aktörer

som bidragit till att skapa samverkan. Samverkan har på det sättet inte varit en stabil idé som skulle fullföljas enligt plan, utan något som förändrats och översatts till de förutsättningar som de lokala aktörerna skapat. Men förvissningen har ändå funnits om att samverkan inte skulle ske förutsättningslöst, utan knyta an till den etablerade ordning som de ingående aktörerna representerat.

Uppfattningarna om vad som styr samverkan har också varierat. De med en uppfattning om *icke-mångfald* har tänkt sig att samverkan skulle vara en tillfällig verksamhet, som skulle utvecklas enligt någon dominerande samverkanspartners riktlinjer och regelverk. Samverkan har utgått ifrån *en* dominerande föreställning. Den samverkanspartner som haft mest behov av samverkan har dominerat både ifråga om riktlinjer och regelverk, och ifråga om normer och värderingar. Andra samverkanspartners har förväntats underordna sig och anpassa sig till en partners rådande ordning. Konflikter har ansetts störa ordningen och helst undanröjas snabbt. Samverkan har ansetts handla om likhet utifrån en utgångspunkt.

De med en *mångfaldsuppfattning* om samverkan har tagit för givet att samverkan inte handlar om under- respektive överordning utan koordinering. Samverkan har då förväntats leda till innovationer och kreativa lösningar. Idén med samverkan har varit att den skulle föra med sig nya oprövade lösningar utifrån skillnader i normer och värderingar hos de samverkande aktörernas verksamheter. Konflikter har ansetts vara en drivkraft att upptäcka det oprövade och därför uppmuntrats som en naturlig del av processerna. Mångfald har handlat om olikhet. Det som tagits för givet har varit den komplexa omvärldens behov av komplexa lösningar. Nya, flexibla, mer flytande och mindre hierarkiska former har ansetts vara ett naturligt svar på omgivnings behov.

Fyra kvalitativt skilda föreställningar om samverkan har kunnat identifieras hos de intervjuade i Grästorps respektive Kärra-Rödbo. Dessa föreställningar presenteras i figur 3.

		STRUKTUR	
		Institution	Icke-institution
STYRNING	Mångfald	1. Tvärssektoriella processer	2. Kreativa processer
	Icke-mångfald	3. Kopieringsprocesser	4. "Som vanligt processer"

Figur 3. Föreställningar om samverkan

Tvärsektoriella processer handlar om att ingen av de samverkande parterna underordnar sig någon annan. Alla är koordinerade. Enligt den föreställningen handlar samverkan om att slå fast nya riktlinjer och policys, med en inblandning av varje aktörs ursprungliga verksamhet. Samverkan blir horisontellt organiserad likt en ”strimma” tvärs över en tänkt bild över de ingående aktörernas olika verksamheter. Innovativa lösningar blir ”strimmans” effekt, eftersom kombinationen av riktlinjer, policys, normer och värderingar från de samverkande parternas ursprungliga verksamheter är oprövade. Varje verksamhet bidrar med sin del som integreras till en helhet. Genom samverkan utvecklas strategier som leder till förändringar och förbättringar. De koordinerade resurserna struktureras till en tillfällig samverkansinstitution som styrs utifrån mångfald.

De som föreställer sig samverkan som *kreativa processer* har ingen ambition att skapa en samverkansinstitution. När aktörerna går in i samverkan omtolkas det egna uppdraget. En handlingsrepertoar utvecklas, som utmanar tidigare gränser för handlande. Samverkan legitimerar omtolkningar och gränser blir tillåtna att överskridas. Det är tillåtet att töja på gränserna. Samverkan förändras och översätts till de förutsättningar som de lokala aktörerna skapar. Samverkan leder till innovationer och kreativa lösningar utan att institutionaliseras i nya former. Ambitionen är istället att försöka skapa nya, flexibla, mer flytande och mindre hierarkiska former, som ständigt omformas alltefter behov.

