

*FÖRETAGSEKONOMISKA INSTITUTIONEN*

FE RAPPORT 2001-385

DELTA – ett samverkansförsök  
mellan offentliga organisationer

Mikael Löfström, Martin Selander,  
Kajsa Lindberg och Ewa Wikström



Handelshögskolan  
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

## **DELTA – ett samverkansförsök mellan offentliga organisationer**

**Abstract:** Syftet med studien är att bedöma om de aktiviteter som pågår i DELTA leder till förändringar hos de medverkande organisationerna. Medverkande organisationer i DELTA är AMI, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Psykiatrin, Primärvården och Socialtjänsten. Att DELTA har haft effekter på hemorganisationerna är tydligt. För det första har den inspirerat och påverkat föreställningar om samverkan och hur den kan organiseras. För det andra har den haft en indirekt påverkan på den ordinarie verksamheten främst genom att understödja olika organiseringsformer som inte har DELTA som ursprung, men som genom verksamheten ökat i aktualitet. För det tredje har den haft direkt påverkan på den ordinarie verksamheten genom att olika aktiviteter i DELTA inneburit att samverkan runt en definierade målgrupp organiseras utanför den ordinarie verksamheten. Den andra frågan är hur implementering av DELTA sker i hemorganisationerna. Primärvården har redan från början försökt integrera aktiviteterna i delar av den ordinarie verksamheten. På Arbetsmarknadsinstitutet har de enskilda handläggarna varit involverade i aktiviteterna. Försäkringskassan har genomfört omorganisering till team och en annan indelning av verksamheten medan man på Arbetsförmedlingen avskilt verksamhet för samverkan och därmed renodlat kärnverksamheten. Analysen har lett fram till några slutsatser, utan inbördes rangordning, vad gäller samverkan mellan offentliga organisationer. För det första är samverkan ledningens ansvar. För det andra sker samverkan vid behov. Det är klienternas eller verksamhetens behov som styr behovet av samverkan. För det tredje tar samverkan tid och det gäller framförallt när samverkan sker mer omfattande i organiserade former med flera organisationer som är samlokaliserade. Tid kräver extra resurser. För det fjärde sker vid samverkan ett förtydligande av de olika huvudmännens gränser. För det femte ser vi en tendens att samverkan försvårar samverkan.

**Keywords:** samverkan, offentliga organisationer, projekt, organisering, styrning, implementering.

**JEL-code:** H 43, M10, O22

Handelshögskolan i Göteborg  
Studier av Organisation och Samhälle (SOS)  
Box 610, 405 30 Göteborg

Mikael Löfström	Tlf: 031-7734436, email: <a href="mailto:mikael.lofstrom@handels.gu.se">mikael.lofstrom@handels.gu.se</a>
Martin Selander	Tlf: 031-7731494, email: <a href="mailto:martin.selander@handels.gu.se">martin.selander@handels.gu.se</a>
Kajsa Lindberg	Tlf: 031-7734484, email: <a href="mailto:kajsa.lindberg@handels.gu.se">kajsa.lindberg@handels.gu.se</a>
Ewa Wikström	Tlf: 031-7734489, email: <a href="mailto:ewa.wikstrom@handels.gu.se">ewa.wikstrom@handels.gu.se</a>

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1 DELTAs EFFEKTER PÅ HEMORGANISATIONERNA.....</b>	<b>1</b>
<b>2 ARBETSFÖRMEDLINGEN.....</b>	<b>8</b>
<b>3 ARBETSMARKNADSINSTITUTET.....</b>	<b>19</b>
<b>4 FÖRSÄKRINGSKASSAN.....</b>	<b>27</b>
<b>5 PRIMÄRVÅRDEN.....</b>	<b>38</b>
<b>6 PSYKIATRIN.....</b>	<b>46</b>
<b>7 SOCIALTJÄNSTEN.....</b>	<b>55</b>
<b>8 SAMVERKAN MELLAN OFFENTLIGA ORGANISATIONER.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERENSER.....</b>	<b>76</b>

# 1 DELTAS EFFEKTER PÅ HEMORGANISATIONERNA

## INLEDNING

Under framför allt senare delen av 1990-talet har samverkansprojekt blivit en allt vanligare företeelse inom offentlig verksamhet. Många aktörer inom offentlig verksamhet anser sig behöva samverka och det verkar vara en lösning på en mängd problem för både offentliga organisationer och brukare. När den egna verksamheten och resurserna inte räcker till har samverkan i hög grad varit försök att organisera verksamhet genom att överskrida de gängse organisationsgränserna. Samtidigt går det knappast att påstå att samverkan är något nytt. Om vi riktar fokus på samverkan i den offentliga sektorn ser vi att redan under 1970-talet utvecklades samverkansprojekt. Det var främst socialmedicinska samverkansprojekt där sjukvården och socialtjänsten försökte åstadkomma samverkan (Berfenstam och Smedsby, 1976; Braun och Haglund, 1984). Det finns dock en skillnad. Dagens samverkansprojekt involverar fler aktörer och riktar sig mot andra verksamheter. De kan innefatta såväl statliga som kommunala och landstings kommunala organisationer.

I de statliga utredningarna är det främst tre skäl som lyfts fram till gagn för samverkansidén. För det första ses samverkan som ett sätt för olika myndigheter med likartad verksamhet att uppnå en effektivare resursanvändning (SOU 1995:142, 1996:175). Här avser man i första hand en ekonomisk samordning mellan olika huvudmän för att uppnå kostnadseffektiv resursanvändning när olika stödåtgärder sätts in. Det i sin tur skall leda till kvalitativt bättre verksamhet och att samhällets totala kostnader minskar. Det andra skälet som förs fram är att myndigheterna bättre skall svara upp mot de behov som finns hos så kallade utsatta grupper i samhället. Här nämns t ex, arbetslösa, långtidssjukskrivna, personer med psykosocial ohälsa, missbrukare (SOU 1996:85, 2000:114). Det handlar om att olika former av bistånd som sätts in väsentligt skall stärka individens möjligheter att leva ett självständigt liv. Det tredje skälet som anges är att öka inflytandet för såväl medborgare som lokala aktörer. I delbetänkandet av Storstadskommittén framhåller man vikten att såväl den politiska som den administrativa ledningen i kommunerna bör stödja de boende och verksamma i lokalsamhället i deras strävan att förändra sin närmiljö (SOU 1995:142). I utredningarna anförs därmed kostnadseffektivitet, behovstillfredsställelse och brukarinflytande som skäl att samverka.

SOCSAM är en samverkansreform som innebär försök att bedriva politisk och finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Ett viktigt ändamål med SOCSAM är att få till stånd en effektivare användning av de resurser socialförsäkring, hälso- och sjukvården och socialtjänst nyttjar. Genom att samordna resurser från de olika huvudmännen kan bedömningar och åtgärder samordnas. I försöksverksamheten prövas nya former för politisk styrning av offentlig verksamhet. De medverkande huvudmännen upprättar en gemensam politisk ledning. Huvudmännen har möjlighet att bilda en fristående enhet, ett så kallat beställarförbund. Verksamheten regleras i SFS (1994:566). Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket har ett gemensamt uppdrag att genomföra centrala utvärderingar av alla försöksområdena i SOCSAM (prop. 1994/95:205).<sup>1</sup> Utvärderingsuppdraget finns beskrivet i tre olika dokument (SOCSAM 1997:2; 1998:2, Verksamhetsplan för uppföljning och utvärdering).

DELTA på Hisingen i Göteborg är ett av sju pågående SOCSAM försök i landet. Medverkande organisationer i DELTA är AMI, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Psykiatrin, Pri-

---

<sup>1</sup> Utvärderingsuppdraget finns beskrivet i tre olika dokument (SOCSAM 1997:2; 1998:2, Verksamhetsplan för uppföljning och utvärdering).

märvården och Socialtjänsten. Försöksverksamheten inleddes 1997 och beräknas vara avslutad 2002. Målsättningen för DELTA på Hisingen är att minska kostnaderna för sjukskrivning, arbetslöshet och socialbidrag för Hisingsborna. Det handlar också om att öka den enskildes välbefinnande och personalens professionalitet i mötet med brukarna. Målgruppen är personer inom åldersintervallet 16 - 64 år som är eller skall riskera att bli sjukskrivna eller långtidsarbetslösa.

Verksamheten i DELTA är organiserad i projektform där varje projekt har en projektledare och en projektstyrningsgrupp. Styrningen sker genom ett beställarförbund som upphandlar verksamheten. Inom ramen för DELTA bedrivs ca 25 olika samverkansaktiviteter som i huvudsak delas in i socialmedicinskt inriktade aktiviteter och arbetslivsinriktade aktiviteter. Dessutom genomförs även en del förebyggande aktiviteter och kartläggningar av verksamheten. Utöver detta finns även ett antal nätverk med fokus på ekonomi, utvärdering och information.

I DELTA har man valt att komplettera den centrala utvärderingen som Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket (RFV) med lokala utvärderingar. Den utvärdering som beskrivs i det följande är en av de kompletterande utvärderingarna för DELTA. Det övergripande syftet med denna utvärdering är att bedöma om de aktiviteter som pågår i DELTA leder till märkbara förändringar hos de medverkande organisationerna.

#### **UTVÄRDERINGENS UTGÅNGSPUNKTER**

Inom såväl offentlig verksamhet som det privata arbetslivet pågår i stort en likartad utveckling. I stället för stabilitet ställs numera krav på rutiner som ökar flexibiliteten, vilket bland annat kräver nya samarbetsformer mellan förvaltningar och organisationer. Att projekt blivit så vanliga inom offentlig utvecklingsarbete har förklarats av deras symboliska funktioner (se till exempel Sahlin, 1996). Reformen för att förändra inom offentlig verksamhet inleds ofta med försöksverksamhet i form av projekt eller temporära verksamhetsformer. Projekt anses vara en organisationsform för avgränsade och väldefinierade arbetsuppgifter. Det är därför inte förvånande att statsmakterna och dess organ, till exempel Socialstyrelsen, uppmuntrar kommuner och andra organisationer att starta projekt med syfte att få till stånd utveckling och förändring i den ordinarie verksamheten. DELTA är ett exempel på detta.