De som föreställer sig samverkan som *kopieringsprocesser* uppfattar att samverkan struktureras och styrs utifrån den aktör vars verksamhet har mest behov av samverkan. Samverkansinstitutionen formas efter den dominerande verksamhetens struktur och styrning. De aktörer som ingår i samverkan underordnar sig den dominerande aktören och anpassar samverkan till dennes förutsättningar.

Den fjärde föreställningen om samverkan har vi kallat ”*som-vanligt-processer*”. Det finns ingen ambition att skapa en samverkansinstitution, utan den samverkan som är naturligt inslag i den ordinarie verksamheten bildar modell för samverkan. Varje verksamhets regelverk och riktlinjer anses så normsättande att varje försök att överskrida dess gränser anses omöjligt. Det är inte ens värt försöket att pröva.

Två utvecklingslinjer om samverkan

Föreställningarna om samverkan har utvecklats i två riktningar. Utifrån diskussionen om skilda föreställningar om samverkan kan vi hävda att de två fallen – Grästorps och Kärrens – varit exempel på olika sätt att uppfatta samverkan. I båda fallen har samverkansförsöken handlat om att försöka skapa en *samverkansinstitution* . Samverkan skulle i båda fallen bli ett instrument för handlingskraft för att uppnå samverkansmål satta av ett beställarförbund.

I Grästorps fullskaleprojekt har ambitionen att förändra den rådande förståelsen av samverkan kommit längre än i Kärra-Rödbo som delprojekt. I Grästorp har fler involverats i samverkan än vad som varit fallet i Kärra-Rödbo. I Grästorp har den kritiska massan för samverkan varit större. Fler har blivit berörda av och konfronterats med samverkan i Grästorp. Det har fått konsekvensen att förståelsen för en *samverkansinstitution* har kunnat bli större i Grästorp jämfört med Kärra-Rödbo. Föreställningen om samverkan som institution har därför tagits för given i Grästorp. Tanken om att samverkan skulle kunna vara något annat än en institution har inte föresvävat. Det är den ena utvecklingslinjen.

I Kärra-Rödbo, som ett delprojekt, har den kritiska massan för samverkansinstitution varit mindre, vilket fört med sig att fler kunnat utveckla tankar om samverkan som en *icke-institution*. Det är den andra utvecklingslinjen. Antingen har förståelsen av samverkan som en icke-institution haft kreativa förtecken eller också saknat förtecken helt. Det sistnämnda innebär att man förstått samverkan som något som pågår i det dagliga arbetet och DELTA-projekten har då uppfattats som ”mycket väsen för ingenting”.

Institutionaliserad form för samverkan

I Grästorp med sin dominerande uppfattning om samverkan som institution har några få förstått samverkan som tvärsektoriella processer. Eftersom förutsättningarna i SOCSAM-lagstiftningen handlat om finansiell samverkan har några sett möjligheterna i *koordinering* av resurser istället för under-överordning av resurser. Under-överordning av resurser har handlat om att tilldelningen av samverkansresurserna kontrollerats av de ursprungliga myndigheternas resultatmätningssystem. Dessa personer som uppfattat samverkan som koordinering av resurser har lierat sig i nätverk för att försöka utveckla idén om tvärsektoriella processer utifrån mångfald, där resultatmätningssystemen skulle omvandlas för att passa idén med samordning. De som ingått i sådana nätverk har sett varandra som partners för problemlösning.

De flesta andra i Grästorp har uppfattat samverkan som kopiering, det vill säga man har följt en redan befintlig modell för samverkan. Den med störst behov av samverkan har blivit den dominerande och den verksamheten har fått sätta sin prägel på samverkansmodellerna. Förståelsen av samverkan som ett mångfaldsprojekt har inte föresvävat, utan samverkan har uppfattats som ett projekt som går ut på att avlasta den egna verksamheten.