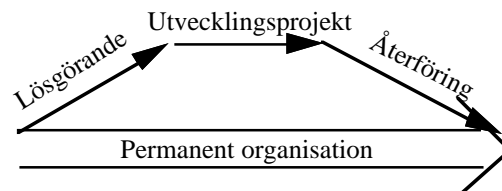
Frågan om projekt som lämplig organisationsform, givet målet att åstadkomma en behovsorienterad verksamhet med hög kvalitet, har tidigare diskuterats (Jenner, 1990). Frågan är dock fortfarande öppen eftersom forskningen om projekt inom denna miljö är begränsad. Trots en omfattande litteratur är den teoretiska förståelsen av projekt begränsad. En stor del av förklaringen till detta är projektledningsrörelsens (Project Management) stora inflytande över projektdiskursen i företag och förvaltningar. I likhet med *Scientific Management* har dess normer och föreskrifter spridits över de flesta organisatoriska fält och institutionaliserats i organisationspraxis (Engwall, 1995). Egen empirisk forskning från socialtjänsten indikerar dock att spridningen inte varit fullständigt framgångsrik eftersom projekt organiseras på många olika sätt. Vi har funnit att dess effekter på lärande och nytänkande varierar beroende på hur de organiseras i praktiken (Johansson mfl, 2000). Det finns även annan forskning som visar att återkommande projekt inom en verksamhet – där varje projekt kan vara förnyelsebefrämjande – inte nödvändigtvis leder till förändring av arbetsorganisation (Ekstedt mfl, 1999).

I denna studien avser vi att undersöka vilka effekter ett utvecklingsprojekt, det vill säga DELTA, har på den permanenta verksamheten i de sex medverkande organisationerna. Relationen mellan den temporära formen som projekt innebär och den permanenta organisation

samt vilka effekter den förra har på den senare innehåller ett antal aspekter som vi kommer att behandla i denna problemdiskussion. Vi inleder med att diskutera relationen mellan projekt och den permanenta organisationen. Därefter tar vi upp frågan om implementering och slutligen med vilka tre perspektiv som studien har genomförts.

### Relationen mellan utvecklingsprojekt och permanent organisation

I generella termer handlar projekt om att med hjälp av beteckningen ”projekt” avskilja eller avgränsa en verksamhet från något annat. Den traditionella projektledningslitteraturen fokuserar på avgränsad tid och avgränsad uppgift. Ett utvecklingsprojekt kan bara definieras i relation till en redan befintlig organisation och dess pågående verksamhet. Det är växlingen mellan den redan pågående verksamheten och utvecklingsprojektet som definierar projektet. Utvecklingsprojektet innebär att någon aktivitet lösgörs från den ordinarie verksamheten och sedan får pågå en tid parallellt med denna. När projektet är färdigt skall dess resultat återföras till den ordinarie verksamheten, som då förväntas bli annorlunda än den var före projektet. En beskrivning av relationen mellan den permanenta organisationen och utvecklingsprojekt visas i figur 1.



Figur 1. Modell över förhållandet mellan permanent organisation och utvecklingsprojekt.

Det finns i detta enkla schema två problematiska moment. Den första utgörs av *lösgörandet* av projektet från den permanenta organisationen. Det är i den processen som förutsättningar för implementering skapas. De överväganden och organisatoriska processer som leder fram till att ett nytt projekt blir definierat är avgörande för vad som eventuellt kommer att utvecklas och hur projektresultatet skall återföras. När projektet startar bestäms samtidigt i vilken omfattning projektet skall vara avskilt från den permanenta organisationen. Redan här sker en organisering av projektet som påverkar implementeringen. En total avskildhet innebär att projektet inte på något sätt eller i mycket ringa utsträckning har någon kontakt med den verksamhet som pågår i den permanenta organisationen. En fullständig integration av projektet innebär däremot att projektet betraktas som en central del av den ordinarie verksamheten och organiseras som en del av den permanenta organisation.

Det andra kritiska momentet utgörs av *återföringen* av projektets resultat till den permanenta organisationen. Denna återföring kan kallas implementering, och det finns en del tidigare studier av implementering som visar på svårigheter att utnyttja lärdomar från utvecklingsprojekt i en etablerad löpande verksamhet (Brunsson & Olsen, 1997). Ibland förefaller det som om implementeringen blir skenbar och ceremoniell (se Meyer & Rowan, 1977; Sahlin, 1996) beroende på lösa kopplingar mellan planering och handling. Det finns också väl dokumenterade fall där nyutvecklade system och arbetsmetoder helt enkelt läggs på hyllan utan att någon bemödar sig om att implementera resultatet (Glimell, 1975). Därmed blir frågan om projektets avskildhet eller integration i förhållande till den permanenta organisationen betydelsefull för möjligheten att implementera projektverksamheten.

### Vad skall implementeras?

När en temporär verksamhet som DELTA genomför aktiviteter så finns det en tydlig förväntan att det skall leda till resultat av något slag för bland annat de brukare som är involverade i

verksamheten, till exempel ökad sysselsättning, förbättrad hälsa, bättre behandlingsprocesser etcetera. Ett resultat som många gånger uppfylls inom projektets ramar. Utöver detta finns även en förväntan på att aktiviteterna i DELTA skall resultera i en märkbar förändring av den permanenta verksamheten. Vilken förändring kan förväntas i den permanenta verksamheten?

Utvecklingsprojekt har en relation till den permanenta organisationen och det är i brytningen mellan det temporära och det permanenta som det finns en förhoppning om lärande och förändring. Det är inte alls självklart att projekt är den bästa förutsättningen att få aktörerna att lära något nytt och förändra verksamheten. Om vi tittar på det unika projektet så är förutsättningarna för lärande där avsevärt större än i repetitiva organisationer (se t ex Ekstedt, Söderholm & Wirdenius, 1998). De unika projekten har ett mått av osäkerhet och sökande som möjliggör att man erhåller ny kunskap. Medan den repetitiva organisationen snarare frammnar rutinisering av arbetsformer. Nu är inte denna beskrivning entydig; de unika projekten har jämväl en baksida. Samtidigt som de möjliggör förändring kan det vara svårt att översätta den nyvunna kunskapen till förändrade arbetsformer.

Förändring kan å ena sidan vara att organisationens medlemmar lär sig nya saker genom utbildning eller genom utredning. Dessa nya saker kan sedan implementeras i organisationens ordinarie arbete. Implementering är i det perspektivet liktydigt med förändring. Man kan, å andra sidan, också anta att förändring sker i en social process där viktiga insikter inte låter sig planeras och där förändringar snarare definieras i termer av att folk har tänkt om än att de följer nya rutiner. Möjliga förändringar spänner med andra ord över en skala från förändringar där enskilda personer förändrar sina föreställningar om verksamheten till förändringar där organisationsstrukturer eller arbetsprocesser omorganiseras. Förändring av hemorganisationen kan därmed innebära implementering av nyvunnen kunskap från aktiviteter i DELTA, till exempel nya metoder vid handläggning av ärenden eller vid rehabilitering. Förändringar av hemorganisationen kan även ske som ett resultat av den verksamhet som pågår inom DELTA, till exempel färre brukare eller andra typer av brukare. Det är viktigt att betänka att alla dessa förändringar begynner i att de som arbetar i verksamheten omtolkar sin verksamhet som ett resultat av ny kunskap och nya erfarenheter (Schön, 1983; Molander, 1993). Vi kan anta att omtolkningar inte enbart är individuella och kognitiva utan även sociala och kommunikativa, vilket innebär att förändring kan bestå i att organisationens aktörer talar om sin verksamhet på ett nytt sätt.

### **Tre perspektiv**

Effekter av DELTA på hemorganisationen kommer vi att utvärdera med fokus på: styrningsperspektivet, verksamhetsperspektivet och det professionella perspektivet. *Styrningsperspektivet* beskriver hur hemorganisationerna förändrar sitt sätt att organisera verksamheten som en effekt av aktiviteterna i DELTA, till exempel förändrat beslutsfattande, utvecklade samverkansstrukturer etcetera. Perspektivet fokuserar hur varje huvudman organiserar sin samverkan med de andra samverkande aktörerna.

*Verksamhetsperspektivet* fokuserar hur hemorganisationernas verksamhet gentemot målgruppen förändras på grund av aktiviteterna i DELTA till exempel arbetsbelastning, förändrade arbetsuppgifter etcetera. Det kan även finnas exempel på att hur verksamheten organiseras för att underlätta samverkan med andra organisationer.

Det *professionella perspektivet* uppmärksammar hur handläggarna i hemorganisationerna förändrar sina föreställningar och arbetssätt utifrån deras respektive profession som ett resultat av aktiviteterna i DELTA. Likaså kan förändrade former för yrkesutövande inom de olika organisationerna som samverkar uppmärksammas.

## Syfte och specifika frågeställningar

Den beskrivning av problemet som vi hittills gjort utgår ifrån dels vilka aktiviteter i DELTA som kan påverka hemorganisationen, dels i vilken omfattning DELTA aktivt vill förändra hemorganisationerna. I studien fokusera vi framförallt hur aktiviteterna i DELTA återförs till, eller påverkar, hemorganisationerna.

Syftet med föreliggande studie är att bedöma om de aktiviteter som pågår i DELTA leder till förändringar hos de medverkande organisationerna. De så kallade hemorganisationerna. Den övergripande frågeställningarna är således:

- Vilka förändringar i hemorganisationerna är ett resultat av olika aktiviteter i DELTA?
- Hur sker implementeringen i hemorganisationen?

## UTVÄRDERINGENS METOD

Som övergripande metod att nå kunskap om projekt 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 (Flyvbjerg, 1991; Yin, 1994). Validitet blir i denna metod en fråga om huruvida tolkningen av det empiriska materialet kan anses vara korrekt och reliabilitet fokuserar forskarens sätt att arbeta och relationen till respondenten (Kvale 1996).