Icke-institutionaliserad form för samverkan

I Kärra-Rödbo har föreställningen om samverkan haft inslag av icke-samverkan. I DELTA-teamet har funnits uppfattningar om kreativa processer. När aktörerna gått in i samverkan har det egna uppdraget omtolkats. En handlingsrepertoar har utvecklats, som utmanat tidigare gränser för handlandet. Samverkan har legitimerat omtolkningar och gränser har blivit tillåtna att

överskridas. Det har blivit tillåtet att töja på gränserna. Uppfattningen har varit att skapa nya, flexibla mer flytande och mindre hierarkiska former som kunnat omformas efter behov. Denna uppfattning har handlat om att de lokala aktörerna satt sin individuella prägel på samverkan. Förståelsen av samverkan har handlat om att skapa tillfälliga strukturer snarare än varaktiga.

De som inte varit aktiva aktörer i DELTA-samverkan i Kärra-Rödbo har haft en tendens att se samverkan som något som pågår i vardagen, ”som vanligt”. Någon samverkansinstitution har inte föresvävat dem och DELTA-projektet har inte känts angeläget och prioriterat. Som en motvikt till ointresset har därför utvecklats en medveten strategi att få upp samverkan på agendan.

ORGANISERING AV SAMVERKAN

Styrning av samverkan

I Grästorps är det Grästorpsnämnden som gör beställningar till aktörerna i SOCSAM 5S och specificerar vad som ska göras på ett övergripande plan. Målen inkluderar i de flesta fall även en ambition att samverka med andra aktörer utanför den egna verksamheten. Fortfarande är det dock så att de olika verksamheterna också styrs av andra styrmodeller och regler, exempelvis genom lagstiftning och olika uppdrag. Den politiska styrningen från Grästorpsnämnden kräver också ett stort mått av verksamhetsnära konkretisering varför det är upp till aktörernas ledningar att styra inriktningen på arbetet. Kontroll och uppföljning sker varje halvår när beställningen följs upp och stäms av mot resultatet. Det finns dock möjligheter att påverka beställningen om man i verksamheten har synpunkter på ambitionsnivån.

I Kärra-Rödbo är det styrgruppen som sätter agendan för samverkansarbetet i stadsdelen. Det sker dock inte på ett lika formaliserat sätt som i Grästorp med en beställning utan handlar mer om att utarbeta riktlinjer och övergripande målsättningar. Den politiska styrningen av samverkan är därför inte lika tydlig i Kärra-Rödbo som i Grästorp och är mer beroende av hur samverkansarbetet prioriteras i de enskilda verksamheterna. Samverkan finns med som mål och ambitioner, men inte alltid så tydligt i förhållande till andra mål. Det finns en relativt stor lokal handlingsfrihet även om vissa aktörer också är styrda av lagstiftning och regler. Den uppföljning som sker är kopplad till respektive aktör. DELTA-teamet utgör ett undantag med en tydligare samverkansinriktning både som mål och medel för verksamheten.

Både Kärra-Rödbo och Grästorp har en tydlig samverkansinriktning på sina verksamheter. Samverkan finns med på agendan på ett annat sätt än tidigare, både i form av allmänna ambitioner och mer konkreta styrmodeller. Totalt sett förefaller det dock som om samverkan finns med som en övergripande vision och målsättning medan de olika aktörernas verksamheter i stor utsträckning styrs av styrmodeller som prioriterar andra målsättningar. Styrningen av samverkan är oftast

inte så formaliserad och hårt reglerad som respektive kärnverksamhet. Styrningen sker ofta via lagstiftning och regler som visserligen ger lokala tolkningsmöjligheter, men samtidigt sätter ramen för andra aktiviteter som samverkan. Här ser det ganska likartat ut i de båda studierna, även om man gått längre i Grästorp vad gäller formaliserad styrning av samverkan.