Fallstudierna genomförs som en serie fallstudier där vi i varje fallstudie stegvis fördjupar fallets innehåll. Studiens tidsutdräkt utnyttjas för att skapa en iterativ kunskapsfördjupning. Fallstudierna skall bygga på varandra så att en föregående fallanalys utgör bas för nästföljande fall. De olika fallstudierna kommer således att variera något i upplägg och arbetsgång. Vi genomför studien i form av intervjuer och dokumentanalys, men även olika kvantitativa verksamhetsbeskrivningar kommer att användas. Syftet med genomförandet är att säkra ett så aspektrikt material som möjligt. Vi menar att information från olika källor kan ställas mot varandra för att pröva hållbarheten i en slutsats, det vill säga vad som brukar benämnas som triangulering (Patton, 1987). Studiens genomförande kan beskrivas i tre delar: insamlingen av det empiriska materialet, bearbetning och tolkning av det empiriska materialet och omvandla de olika erfarenheter och reflektioner som uppkommit genom arbetet till en sammanhängande och förståelig text.

Varje fallstudie är tänkt att fungera som en fristående studie med en genomarbetad tolkning av fallets karaktär och signifikans. För att kunna hantera materialet avgränsas varje fallstudie till att inbegripa en hemorganisation. Avgränsning måste dock bli tydligare än så, vilket sker i den framväxande design vi valt där fokus och avgränsningar av fallet sker genom inventerande intervjuer. Varje fallstudie skall, utöver insamling av empiriskt material, också innehålla ett tydligt analyssteg. Därmed ansluter vi oss till den metod som Alvesson och Sköldberg (1994) kallar för abduktion. Som forskningsmetod utgår abduktionen från empiriska fakta liksom induktionen, men avvisar inte teoretiska för-föreställningar. Under forskningsprocessen sker en växling mellan tidigare teori och empiri, varvid båda efterhand omtolkas med hänsyn till varandra. Avsikten med fallen är att de visar exempel på förändringar i hemorganisationerna som resultat av försöksverksamheten.

Vi genomför sex fallstudier. En för varje medverkande organisation. Varje fallstudie genomförs i fyra steg, vilka syftar till att säkra material för att beskriva och analysera den förändring



i hemorganisationerna som är ett resultat av aktiviteterna i DELTA. En konkret metod- och urvalsbeskrivning inleder varje fallstudie.

Steg	Aktivitet
1	Planering och inventerande intervjuer
2	Intervjuer och dokumentinsamling
3	Sammanställning och bedömning
4	Analys och avrapportering

Tabell 1. Fallstudiernas genomförande.

**Steg ett** i fallstudien har bestått av fallstudiens design och planering. I den har genomförts insamlande och analys av relevanta dokument som beskriver hemorganisationen. På basis av dessa dokumentstudier och de så kallade inventerande intervjuerna som har genomförts med de ansvariga för verksamheten har en första identifiering och avgränsning av fallstudien utarbetats.

**Steg två** innebär insamling av empiri, i form av intervjuer med signifikanta aktörer för den verksamhet som berörs av DELTA. Urvalet av intervjuer och övrig datainsamling har skett utifrån verksamhetsmässiga avgränsningar i varje hemorganisation. Det har inneburit 15 –20 intervjuer/fallstudie, men en bedömning har skett inför varje fallstudie. Datainsamlingen har fokuserat vilka förändringar i ordinarie verksamhet som går att relatera till projekten i DELTA och hur de förändringarna har initierats i verksamheten.

I **steg tre** har vi sammanställt varje fallbeskrivning med avseende på förändringar i hemorganisationerna. Fallbeskrivningarna har presenterats för berörda aktörer. Materialet har bedömts och eventuell komplettering av data har skett om nya frågor uppstått under studiens gång eller om aktörerna har synpunkter på materialet.

**Steg fyra** har medfört att materialet analyserats utifrån studiens frågeställningar. Avrapportering har skett i form av skriftlig rapport samt muntlig presentation. Varje fallstudie rapporteras för sig samt i ett gemensamt slutdokument.

Den arbetsordning för fallstudier som beskrivs ovan förutsätter att varje fall får stor uppmärksamhet under en period. Efter alla fallstudierna har vi genomfört en gemensam analys och jämfört DELTAs påverkan på olika de organisationerna. Det innebär att studien också har haft ett femte steg där en jämförande analys mellan organisationerna skett och ett sjätte steg som innebär författandet av slutrapporten.

### Tidsplan

Studien har pågått mellan januari 2000 och april 2001. Vi har därmed reviderat den ursprungliga planen för att samordna oss med den nationella utvärderingen av SOCSAM. Studien har inledningsvis inneburit en kartläggning av hemorganisationerna. Efter det har fallstudierna genomförts utifrån de fyra stegen.

NÄR	VAD
2000 Januari	Genomgång av DELTA-projekten och de medverkande organisationerna. Fallstudierna förbereds och planeras.
2000	Fallstudie nummer ett på Försäkringskassan genomförs.

Februari - April	
2000 April - Juni	Fallstudie nummer två på Arbetsförmedlingen genomförs och Försäkringskassan avrapporteras
2000 September - November	Fallstudie nummer tre på Arbetsmarknadsinstitutet genomförs och Arbetsförmedlingen avrapporteras
2000 - 2001 December - Februari	Fallstudie nummer fyra på Primärvården genomförs och Arbetsmarknadsinstitutet avrapporteras
2001 Februari - Maj	Fallstudie nummer fem på Socialtjänsten och fallstudie nummer sex på Psykiatrin genomförs. Fallstudie fyra, fem och sex avrapporteras.
2001 Maj - Juli	Slutrapport för studien presenteras och ett kapitel till den gemensamma antologin om samverkan i DELTA.

## 2 ARBETSFÖRMEDLINGEN

I den här fallstudien studeras ett Arbetsförmedlingskontor som ligger på Hisingen i Göteborg. Det är ett av nio kontor i Göteborg och medverkar i DELTA sedan 1997. Kontoret är yrkesindelad, med inriktning mot industri och transport. Det innebär att kontoret inte har geografisk anknytning till Hisingen, utan är organiserat efter olika yrkesområden och har arbetssökanden från hela Göteborgsområdet. Kontorets roll är att förmedla arbete och bevilja yrkesutbildningar inom industri och transportområdet (Arbetsplan för verksamhetsåret 1999).

### FALLSTUDIENS GENOMFÖRANDE

Studien av Arbetsförmedlingen baseras på intervjuer med ett urval av personalen på kontoret samt diverse dokument såsom verksamhetsplan och årsredovisningar. Under våren och sommaren 2000 har 12 medarbetare i olika positioner, gruppleddare och handläggare, intervjuats. Urvalet av respondenter representerar olika yrkeskategorier och verksamhetsområden på kontoret. Ett annat urvalskriterium har varit att de inte direkt arbetar med aktiviteter i DELTA eftersom fokus i studien är att belysa effekterna på den permanenta organisationen snarare än de specifika DELTA-aktiviteterna.

Intervjuerna har präglats av öppna frågor om Arbetsförmedlingens organisation och verksamhet. De har tagit ca en timme och har bandats. En fördel med öppna intervjuer är att respondenten på Arbetsförmedlingen i högre grad har kunnat påverka samtalet och ge sin bild av organisationen. Det bör påpekas att intervjuerna gjorts under en avgränsad tidsperiod, vilket medför att den bild som respondenterna förmedlar präglas av den rådande situationen i organisationen och dess omgivning vid tillfället för intervjuerna. Det visar sig bland annat genom att alla som intervjuats har diskuterat aktivitetsgarantin som trätt i kraft under den tid som studien genomförts. I media har aktivitetsgarantin uppmärksamats och bland personalen på Arbetsförmedlingen har det förekommit diskussioner kring hur garantin kommer att påverka deras arbetsuppgifter och situation. Ytterligare ett område som återkommit i intervjuerna är en omfattande omorganisation som skall genomföras bland arbetsförmedlingarna i Göteborg vid årsskiftet 2001. Även om dessa aspekter inte har någon koppling till DELTA och deras samverkansaktiviteter så tjänar de som exempel på hur verksamheten styrs och vilka konsekvenser organisering har för handläggarnas arbete, vilket kommer att visas i texten.

### ARBETSFÖRMEDLINGEN - EN FALLBESKRIVNING

Arbetsförmedlingen är en statlig organisation och arbetar utifrån politiska mål. Den övergripande målsättning är att folk skall få arbete. Arbetsförmedlingarna lyder under Länsarbetsnämnderna (LAN) som i sin tur arbetar på uppdrag av Arbetsmarknadsverket (AMV) och Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS). AMS som är den centrala myndigheten ger riktlinjer och uppdrag till LAN, fördelar resurser och följer upp verksamheterna i länen runt om i Sverige. Totalt sett finns det 418 stycken arbetsförmedlingar i Sverige och AMV har totalt ca 11.000 anställda. Arbetsförmedlingarnas budget baseras på i huvudsak två utgiftsområden. Det ena anslagsområdet utgörs av medel för förvaltningskostnader. Det andra anslagsområdet är anslag för arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Arbetsförmedlingarnas uppdrag dikteras av regeringen och formuleras av AMV som inriktning och mål för verksamheten. Bland Länsarbetsnämndens prioriteringar nämns att Arbetsförmedlingens organisation ska förändras för att svara mot behoven på 2000-talets arbetsmarknad. Samverkan med andra myndigheter och organisationer nämns emellertid inte.

”Arbetsmarknadspolitikens uppgift är att främja tillväxt och sysselsättning genom att öka flexibiliteten på arbetsmarknaden och motverka inflationsdrivande flaskhalsar. Arbetsmarknadspolitikerna har också en viktig fördelningspolitisk uppgift i att stödja personer som har särskilda svårigheter att få och behålla ett arbete.” (Verksamhetens inriktning och mål 2000, www.amv.se 00-08-25).

Tre övergripande mål har definierats av regeringen för år 2000. Det först är att vakanstiderna för lediga platser skall hållas nere. Det andra är att minska långtidsarbetslösheten och det tredje är att motverka långa tider utan reguljärt arbete. Det sistnämnda målet är förebyggande medan de två första handlar om att åtgärda redan uppkomna problem. Utifrån dessa övergripande målsättningar har kvantitativa verksamhetsmål satts upp. De anger olika nivåer som skall uppnås och när målen skall vara uppnådda. Varje enskilt arbetsförmedlingskontor har sedan en egen verksamhetsplan där målen relateras till respektive kontors specifika förutsättningar. Kontorens arbetsplaner skall kunna brytas ned till grupper eller enskilda arbetstare.