Strukturella förutsättningar för samverkan

Organiseringen av samverkan skiljer sig åt i de båda fallen. I Grästorp har man valt en mer integrerad modell som i princip har innefattat hela kommunen och relaterade aktörer. Man har också haft en bredare definition av målgruppen för samverkansprojektet. Även om ambitionen för samverkansmodellen varit att integrera de olika aktörerna i Grästorp så finns det ett fokus på försäkringskassan och socialtjänsten. Det är de som är det samlade ansiktet utåt i form av Grästörpskontoret. Primärvård och arbetsförmedling finns med i och med att de är samlokaliserade i anslutning till Grästörpskontoret. Arbetsförmedlingen är dock mer perifer eftersom de inte deltar i SOCSAM 5S och inte har någon fast representant i Grästorp. Primärvården har separat information och mottagning. En annan viktig integrationsfaktor är den gemensamma finansieringen av försöket. Det innebär att de deltagande aktörerna är förenade av en och samma ekonomiska ram. Det finns också exempel på andra integrativa lösningar i form av ROSA-projektet. ROSA fyller två viktiga funktioner dels fungerar rehabkonsulenterna som gemensamma resurser för aktörerna i SOCSAM 5S och arbetsförmedlingen, dels har man tidigare organiserat de så kallade Gapmötena som en mötesplats för gemensam ärendediskussion.

Även om det finns tydliga exempel på att samverkan integrerats i verksamheternas organisation genom SOCSAM 5S så finns det också tecken på motsatsen, det vill säga en separering. Grästörpskontoret fungerar i huvudsak som en kundtjänst där socialtjänsten och försäkringskassan delar på ansvaret. Däremot sker utredningsarbetet mestadels separerat från Grästörpskontoret och i respektive verksamhet. Kontoret blir därför ingen arena för tvärorganisatorisk samverkan i utredningsfasen. Det finns få exempel på diskussion och behandling av ärenden gemensamt över verksamhetsgränserna. De Gapmöten som tidigare organiserades har nu avvecklats och man har gått tillbaka till ett tydligare fokus på den egna verksamheten, speciellt i fallet med socialtjänsten. Det kan därför diskuteras i vilken grad integrationen av samverkan mellan aktörerna i SOCSAM 5S kommit till stånd. Många aktörer ser sig också som perifera i förhållande till SOCSAM 5S, exempelvis äldrevård, skola/fritid, kultur/fritid och till viss del primärvården. En vanlig synpunkt som framkommer är att många är skeptiska till försöksorganiseringen och byråkratien med samverkansprojektet och att man föredrar att arbeta utefter de behov som uppstår i den egna verksamheten.

I Kärra-Rödbo har inte integrationsambitionen varit lika uttalad som i Grästorp dels är man mer avgränsad i definitionen av målgrupp, dels involverar DELTA-teamet inte lika många aktörer.

Förutom rehabpersonal är det bara primärvården, försäkringskassan och socialtjänsten som är representerade i teamet. Psykiatrin finns med på konsultbasis. Arbetsförmedlingen finns inte alls representerad i stadsdelen och aktörer som skola/fritid är mer perifera. DELTA-teamet skiljer sig också från Grästorp med att ha en tydlig tyngdpunkt på primärvården. Det betraktas allmänt som ett vårdcentralsprojekt. Därför är det bara primärvården som kan sägas ha integrerat samverkansprojektet i sin ordinarie verksamhet. Där fungerar det som en viktig del av det ordinarie arbetet på vårdcentralen, som avlastning och extra resurs. Socialtjänsten är representerad i teamet men det fungerar snarare som en separerad del som kopplas till den ordinarie organisationen genom att deras teamrepresentant deltar i teammöten. Av förklarliga skäl utgör inte DELTA-teamet en integrerad del för varken försäkringskassan och psykiatrin eftersom deras bas ligger utanför Kärra-Rödbo centralt på Hisingen.

Både Grästorp och Kärra-Rödbo är exempel på organisatoriska integreringsförsök av samverkansarbete. I båda fallen kan vi tala om en partiell integrering och en partiell separering. Det har visat sig svårt att integrera samverkan i den ordinarie verksamheten. Delvis har det att göra med att det handlar om ett projekt som drivs på försöksbasis. I Grästorp har man lyckats överbrygga de finansiella gränserna mellan projekt och ordinarie verksamhet men har ändå inte lyckats skapa en heltäckande integration. I Kärra-Rödbo är det en tydligare separation mellan projektet och den ordinarie verksamheten eftersom de finansieras av skilda medel och har delvis olika målgruppskriterier. Det har också visat sig att det är svårt att skapa en förutsättningslös integration mellan olika aktörer. Det beror dels på att initiativet ofta hamnar hos någon verksamhet, dels beroende på att de traditionella verksamhetsspecifika styrmodellerna har stort inflytande på möjligheterna att skapa nya organisationsformer. Samverkansprojekten i Grästorp och Kärra-Rödbo kan ändå sägas ha skapat en förändrad struktur för samverkansarbetet. De nya samverkansstrukturerna mer dock blivit mer av påbyggnad och komplement till etablerade strukturer än något helt nytt.

Genomförande av samverkan

Studien har visat att det finns tydliga upparbetade samverkansrelationer mellan de olika aktörerna i Kärra-Rödbo och Grästorp. I flera fall har samverkansprojekten lett till förbättrade förutsättningar och relationer. Det kan bero på flera faktorer. En viktig faktor är närheten till representanter från andra myndigheter och organisationer. Det kan handla om att man sitter lokaliserad närmare varandra och får tillgång till de informella kontakterna och därför kan bygga upp mer personliga relationer. Det skapar smidigare informationsvägar och en bättre förståelse för andra synsätt och resonemang. En annan viktig faktor är att få tillgång till regelbundna mötesformer för att diskutera ärenden och andra frågor till skillnad från att bara sköta samverkanskontakterna utifrån rollen som handläggare via formell korrespondens och telefonkontakt. Det kan lösa upp tidigare konflikter och skapa möjligheter att arbeta runt respektive myndighets regler och förordningar.

De hinder som visat sig är att det varit svårt att bygga upp hållbara strukturer för samverkan och komma ifrån personberoendet. De strukturer som skapats har varit mest omfattande i Grästorp, men det har samtidigt visat sig svårt att etablera hållbara former för samverkan som inte enbart utgår från respektive verksamhets behov och önskemål. Med det menas att den traditionella samverkan sker utifrån handläggarnas ärendehantering och involverar andra aktörer i en oftast ensidig samverkansrelation som till exempel kan gälla information eller annat. En gemensam hantering och diskussion av ärenden har det visat sig vara svårt att bygga upp. Exemplet med Gapmöten i Grästorp är ett bra exempel på att inte alla kom överens om hur det skulle bedrivas. Slussenmöten fungerar fortfarande men är inte en följd av SOCSAM 5S i Grästorp. Ansvaret för att organisera möten ligger nu i allt större utsträckning på rehabkonsulenterna. Det har också visat sig att ledarskapet och personalsituationen har varit avgörande för samverkansarbetet. Eftersom det varit stor personalomsättning och chefsbyte i flera verksamheter, speciellt märkbart inom socialtjänsten men även i projektledningen och på andra poster, så har samverkansarbetet försvårats. Det tyder på att personberoendet varit svårt att komma ifrån. Samtidigt tyder det på att ledningens styrning och prioritering i verksamheten har stor betydelse för om samverkan blir av. Det är lätt att falla tillbaka i en prioritering av den egna verksamheten först och sedan samverka i mån av tid och resurser.