Den externa styrningen av Arbetsförmedlingen sker i form av politiska mål och genom krav från arbetsmarknaden. Den politiska styrningen uppfattas av de intervjuade på det studerade Arbetsförmedlingskontoret som kortsiktig. Deras beskrivning var att det händer att regelverk ändras med väldigt kort varsel, vilket får konsekvenser för pågående ärenden. Arbetssättet på Arbetsförmedlingen skiljer sig också åt beroende på om det råder låg- och högkonjunktur i samhällsekonomin. I början av 1990-talet då det var lågkonjunktur arbetade man mer med åtgärder och att ge stöd än ren platsförmedling. De externa kontakter man hade var till exempel med organisationer som gav utbildningar. Idag är emellertid situationen helt annorlunda och de externa kontakterna är framförallt de med arbetsgivare.

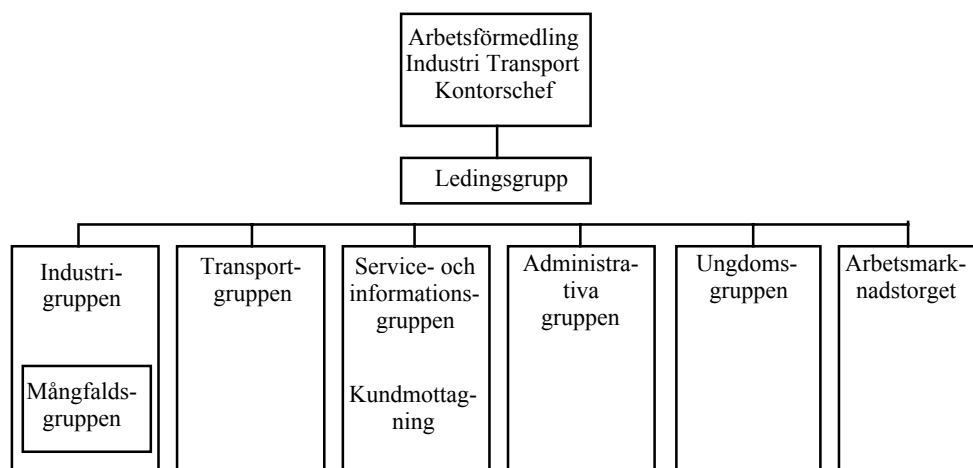
#### **Arbetsförmedlingen – Hisingskontoret**

För närvarande arbetar cirka 65 personer på Arbetsförmedlingen Industri Transport och personalen är indelad i fem olika grupper som har varsin ledare. Gruppledarna utgör tillsammans med kontorets chef en ledningsgrupp för kontoret. Två stora grupper är Transportgruppen och Industrigruppen där handläggare arbetar med platsförmedling, vägledning och företagskontakter. En grupp arbetar med information och service och utgörs av handläggare som i huvudsak arbetar i kundmottagningen.

En annan grupp arbetar med såväl interna som externa administrativa uppgifter till exempel utbetalningar och anslag. Ytterligare en grupp arbetar med ungdomar mellan 18 och 25 år. I ledningsgruppen ingår också gruppledaren för Arbetsmarknadstorget som är ett DELTA-projekt och ingår inte direkt i Arbetsförmedlingens verksamhet.

Industrigruppen är störst både vad gäller antal sökande och antal personal. I gruppen arbetar sju platsförmedlare, fyra vägledare och fyra företagsansvariga handläggare. Industrigruppen har nyligen ändrat sin interna fördelning av arbetsuppgifter, vilket innebär att man idag fördelar ärendena mellan handläggarna beroende på de sökandes inskrivningstid. Ett par handläggare har nyss lämnat gruppen för att bilda en så kallad mångfaldsgrupp som arbetar med utomnordiska sökanden. Den gruppen har inga egna möten och ser gruppledaren för Industri som sin gruppledare. I transportgruppen arbetar fyra platsförmedlare, två vägledare och fyra företagsansvariga. Deras arbete och fördelning av ärende är indelade efter bransch

Service- och informationsgruppen, i dagligt tal kundmottagningen, består av sex platsförmedlare och en gruppledare som arbetar i kundmottagningen. Personalen i kundmottagningen registrerar och dokumenterar uppgifter från de sökande. På kontoret finns också en administrativ grupp som jämfört med andra kontor är relativt stor. Det innebär att den administrativa personalen kan avlasta övriga handläggare med olika arbetsuppgifter.

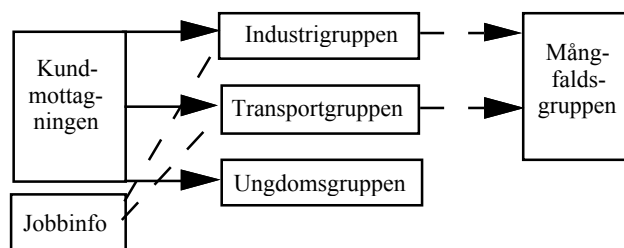


Figur 2. Arbetsförmedlingen Industri Transports organisation i juni 2000.

I ungdomsgruppen arbetar sex handläggare. Två platsförmedlare, varav gruppleddaren är en, samt två vägledare. Till gruppen hör också två platsförmedlare som är anställda av statskansliet och arbetar mot kommunen.

### Ärendegång

Den första kontakten en sökande har med Arbetsförmedlingen sker via kundmottagningen där platsförmedlare skriver in den sökande och registrerar uppgifter om till exempel meriter, utbildning och så vidare. I kundmottagningen sker en indelning av de sökande personerna för att de skall hamna i rätt grupp. Indelningarna baseras antingen på om den sökande söker ett industri- eller ett transportarbete eller hur gammal den sökande är. Om personen är mellan 18-25 år hamnar den sökande hos ungdomsgruppen, oavsett vilken typ av arbete personen söker. De sökande delas också in i olika grupper beroende på om de är ett platsförmedlingsärende eller ett vägledningsärende.



Figur 3. Ärendegången internt på arbetsförmedlingen

Alla sökanden, förutom de som hamnar hos ungdomsgruppen, bokas in på ett informationsmöte med platsförmedlare från antingen transport- eller industrigruppen. Ärendegången därefter ser olika ut beroende på vilken grupp den sökande hamnar hos. Industrigruppen har en platsförmedlare som bara arbetar med de nyanmälda sökanden. Transportgruppen har istället delat upp ansvaret för informationsträffar med nyinskrivna sökanden mellan platsförmedlarna, vilket innebär att de håller i ett möte var i månaden. Informationsmötena handlar bland annat om hur Arbetsförmedling arbetar, hur man skriver ansökningar och hur kundarbetsplatserna fungerar så att de sökande själva kan söka i databaserna. Efter informationsmötet bokas vid behov enskilda möten med de sökande. Det är i första hand med en platsförmedlare, men ibland bokas möten direkt med vägledare.

Vägledarnas kontakter med sökande sker på olika sätt. För det första har de personliga besök med sökande som antingen kommer direkt från kundmottagningen eller via någon platsförmedlare. För det andra har vägledarna jour. Vägledningsjouren innebär att det alltid skall finnas en vägledare i kundmottagningen för att besvara allmänna frågor. För det tredje finns en handläggare på kontoret som har telefonjour. Både vägledningsjouren och telefonjouren bygger på rullande scheman för vägledarna från både industri- och transportgruppen. De företagsansvariga handläggarna från både Industri och Transport arbetar gentemot arbetsgivare för att få in lediga jobb till förmedlingen. De turas också om med att bemanna "Jobbinfo" som är öppet varje förmiddag. Från både Industri- och Transportgrupperna skickas de sökande till mångfaldsgruppen som är av utomnordisk härkomst och som är "jobb klara", det vill säga de har en färsk utbildning eller erfarenhet av tidigare arbete. Handläggarna i mångfaldsgruppen arbetar både med platsförmedling och företagskontakter.

### **STYRNINGSPERSPEKTIVET**

Arbetsförmedlingens organisation är indelad i olika grupper (se Figur 2.) där kundmottagningen har den första kontakten med alla kategorier av sökanden. Övriga grupper på kontoret är indelade utifrån olika målgrupper baserade på bransch och ålder. Den här indelningen har funnits sedan mitten 1990-talet, innan DELTA startade. Innan dess organiserades Arbetsförmedlingen utifrån en geografisk indelningsprincip, vilket innebar att målgruppen var arbets-sökande boende på Hisingen.

Arbetsförmedlingen har en relativt platt organisationsstruktur lokalt. Kontorschefen på Arbetsförmedlingen är direkt underställd Länsarbetsnämndens direktör och medarbetarna på kontoret är direkt underställda kontorschefen. Arbetsförmedlingen på Hisingen har samtidigt gruppledare som är en mellanchefsnivå. Gruppledarrollen är en informell tjänst som syftar till att avlasta kontorschefen, vilket innebär ett praktiskt arbetsledarskap som handlar om att hantera bemanningsfrågor och få gruppen att arbeta ihop. Även om gruppledare inte innebär något formellt chefsansvar är de med i lönediskussioner och tjänstetillsättningar. Som gruppledare har de befogenhet att bestämma hur gruppen skall arbeta. Det innebär att grupperna fördelar arbetsuppgifter på olika sätt. Personalen på kundmottagningen arbetar till exempel med hur de skall få de sökande att i större utsträckning använda självbetjäningstationer och i Industrigruppen har personalen arbetat med att utveckla arbetsmetoder för gruppen.

Formellt sett hör Arbetsmarknadstorget, som är en DELTA-aktivitet, till Arbetsförmedlingen och de sitter i samma byggnad. Personalen på Arbetsförmedlingen som intervjuats menar emellertid att de över huvudtaget inte har några kontakter med Arbetsmarknadstorgets personal. På "Torget" samarbetar handläggare från Arbetsförmedlingen med handläggare från socialtjänsten och försäkringskassan. Då "Torget" inrättades flyttades ärenden från Arbetsförmedlingen över till "Torgets" verksamhet. Det innebär att man separerade de ärenden som behövde särskilda insatser i form av samverkan med Socialtjänsten och Försäkringskassan och placerade dem i Arbetsmarknadstorget.

#### ***Målsättningar***

Målen för Arbetsförmedlingens verksamhet är kvantitativa. Inskrivningstid hos de sökande är en av de viktigaste aspekterna. Statistik förs på kontornivå och sammanställs av Länsarbetsnämnden. I vissa fall kan statistiken brytas ned till grupp-nivå på kontoret, till exempel för administrativa uppgifter eller för sökande som är under 25 år. Ingen av grupperna har satt upp egna målsättningar utan arbetar utifrån de mål som gäller för kontoret. En del handläggare uttrycker en viss frustration över att man inte i högre grad diskuterar långsiktiga effekter och att det inte finns några kvalitativa målsättningar för verksamheten. Inrättandet av en mång-

faldsgrupp på kontoret är en ”special satsning” som skett på alla kontor i Göteborg, trots det har inga specifika mål satts upp för den här gruppen.

Uppföljning av de uppsatta målen görs genom mätningar av utförda prestationer. Handläggarna upplever att de omges av mycket statistik som inte alltid är lätt att relatera till kontorets specifika situation. Handläggarna ger också uttryck för att de saknar kvalitativa uppföljningar i verksamheten.

### **Information**

All personalen samlas varje vecka för att få information av kontorschefen. Informationen handlar till exempel om nya direktiv och riktlinjer från Länsarbetsnämnden och hur kontorets statistik ser ut. Ledningsgruppen, med gruppledarna, träffas också en gång i veckan. Diskussionerna i gruppen rör i huvudsak frågor kring ärenden men också en del övergripande administrativa och organisatoriska frågor. Ledningsgruppsmötena är ett tillfälle att få information från Arbetsmarknadstorget som är en DELTA-aktivitet. Det verkar emellertid inte som att DELTA diskuteras i någon större utsträckning i ledningsgruppen och övriga handläggare i grupperna får inte någon information angående DELTA från ledningsgruppen.

För att samordna arbetsuppgifterna har respektive grupp på kontoret olika möten. De flesta grupperna träffas en kvart varje morgon för att till exempel stämma av bemanning inför dagen och få information från företagsansvariga angående nyanmälda jobb. Alla grupper har längre möten varje eller varannan vecka. Då informeras personalen bland annat om vad som tagits upp på ledningsgruppsmötena. Bland personalen på kontoret finns många som tycker att alla möten på kontoret tar för mycket tid och att de behöver vara mycket mer strukturerade för att tiden skall utnyttjas effektivt. Samtidigt efterfrågar handläggarna information för att slippa rykten och ovisshet. Något som är särskilt tydligt inför den stora omorganisationen som är på gång i Göteborgsområdet och som kommer att beröra kontoret.

### **Framtida struktur**

Personalen på Arbetsförmedlingen uppfattar organisationen som flexibel, eftersom det ständigt sker omorganisationer och förändringar i arbetsuppgifter. För närvarande är en stor förändring på gång i Göteborgsområdet som berör alla arbetsförmedlingskontor. Tre olika sorters kontor kommer att öppnas. *Rekryteringskontor* där i huvudsak företagsansvariga kommer att arbeta. *Yrkeskontor* liknande de som finns idag. *Fullservicekontor* där personal från arbetsförmedlingen kommer att arbeta sida vid sida med personal från Arbetsmarknadsinstitutet. Flera handläggare påpekar att fullservicekontoren delvis är en tillbakagång till hur Arbetsförmedlingen var organiserad på 1980-talet.

Den nya organisationen träder i kraft januari 2001. Varje kontor skall ha max 40 anställda med blandade kategorier av handläggare. Alla chefer har fått söka om sina tjänster. Hur den nya organisationen skall bemannas är fortfarande oklart. Det finns grupper, bestående av folk från Länsarbetsnämnden, kontorschefer och personalrepresentanter, som tillsatts för att diskutera olika förslag och alternativ. Vad de intervjuade handläggarna och gruppledarna vet så har det inte förts någon diskussion kring samverkan med andra myndigheter i samband med planerna för den nya organisationen. Visserligen skall Arbetsmarknadsinstitutet och Arbetsförmedlingen arbeta tillsammans på fullservicekontoren men hur relationen till Socialtjänst och Försäkringskassan skall fungera vet man inte.

Bland de intervjuade handläggarna verkar den stora omorganisationen av kontoren i Göteborg uppfattas som ett nödvändigt ont. De menar att kontoret på Hisingen som det ser ut idag är en alldeles för stor organisation. Informationen kring förändringen upplevs som bristfällig och det cirkulerar många uppgifter i organisationen. Detta skapar ovisshet och stämningen bland

personalen är avvaktande och inga nya initiativ tas. Att i detta skede fundera över och arbeta för samverkan med andra organisationer verkar avlägset för de intervjuade handläggarna.

### **DELTA:s effekter ur ett styrningsperspektiv**

DELTA har haft en direkt effekt på Arbetsförmedlingens formella organisationsstruktur eftersom Arbetsmarknadstorget, som är en DELTA-aktivitet, hör till organisationen. Arbetsmarknadstorgets gruppleddare är också en av medlemmarna i Arbetsförmedlingens ledningsgrupp. Därmed finns förutsättningar för att sprida information och att skapa ett nära samarbete mellan Arbetsförmedlingens permanenta organisationen och DELTA-projektet, vilket inte skett. DELTA har inte haft någon direkt effekt på övriga grupper som utgör Arbetsförmedlingens kärnverksamhet.

Utifrån ett styrningsperspektiv har DELTA emellertid inte haft några effekter på kontorets målsättningar. I de dokument som ligger till grund för Arbetsförmedlingens verksamhet uttrycker varken Arbetsmarknadsverket/styrelsen eller Länsarbetsnämnden några samverkansambitioner. Inte heller i verksamhetsplanen för det studerade kontoret nämns någon explicit målsättning för att stimulera samverkan varken med tanke på hur organisationen är strukturerad eller hur verksamhet styrs utifrån uppsatta mål. Det är snarare så att verksamheten organiseras dels utifrån de målgrupper som Arbetsförmedlingen på Hisingen arbetar med, dels utifrån de kvantitativa mål som är uppsatta för verksamheten.

Kombinationen av att centrala direktiv ofta kommer med kort varsel och att det pågår en omfattande organisationsförändring ställer krav på medarbetarnas förhållningssätt och förmåga att hantera nya förutsättningar. Det kan påverka deras möjligheterna att samverka med de andra organisationerna som ingår i DELTA. För det första har medarbetarna ”fullt upp” och måste koncentrera sig på vad som händer inom Arbetsförmedlingen, vilket inte ger dem möjlighet att vända blickarna utåt. För det andra är det troligt att samverkan med externa aktörer förutsätter en viss stabilitet och kontinuitet i organisationsstrukturen för att det skall vara tydligt vilka uppdrag och ansvarsområden de olika aktörerna har.

Fullservicekontoren som inrättas i och med den nya omorganisationen kan ses som ett sätt att skapa en organisation med en struktur som ger större förutsättningar att samverka med andra myndigheter och organisationer. Detta är ingen effekt av DELTA men kan leda till att DELTA-aktiviteter i högre grad får effekt på Arbetsförmedlingen i framtiden.

### **VERKSAMHETSPERSPEKTIVET**

Verksamheten på Arbetsförmedlingen påverkas såväl av den arbetsmarknadspolitik som av rådande konjunkturläge. Arbetsmarknadspolitiken anger inriktningen på verksamheten medan konjunkturläget direkt påverkar antalet lediga arbeten. Det medför att fokus i verksamheten växlar mellan att förmedla arbeten och att erbjuda olika typer av arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Detta påverkar i sin tur kontakter och samverkan med externa aktörer.

Kärnverksamheten på Arbetsförmedlingen bygger i hög grad på extern samverkan med arbetsgivare. I organisationen har det emellertid de senaste åren också bildats grupper som samverkar med andra organisationer kring sökanden som behöver andra åtgärder och mer stöd. Kontakterna med andra organisationer är dock inget som genomsyrar hela verksamheten. De flesta handläggare har avgränsade arbetsuppgifter och arbetar relativt självständigt. Det finns inga formella strukturer som syftar till att främja samverkan mellan de olika grupperna på kontoret.



## **Samverkan internt**

Verksamheten internt på Arbetsförmedlingen är som redan beskrivits organiserad i olika grupper med varsin ledare och fördelningen av ärenden görs utifrån vilken bransch den sökande väljer (Industri- eller Transportgruppen) och beroende på ålder (Ungdomsgruppen). Handläggarna på Arbetsförmedlingen samverkar inte nämnvärt varken inom respektive grupp eller mellan de olika grupperna. Inom varje grupp har handläggarna kontakt med varandra i och med de regelbundna gruppmöten. De samarbetar emellertid inte i någon högre utsträckning kring enskilda ärenden. De löser sina arbetsuppgifter självständigt och upplever att de har stor frihet att planera sina arbeten som de vill.

Det förekommer kontakter mellan handläggare över gruppgränserna men inte i syfte att samarbeta kring enskilda ärenden. De företagsansvariga handläggarna från Industri och Transportgrupperna träffas med jämna mellanrum och vägledarna på kontoret har också möten om än mer oregelbundet. Platsförmedlare på kontoret hade tidigare regelbundna träffar, men de har runnit ut i sanden. Enligt de intervjuade handläggarna beror det på att det inte fanns ett tillräckligt starkt behov och intresse för dessa möten. Ibland görs emellertid särskilda satsningar som till exempel att alla platsförmedlare från de olika grupperna gemensamt kallar in alla långtidsarbetslösa för informationsträffar. Ungdomsgruppen har inte mycket kontakter med de övriga grupperna på kontoret. Förutom sina egna gruppmöten har de också regelbundna möten med de socialsekreterare de samarbetar med.

Mellan grupperna finns inga formella kontakter eller samarbetsformer angående arbetsuppgifter. De kontakter som tas mellan olika handläggare är informella och mycket ”sker i korridorerna”. Åsikterna angående hur verksamheten bedrivs internt är blandade. Vissa handläggare efterlyser mer samarbete och tycker att de i större utsträckning borde arbeta i team. Andra handläggare uppskattar möjligheten att driva sina egna ärenden. De tycker snarare att arbetsuppgifter skall renodlas och att man borde koncentrera sig på det uppdrag förmedlingen har. Överlag tycker de intervjuade handläggarna att de kan föra fram sina åsikter, komma med förslag och de känner att kontorschefen och gruppledarna lyssnar på dem.