I Kärra-Rödbo har hindren för samverkan skapat en delvis annorlunda bild. DELTA-teamets uppbyggnad och profil har skapat svårigheter för socialtjänsten att delta som en kraftfull samverkanspartner. Man har dock lyckats skapa en regelbunden samverkan i teamet med gemensam hantering av ärenden. Problemet har varit att de olika aktörerna inte har bidragit med ärenden på samma villkor och i samma omfattning vilket gjort att vårdcentralen haft störst utbyte av det gemensamma arbetet. En part sätter således villkoren för övriga vilket inte skapar en jämbördig arena där alla kan ta ärenden för gemensam diskussion. Här ligger en avgränsning i själva kriterierna för vad som är ett DELTA-teamärende och vad som bör behandlas i respektive aktörs ordinarie verksamhet. Den här tendensen har förstärkts av socialtjänstens personalomsättning som kontrast till vårdcentralens stabila personalsituation. Asymmetrin betonas också av att försäkringskassan och psykiatrin ligger närmare vårdcentralen i sina ärenden och ser de sistnämnda som en mer naturlig samverkanspartner. Andra hinder för samverkan är den lagstiftning och de styrmodeller som gäller för respektive verksamhet. I Kärra-Rödbo förefaller dock ledningen för respektive verksamhet ha varit positiv till samverkansarbetet, det vill säga både socialtjänsten och primärvården och i viss mån försäkringskassa och psykiatri. Det har dock ändå inte skapat en tydlig arena för det gemensamma samverkansarbetet.

Det har visat sig i båda fallen att samverkansprojekten skapat både möjligheter och hinder. Man har valt olika modeller för samverkan men har upplevt liknande problem. Det är svårt att arbeta gränsöverskridande och lättare att falla tillbaka i de etablerade verksamhetsstrukturerna. Överlag

uppmärksammas många positiva effekter som att man fått bättre ömsesidig förståelse, vissa relationer har tydligt förbättrats genom en ökad närhet och gemensamma forum, överhuvudtaget har de personliga relationerna utvecklats och det informella arbetet utvecklats. Problemet förfaller vara att skapa mer hållbara gemensamma samverkansstrukturer och arbetsformer för gemensam hantering och diskussion av ärenden. I Grästorp fall var det mer kopplat till en ovilja att öppet diskutera ärenden i större grupperingar medan det i Kärra-Rödbos fall rörde sig om att de ärenden som diskuterades inte berörde alla. Det förefaller finnas en ovilja att formalisera samverkan på ett sätt som inverkar på den ordinarie verksamheten. Man har således ännu inte lyckats skapa hållbara samverkansstrukturer och en verklig integration.

NÅGRA AVSLUTANDE FUNDERINGAR

De två samverkansförsöken som denna studie har granskat har bedrivit olika former av verksamhet med målet att pröva samverkan. Denna verksamhet har pågått under ett antal år med engagemang från enskilda personer och med betydande resurser från de medverkande aktörerna i form av personal och ekonomi. Vi kan i både Grästorp och Kärra-Rödbo konstatera att det pågår samverkan mellan olika huvudmän. Denna samverkan organiseras utifrån de lokala förutsättningar, det vill säga vilket behov enskilda aktörer på platsen ser. Men samverkan är inte enbart en rationell process. Det med andra ord inte enbart behov och kunskap som styr samverkan utan även aktörernas förståelse och vilja att samverka. Det innebär att samverkan inte bara sker för att någon säger att det skall samverkas. Det är inte så enkelt. Det är en mödosam process att bryta gamla mönster och samtidigt utveckla nya. Detta arbete sker lokalt, men villkoras både av de lokala förutsättningarna och den centrala styrningen.

Har aktörerna hittat formerna för samverkan som gör att de samverkar när behoven finns? En berättigad fråga eftersom de flesta försök eller så kallade utvecklingsprojekt nästan alltid innebär att försöket inte nått ända fram, det vill säga man har inte helt och fullt nått målen för projektet. Ofta innebär det en förändring av föreställningarna, men inte alltid en förändring av den operativa verksamheten. Grästorp och Kärra-Rödbo är en del av det nationella SOCSAM-försöket, vilket innebär att prövande av samverkan pågår till och med år 2002. I båda fallen har det redan genomförts lokala utvärderingar, men även en nationell utvärdering är genomförd. Man har med andra ord inte bara prövat samverkan utan även bedömt sina samverkansförsök. Den i stycket inledande frågan kan besvaras med: ja, aktörerna har prövat formerna för samverkan, men det är samtidigt tveksamt om och hur de kommer att samverka i framtiden.