## **Extern samverkan**

Personalen på Arbetsförmedlingen samverkar i olika utsträckning med aktörer utanför organisationen. Det är framförallt de företagsansvariga handläggarna som har externa kontakter i huvudsak med arbetsgivare. Vägledarna har också externa kontakter med framförallt olika organisationer som bedriver utbildningar.

I det dagliga arbetet har handläggare på Arbetsförmedlingen bara sporadiska kontakter med de organisationer som ingår i DELTA. Dessa kontakter handlar främst om förfrågningar från Socialtjänsten och Försäkringskassan huruvida enskilda individer är inskrivna på Arbetsförmedlingen, vilket oftast sker skriftligt och ibland via telefonsamtal. Kontakten med Arbetsmarknadsinstitutet handlar i huvudsak om sökanden på arbetsförmedlingen som har särskilda behov att remitteras dit. Den kontakten sker i huvudsak skriftligt och handläggarna menar att det inte sker någon direkt samverkan med Arbetsmarknadsinstitutet.

Arbetsmarknadsinstitutet är geografiskt indelat till skillnad från Arbetsförmedlingens yrkesindelning. Det medför att kontakterna sker med Arbetsmarknadsinstitutet över hela Göteborg. Flera handläggare påpekar att de inte alltid går den formella vägen utan ringer till personer på Arbetsmarknadsinstitutet som de har en personlig kontakt med och löser de problem som behöver lösas. Andra handläggare uppfattar kontakterna med Arbetsmarknadsinstitutet som problematiska eftersom de upplever att det inte finns utarbetade rutiner för hur de skall samver-

ka. De har därför stora förhoppningar på de fullservicekontor som skall inrättas i den nya organisationen där handläggare från Arbetsförmedlingen och Arbetsmarknadsinstitutet kommer att arbeta tillsammans. Det är tydligt att DELTA inte har haft någon effekt på relationen mellan Arbetsförmedlingen och Arbetsmarknadsinstitutet.

Utifrån ett verksamhetsperspektiv finns det två tydliga exempel på DELTAs effekter på Arbetsförmedlingen. Det ena är Arbetsmarknadstorgets verksamhet och det andra är Ungdomsgruppens samverkan med Socialtjänsten.

#### ***Arbetsmarknadstorget***

På Arbetsmarknadstorget samarbetar handläggare från Arbetsförmedlingen och Socialförvaltningen kring individer som är långtidsarbetslösa, men som varken är renodlade A-kasseärenden eller enbart Socialtjänstären. Uppdraget finns alltså överallt i Göteborg men Arbetsmarknadsenheten på Hisingen, "Arbetsmarknadstorget", drivs i DELTAs regi. Handläggarna på Arbetsförmedlingen beskriver anledningen till att enheterna inrättats är att Socialtjänsten vill minska socialbidragen och vill hellre lägga över ärendena på Arbetsförmedlingen samtidigt som Arbetsförmedlingen bara kan arbeta med personer som är direkt anställningsbara. Arbetsmarknadsenheterna är alltså inriktat mot individer som hamnar mellan respektive organisations ansvarsområden.

Flera handläggare uttrycker en besvikelse över att Arbetsmarknadstorget inte kommit att fungera som den avlastning som de hoppats på eftersom de upplever att en stor del av de sökande är "tung" ärenden. Arbetsmarknadstorget kan säga nej då de har ett visst antal ärenden, vilket vissa handläggare på Arbetsförmedlingen uppfattar som orättvist. Att antalet "tung" ärenden har ökat beror enligt de intervjuade dels på den yrkesinriktning som kontoret har, dels att det bland de sökande finns en stor andel invandrare. Flera handläggare upplever att deras arbete i stor utsträckning handlar om medmänsklighet och att lyssna på de sökande som kan ha komplex problembild.

Den administrativa gruppen har en del kontakter med Arbetsmarknadstorget eftersom de flesta beslutsdokument och avtal vid upphandlingar hamnar hos gruppledaren för den administrativa gruppen. Det rör sig till exempel om utbildningsbidrag och arbetspraktik. Det är den kontakten som har varit anledningen till en del irritation. Från Arbetsförmedlingens sida upplever man att Socialtjänsthandläggarna har dålig förståelse för Arbetsförmedlingens rutiner, framförallt vad det gäller administrativa uppgifter.

#### ***Ungdomsgruppen***

Tidigare tillhörde ungdomsgruppen Transport-gruppen men bildar sedan hösten 1999 en egen enhet som i hög grad samverkar med andra organisationer. I samma korridor som ungdomsgruppen, sitter sex socialsekreterare som kommer från de olika stadsdelsförvaltningarna på Hisingen. Socialsekreterarna är anställda av Arbetsmarknadstorget och arbetar på Arbetsförmedlingen sedan ett och ett halvt år tillbaka. Socialsekreterarnas samordnare har emellertid arbetat på Arbetsförmedlingen sedan 1994. Två platsförmedlarna i ungdomsgruppen är anställda av Stadskansliet i Göteborgs kommun och arbetar särskilt utifrån den lag som kom 1998 om att ungdomar inte skall gå sysslolösa mer än 90 dagar. Detta är emellertid inte kopplat till någon DELTA-aktivitet.

Handläggarna i ungdomsgruppen har inte varit entydigt positiva till samarbetet med Socialtjänsten. Beslutet att de skulle samverka med Socialtjänsten var inte något de efterfrågat, utan kom "uppifrån". Socialsekreterarna som arbetar på Arbetsförmedlingen fick däremot söka dessa tjänster som särskilt inrättats och utformats för samverkan med Arbetsförmedlingen. Det innebär att socialsekreterarna som arbetar på Arbetsförmedlingen gjort ett medvetet val

att arbeta på det här sättet. Att arbeta med socialsekreterarna har, enligt handläggarna i ungdomsgruppen, emellertid haft en del positiva effekter som till exempel att man har en helt annan insikt i och förståelse för varandras arbete.

De problem som uppstått i samarbetet med Socialtjänsten är kopplade till att myndigheterna är organiserade på olika sätt. AF är ett yrkeskontor, vilket innebär att de sökande kan bo över hela Göteborg. Socialtjänsten däremot är indelad efter postnummer, det vill säga det är bara de som bor på Hisingen som socialsekreterarna på Arbetsförmedlingen arbetar med. Därför måste handläggarna på Arbetsförmedlingen tänka på var den sökande bor innan de förmedlar kontakten med socialsekreterarna. Det innebär att den service de kan erbjuda är begränsad till Hisingens kommun. Detta upplevs som orättvist bland handläggarna på Arbetsförmedlingen som är indelade efter bransch och arbetar med ungdomar från hela Göteborg. De olika organiseringsprinciperna är ett konkret exempel på problem som kan uppstå i samband med samverkan.

### **DELTA:s effekter ur ett verksamhetsperspektiv**

Utifrån verksamhetsperspektivet framgår det att Arbetsförmedlingens organisation är strukturerad utifrån en verksamhetslogik. Grupperna på kontoret motsvarar olika kategorier av sökanden istället för till exempel att verksamheten organiseras utifrån olika yrkeskategorier. Organisationsstrukturen i sig ökar inte möjligheterna att samverka internt i organisationen, utan det är snarare så att funktionerna på kontoret har renodlats. Arbetsförmedlingen skiljer ut de ärenden som kräver andra insatser än vad kärnverksamhet kan erbjuda. Det innebär att de delar av verksamheten där DELTA har tydliga effekter, till exempel Ungdomsgruppen och Arbetsmarknadstorget, har separerats från den övriga verksamheten. Samverkan sker med andra ord inte integrerat med kärnverksamheten och det stora flertalet handläggare på Arbetsförmedlingen deltar inte i några DELTA-aktiviteter. DELTA har paradoxalt nog en direkt effekt på Arbetsförmedlingens permanenta organisation eftersom vissa ”tyngre” ärenden aldrig ens hamnar där.

DELTA har bidragit till att Ungdomsgruppen och Arbetsmarknadstorget kunnat utvidga och fördjupa samverkan med andra organisationer. Ungdomsgruppens verksamhet fanns emellertid, om än i mindre omfattning, innan DELTA startade och Arbetsmarknadstorget som bedrivs i DELTA:s regi är inte en unik satsning utan de arbetar utifrån ett uppdrag som är formulerat för hela Göteborgsområdet. DELTA möjliggör för Ungdomsgruppen att samverka över organisatoriska gränser, det har dock även bidragit med en negativ effekt utifrån de sökandes perspektiv. Det är bara ungdomar boende på Hisingen, en grupp av alla de ungdomar som är inskrivna som sökande, som kan erbjudas kontakt med Socialtjänsthandläggarna.

### **PROFESSIONELLA PERSPEKTIVET**

I det här avsnittet kommer personalen på Arbetsförmedlingen att beskrivas utifrån deras kompetensprofil och indelning i olika yrkesgrupper. Därefter diskuteras specialiseringen av deras yrkesroller.

#### **Kompetensprofil**

Alla handläggare som arbetar på Arbetsförmedlingen har, oavsett om de har högskoleutbildningen eller inte, gått interna utbildningar som Arbetsmarknadsverket anordnar. De är överens om att det finns möjligheter för personalen att utvecklas inom Arbetsförmedlingen dels genom att de upplever att de kan påverka sin arbetssituation, dels genom utbildning av vidareutbildningar. Under lågkonjunkturen i början och mitten av 1990-talet rekryterades emellertid många nya handläggare till Arbetsförmedlingen. Det var då ett stort fokus på den beteendevetenskapliga dimensionen i arbetet, vilket medförde att personer med sådan utbildning an-

ställdes. Tidigare anställdes handläggare på Arbetsförmedlingen i huvudsak beroende på om de hade branschkunskap. Detta medför att det finns risk för friktioner internt bland personalen eftersom handläggarna har olika referensramar beroende på vilken bakgrund de har. Generellt sett uppfattas dock en blandning av personal med olika bakgrund som viktig av handläggarna. Branschkunskapen är viktig för kontakterna med arbetsgivarna och den beteendevetenskapliga bakgrunden är viktig då handläggare ofta möter individer som även har andra problem än att de är arbetslösa.

Under året som gått (år 2000) har flera personer sagt upp sig från sina tjänster på Arbetsförmedlingen. Det finns dessutom flera personer som är långtidssjukskrivna. Personalomsättningen gäller handläggare från alla yrkeskategorier på Arbetsförmedlingen. Olika anledningar till personalomsättningen förs fram. En del handläggare som intervjuats beskriver sin situation som att de arbetar på ett ”tungt” kontor, dels beroende på de yrkesinriktningar kontoret har och dels p.g.a. att en stor andel av de sökande är invandrare. De menar att detta kan ha påverkat personalomsättningen. Andra lyfter istället fram att det alltid finns en viss personalomsättning och det är helt naturligt eftersom kontoret har så många anställda. Det finns också handläggare som menar att det är de akademiker som anställdes under 1990-talet som nu söker sig vidare till andra arbeten med högre lön.

Personalomsättningen har medfört en ökad arbetsbelastning på dem som är kvar och omorganiseringar i och mellan grupperna har skett för att fördela om arbetsuppgifter. Kontorets budget är inte dimensionerad för det antal anställda som man har haft. Det har emellertid inte varit några diskussioner kring varsel eller personaluppsägningar. Ingen vet om vakanser kommer att tillsättas, dessutom avvaktar man förändringen av kontoren i Göteborgsområdet. Det bidrar till en osäker arbetssituation.

### **Yrkesgrupper**

Personalen på Arbetsförmedlingen kan delas in i administrativ personal, gruppleddare och handläggare som arbetar som platsförmedlare, vägledare och företagsansvariga.

Platsförmedlarna har den största andelen sökande och matchar dem mot lediga arbeten. De arbetar antingen i kundmottagningen eller i någon av grupperna. Deras arbete är väldigt konjunktur styrt. Vid högkonjunktur har man färre ärenden än vid lågkonjunktur, men kraven på kvalitet ökar och arbetsbelastningen är tyngre. Platsförmedlarna har dagliga kontakter med de företagsansvariga handläggarna som informerar om nyinkomna lediga arbeten.

Företagsansvariga handläggare har kontakt med arbetsgivare och ”hämtar hem” jobben. Den kontakt de företagsansvariga har med sökanden är då de utifrån ett rullande schema arbetar ute i ”Jobbinfo”. Dessutom har de företagsansvariga handläggarna hand om ombytessökande och deltidsarbetslösa för att avlasta platsförmedlarna.

Yrkesvägledarna arbetar med sökanden som av olika anledningar inte är ”jobb klara”. Ofta handlar det om att de sökande av någon anledning vill byta bransch eller inriktning och kanske behöver en ny eller kompletterande utbildning. Vägledarna fungerar som konsulter och är experter på specifika yrkesområden. Utifrån ett rullande schema finns det alltid någon yrkesvägledare som kan svara på allmänna vägledningsfrågor i kundmottagningen.

På kontoret arbetar de olika yrkesgrupperna väldigt självständigt. Vägledarnas och platsförmedlarnas arbetsuppgifter är inriktade mot de sökande. Det medför att de har ett annorlunda perspektiv på arbetsuppgifterna än de företagsansvariga handläggarna vars uppmärksamhet är inriktad mot arbetsgivare. Förmedlaren vet inget om arbetsplatsen och vilken kultur som råder

där, medan den företagsansvarige inte vet något om den sökandes bakgrund och situation. Handläggarna kan därmed delas in i dem som arbetar mot sökande och de som arbetar mot arbetsgivare.

De intervjuade handläggarna identifierar sig med vilken yrkesgrupp de tillhör. Inom de formella grupperna på kontoret finns inga formella rutiner för samarbete mellan de olika yrkesgrupperna, utan var och en har sina uppgifter. Trots det verkar den formella gruppindelning på kontoret baserad på bransch, till exempel industri och transport, vara starkare än de professionella grupperingarna. Det kan bero på att det finns gruppleddare för de formella grupperingarna och man har dagliga möten med den grupp man tillhör. Likaså är gruppleddaren den närmaste arbetsledaren. De formella strukturerna har därmed en stor betydelse.

Parallellt med en ökad specialisering pågår aktiviteter i verksamheten där utvecklingen av yrkesrollen delvis går åt motsatt håll. Ett exempel på det är mångfaldsgruppen där handläggare arbetar med både platsförmedling och med företagskontakter. De sökande i mångfaldsgruppen kommer både från Industri- och Transportgrupperna. Det innebär att de i högre grad får en helhetssyn och att deras yrkesroller utvecklas mot att bli mer generalister. Det sker emellertid en specialisering av handläggarna i mångfaldsgruppen som baseras på den begränsade målgrupp de arbetar med. Handläggarna i mångfaldsgruppen är därmed ett exempel på där den professionella rollen inte specialiseras utifrån indelning i yrkesgrupp men utifrån vilken målgrupp man arbetar med.

#### **DELTA:s effekter ur ett professionellt perspektiv**

Utvecklingen av handläggarnas yrkesroller på Arbetsförmedlingen går mot en allt tydligare specialisering. För det första i förhållande till deras yrkesgruppsindelning (platsförmedlare och vägledare) som bland annat förstärks av Arbetsmarknadsverkets utbildningar. I storstadsregioner finns även yrkesgruppen företagsansvariga som har en mycket avgränsad roll. För det andra sker en specialisering i förhållande till målgrupp, till exempel ungdomar, sökande med utomnordisk härkomst och långtidsinskrivna personer.

Utvecklingen av en allt tydligare specialisering av personalen bidrar också till tydligare gränsdragningar internt. Delar av denna specialisering kan relateras till DELTA eftersom de ärenden som innebär kontakter med andra organisationer har separerats från övriga grupper, vilket innebär en renodling av arbetsuppgifter. Specialiseringen av yrkesgrupper och indelning i allt tydligare målgrupper har inte lett till någon ökad samverkan internt på kontoret. Specialisering av personalen för att möta olika målgruppers behov kommer förmodligen ytterligare att förstärkas av den kommande organisationsförändringen med specialinriktade kontor. Ett exempel är de företags-/kundansvariga handläggare som koncentrerar sina insatser till att samarbeta med arbetsgivare i så kallade rekryteringskontor.

#### **SLUTDISKUSSION**

Ett par centrala punkter som framkommit i fallstudien är att samverkan inte diskuteras i några övergripande måldokument för verksamheten och att man separerar och koncentrerar olika ärenden i verksamheten, vilket medför att såväl enheterna som yrkesrollerna blir alltmer specialiserade.

Överordnade myndigheter (AMS, AMV och LAN) har inga uttalade ambitioner att driva utvecklingen av Arbetsförmedlingarna i Sverige samverkan med andra myndigheter. I de övergripande arbetsmarknadspolitiska målsättningar som styr Arbetsförmedlingarnas verksamhet betonas att personer som har särskilda svårigheter att få och behålla ett arbete skall stödjas, däremot uttrycks inga samverkansambitioner. För Arbetsförmedlingen på Hisingen är DEL-

TAs aktiviteter och därmed samverkan med andra organisationer ett sätt att stödja personer med särskilda svårigheter, till exempel genom Arbetsmarknadstorget och Ungdomsgruppen. Därmed kan man säga att Arbetsförmedlingen på Hisingen kommit långt i strävan mot att nå denna ambition, även om samverkan inte är en integrerad och uttalad strategi för verksamheten på kontoret.

Organisatoriskt sett hör Arbetsmarknadstorget till Arbetsförmedlingen och deras gruppledare ingår i Arbetsförmedlingens ledningsgrupp. Därmed har DELTA påverkat Arbetsförmedlingens organisation. Det har dock inte haft någon effekt på hur kontorets målsättningar är formulerade eller hur verksamheten på Arbetsförmedlingen bedrivs. De delar av Arbetsförmedlingens verksamhet där handläggare arbetar med sökanden med särskilda behov har separerats från Arbetsförmedlingens kärnverksamhet och lagts i särskilda enheter, som är DELTA-aktiviteter. Därmed sker inte samverkan med andra organisationer integrerat med den ordinarie verksamheten i den permanenta organisationen.

Arbetsförmedlingen separerar olika typer av ärenden från varandra. Det innebär en specialisering av de olika gruppernas uppgifter. På det sättet sker en renodling av verksamheten och av de olika yrkesrollerna på kontoret, vilket tydliggör DELTAs effekter på verksamheten. Det sker också en renodling av rollerna, vilket medför en specialisering av yrkesrollerna. Handläggarna arbetar i allt högre grad självständigt istället för att organisera för samverkan internt mellan olika yrkesgrupper eller externt mellan olika organisationer. Detta är ingen effekt av DELTA, men det är Arbetsförmedlingens strategi i förhållande till hur verksamheten skall organiseras och bedrivs.

### **3 ARBETSMARKNADSINSTITUTET**

#### **FALLSTUDIENS GENOMFÖRANDE**

Rapporten baseras på en fallstudie av AMI:s kontor på Hisingen som deltagit i DELTA-projektet sedan 1997<sup>2</sup>. Fallstudien grundas på intervjuer av ett urval personer med olika arbetsuppgifter. Totalt har tretton intervjuer genomförts under september 2000. Dessutom har dokument som verksamhetsplan och annat informationsmaterial. Urvalet har skett i samråd med chefen för kontoret och speglar olika yrkeskategorier med olika erfarenheter av DELTA-aktiviteter. Intervjuerna har varat i genomsnitt en timme och har bandats. Intervjuerna har varit öppna med möjlighet för respondenterna att ge sin beskrivning av den egna situationen och förhållningssättet till samverkansaktiviteter.

#### **AMI – EN FALLBESKRIVNING**

AMI är en organisation som arbetar med yrkesinriktad rehabilitering och är inriktad på att hjälpa särskilt utsatta personer med olika former av arbetshandikapp. Det är människor med speciella behov som behöver hjälp för att komma ut i arbete eller åtgärder.

”Huvudmålet för Arbetsmarknadsinstitutets verksamhet är att möjliggöra för arbetssökande med ett eller flera arbetshinder att komma ut på arbetsmarknaden och få möjlighet att finna ett arbete som så nära som möjligt stämmer överens med deras önskemål och förutsättningar.” (Informationsbroschyr ”Detta är Arbetsmarknadsinstitutet”)

---

<sup>2</sup> Det är också värt att notera att AMI vid årsskiftet 2000/2001 kommer att integreras och slås samman med Arbetsförmedlingen till en enda organisation.