Det är otvetydigt så att det samverkas i både Grästorp och Kärra-Rödbo, men det finns samtidigt en rad frågetecken kring dessa två samverkansförsök. Dessa frågetecken har vi diskuterat främst i detta analyskapitel. För att tydligare beskriva hur långt vi anser att de båda orterna kommit i sina samverkansaktiviteter har vi utvecklat en modell över olika former av samverkan. Det går att

identifiera tre former av samverkan som grundar sig i aktörernas föreställning om samverkan. I den första, som vi benämner *icke-samverkan*, har aktörerna möjligen uppmärksammat behovet av samverkan, men kan samtidigt inte se på vilket sätt samverkan skapar ett mervärde för den egna verksamheten. I den andra formen, *intresse-samverkan*, ser aktörerna varandra som resurser och går endast in i samverkan om det tillför den egna verksamheten någonting. Den tredje formen, *ömsesidig-samverkan*, betraktar aktörerna varandra som parter i en gemensam problemlösning utifrån identifierade behov och har utvecklat strukturer som bär samverkansaktiviteterna.

Vår slutsats är att samverkan både Grästorp och Kärra-Rödbo i huvudsak kan karakteriseras som *intresse-samverkan*. Det finns ett antal faktorer som understödjer den slutsatsen. I båda fallen präglas samverkan i hög grad av en aktör. Samverkan står och faller med enskilda chefers eller handläggares intresse av att samverka. Samverkan kommer alltid i andra hand, det vill säga den egna verksamheten är alltid viktigare än att utveckla samverkan med andra aktörer. Det har inte utvecklats en samverkansstruktur som bär samverkan in i framtiden. Alla dessa faktorer visar att den samverkan som bedrivs i Grästorp och Kärra-Rödbo har kommit en bit på väg, men det är långt kvar till bestående samverkansformer. Det är dock viktigt att påpeka att möjligheten att utveckla samverkansstrukturer inte bara finns hos de lokala aktörerna utan i allra högsta grad har de centrala aktörerna en viktig roll för att dessa strukturer skall utvecklas.

REFERENSER

Borell, K. & Johansson, R. (1996) *Sambället som nätverk. Om närverksanalys och samhällsteori*. Studentlitteratur. Lund.

Beställarförbundet 5S Grästorpsnämnden (2000) Verksamhetsplan och Budget 2001

Beställarförbundet 5S Grästorpsnämnden (2001) Förslag till Verksamhetsplan och Budget 2002.

Bramwal, Lisette (2001). DELTA-projektet. Tidig och samordnad rehabilitering i Kärra-Rödbo

Ds (1997:10). Samverkan för utveckling. Stockholm, Fritzes.

Individ och familjeomsorg (2000) Verksamhetsdokument Individ och familjeomsorg i Kärra-Rödbo 2000-12-22.

Lindberg, K, Löfström, M, Selander, M, Wikström E. (2001) DELTA – ett samverkansförsök mellan offentliga organisationer FE-rapport 2001-385 från Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.

Länsarbetsnämnden (2001) Verksamhetsplan för Länsarbetsnämnden 2002.

Mintzberg, H. & Van der Heyden, L. (1999) Organigraphs: Drawing How Companies Really Work. *Harvard Business Review*, 87 - 94, september - oktober.

Olsson, L (2001) SOCSAM 5 S i Grästorp – Utvärdering av fyra års verksamhet. Tabella utvärdering.

Biskopsgården (2000) Verksamhetsdokument Psykiatrisk mottagning Biskopsgården.

SFS (1994:566) Lag om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst

SOU (1995:142). Att röja hinder för samverkan, egenmakt och arbetslinje. Delbetänkande av Storstadskommittén. Stockholm, Fritzes.

SOU (1996:85). Egon Jönsson - en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. Stockholm, Fritzes.

SOU (1996:137). Kommunalförbund och gemensam nämnd. Stockholm, Fritzes.

SOU (1996:175). Styrning och samverkan. Stockholm, Fritzes.