AMI har funnits sedan 1980 och lyder under Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) och Länsarbetsnämnden (LAN). Det finns cirka 100 AMI-kontor i Sverige. AMI var tidigare underordnat arbetsförmedlingen som utredningsinstans. Man fick då inga egna remisser utan enbart de utredningsärenden som Arbetsförmedlingen skickade vidare. 1993 blev AMI en egen remissinstans. Det innebär att man fick fullföljandeansvar att hantera ärenden på remiss också från övriga offentliga organisationer (det vill säga inte bara Arbetsförmedlingen). Fullföljandeansvaret innebär att AMI fick ansvaret för de sökande till dess att de var återrehabiliterade till arbete. AMI fungerar nu som en länk till arbetsmarknaden för andra rehabiliteringsorganisationer som Försäkringskassan, Socialtjänsten, Psykiatri och Primärvården. Syftet med verksamheten är att utreda de sökandes arbetsförmåga för att kunna förklara de som ”att stå till arbetsmarknadens förfogande”.

AMI erbjuder en rad olika tjänster för de arbetssökande som anpassas efter deras rehabiliteringsbehov. Exempel på åtgärder är utredning av funktionsbedömning, vägledning, arbetsprövning, arbetsplatsanpassning, studie- och yrkesvägledning, arbetsmarknadsinformation, anställningsförberedande aktiviteter och samverkan med andra rehabiliteringsaktörer (ur ”Detta är Arbetsmarknadsinstitutet”). Det leder till en integration av alla arbetsmarknadsrelaterade åtgärder och skapandet av så kallade fullservicekontor.

### **AMI-Hisingskontoret**

AMI-Hisingen utgör ett av fem kontor med Göteborg som upptagningsområde. Förutom AMI-Hisingen finns det i Göteborg AMI-Angered, AMI-Centrum, AMI-Frölunda och AMI-Karl Johan. De olika kontoren har anslagit särskilda resurser till olika målgrupper som invandrare, psykiskt arbetshandikappade, intellektuellt arbetshandikappade, socialmedicinskt arbetshandikappade samt syn- och hörselskadade. AMI-Hisingen har i sin tur särskilda resurser för psykiskt arbetshandikappade. Verksamheten är geografiskt indelad och AMI-Hisingen har ansvar för sökande boende i någon av de olika stadsdelsnämnderna på Hisingen, det vill säga Lundby, Backa, Biskopsgården, Tuve Säve, Kärra Rödbo och Torslanda.

I arbetsplanen för 1999 fastslogs att verksamheten skall inriktas på att:

- Utveckla sättet att organisera servicen runt den sökande så att fler sökande ges möjlighet att få arbete eller utbildning med sikte på arbete.
- Varje arbetslag tar gemensamt ansvar för en sökandes hela rehabiliteringsprocess inom AMI det vill säga från den inledande kontakten och utredningen till att den sökande placeras i arbete eller annan åtgärd.
- Service till den sökande ges utifrån dennes behov och då med rätt servicenivå.
- Arbetet med den sökande genomförs som ett lagarbete med den sökande som processägare och aktiv part.
- Den sökande i största möjliga omfattning själv driver sin egen rehabiliteringsprocess.
- Den sökande ges möjlighet att själv skaffa information.
- Information till sökande skall i större omfattning ges vid gruppträffar och kopplade till yrkestorget. (Arbetsplan AMI Hisingen 1999)

### **STYRNINGSPERSPEKTIVET**

AMI är en utpräglat decentraliserad organisation. Det finns i princip inga beslutsnivåer mellan kontorschefen och de enskilda handläggarna. Däremot finns det olika arbetsgrupper inom verksamheten som skapar en viss styreffekt. I stora drag är verksamheten idag indelad i tre stora huvudgrupper: yrkestorget, utredningsgruppen och jobbfokusgruppen.

Yrkestorget är AMIs kundmottagning. Det är hit de sökande först vänder sig när de kontakter AMI. Personalen är inriktad på att aktivera de sökande att själva söka utbildning, arbete eller praktikplats. Yrkestorget fungerar som en sluss som dels servar de sökande som har behov av de tjänster som finns på yrkestorget ("lättare fall" som klarar sig mycket själva), dels skickar vidare de sökande som har behov av djupare utredning och mer hjälp. Utredningsgruppen tar således hand om mer krävande fall där det är nödvändigt med specialistkompetens hos handläggarna, som till exempel psykologkompetens. Jobbfokusgruppen arbetar slutligen mer direkt mot arbetsmarknaden för att finna olika former av arbeten för de sökande (det kan handla om vanliga arbeten, lönebidragstjänster eller praktikplatser).

I grupperna finns en gruppansvarig och man har möten en gång i veckan eller efter behov. Även om grupperna utgör en viktig del i verksamhetens struktur så är det ändå en stark fokusering på de enskilda handläggarna och deras ansvar för respektive ärende. Grupperna används vid behov men är inte formaliserade i någon större utsträckning. En del handläggare ser grupperna som tidskrävande eftersom det tar tid från den egna ärendehantering. Andra ser en potential i grupperna som en möjlighet att hantera ärenden mer effektivt. Samverkan externt sker utifrån de enskilda handläggarnas kontakter med organisationer i respektive ärende. De olika grupperna har således inte externa kontakter.

Till saken hör också att de olika gruppernas förändringar under de senaste åren och frånfallet av personal har gjort att man söker sin trygghet i det egna arbetet. En annan faktor är att de flesta ärenden som hanteras av handläggarna har funnits med i systemet sedan en längre tid och alltså inte slussats in via de nu gällande grupperna. Mycket av de externa kontakterna bygger på personliga kontakter mellan handläggare på AMI och handläggare på andra myndigheter. Det handlar om att det finns personkännedom och att man kan gå förbi vissa hinder om man känner personen ifråga.

Verksamheten drivs av två parallella styrmekanismer, den professionella och den politiska. Den politiska styrningen tar sig ofta uttryck i olika kvantitativa målsättningar som till exempel den nu rådande ambitionen att minska den öppna arbetslösheten till 4%. De politiska direktiven beslutas på riksnivå och får sedan genomslag i de olika verksamheterna. Den professionella styrningen utgår ifrån handläggarnas ambitioner att ge en bra behandling efter de sökandes behov och att rehabilitera så många som möjligt till arbete. Det är inte ovanligt att de båda styrningsmekanismerna hamnar i konflikt. Den politiska styrningen beskrivs till exempel av många handläggare som väldigt kortsiktig. Ett exempel är när lönebidragen togs bort under en period eftersom pengarna tagit slut. Det skapar problem om man som handläggare lovat sökande åtgärder som inte kan realiseras.

Inom de olika grupperna finns också en mer informell ansvarsfördelning. Den grundar sig bland annat i handläggarnas olika professionella specialiteter. Som handläggare skapar man sin egen "nisch" i gruppen. Exempelvis tar psykologer ärenden av mer psykologisk karaktär som är i behov av just det kunnandet. Det kan också yttra sig i att till exempel äldre handläggare har hand om äldre sökande eftersom de ofta har svårt att anförtro sig till yngre handläggare. I det här fallet rör det sig om en horisontell ansvarsfördelning grundad i handläggarnas professionell kompetens. Det skapas en naturlig arbetsdelning i grupperna. Utvecklingen har överhuvudtaget gått mot en ökad specialisering. Tidigare var det i större utsträckning så att alla handläggare skulle behärska alla områden och ärenden fördelades istället jämnt över handläggarna (på samma sätt som de fördelades jämt mellan de båda arbetslagen). Det var något som specialisterna hade invändningar mot, eftersom de kände sig osäkra när de hantlade ärenden som låg utanför deras kompetensområde.



## **DELTA:s effekter ur ett styrningsperspektiv**

De omorganiseringar som gjorts av AMI går inte att tydligt koppla till DELTA utan härrör sig snarare från centrala direktiv, till exempel att arbeta mer med aktivering av sökande via yrkestorg. Möjligen kan uppdelningen i de olika grupperingarna (yrkestorg, utredning och jobb-sök) beskrivas som en lokal förändring av verksamhetens organisering inspirerad av samverkanstanken. Tanken med den nya strukturen har varit både att förbättra flödet av ärenden och att effektivisera kärnverksamheten (att inte låta ärenden gå vidare från yrkestorget om det inte är absolut nödvändigt).

En viktig aspekt är DELTA-aktiviteternas relation till AMI:s verksamhet. De DELTA-aktiviteter som drivits av AMI har inte integrerats i den ordinarie verksamhetsstrukturen utan fungerat som separata enheter (exempelvis Drivkraft). Däremot har en stor del av de anställda varit (och är fortfarande) involverade i olika DELTA-aktiviteter. Många är delfinansierade genom olika projekt vilket innebär att man delar sin tid mellan AMI och ett eller flera DELTA-projekt. Det upplevs ibland som splittrande för personalen men ger också en ökad förståelse för andra organisationers sätt att arbeta. Det beskrivs ofta som att en av de största vinsterna har varit att man fått mer personliga kontakter, vilket underlättar den dagliga kontakten med andra organisationer.

Målsättningarna för verksamheten innehåller inte någon direkt syftning på samverkan men det finns med som en underförstådd ambition. Överhuvudtaget är styrningen av verksamheten inte så påtaglig. Det handlar om övergripande verksamhetsmål och de regler och förordningar som sedan tolkas av de enskilda handläggarna. En synpunkt som framkommit är att styrningen till och med kan vara för otydlig, det vill säga att man efterfrågar tydligare direktiv och ramar för verksamheten och hur regler och målsättningar ska tolkas. DELTA har således inte fått någon tydlig effekt på den interna organiseringen av verksamheten. Däremot har alternativet för extern samverkan ökat.

Personalen är överlag positivt inställda till samverkan, men ser samtidigt de praktiska problemen det ibland innebär som bland annat kan bero på skillnader i synsätt mellan olika organisationer. Det finns också de som framhåller att DELTA-aktiviteterna till viss del har utarmat kärnverksamheten eftersom personal som gått dit inte har ersatts med andra. Man upplever också att förutsättningarna för samverkan är mer gynnsamma inom ramen för projekten än inom den ordinarie verksamheten. En viktig anledning till det är att det finns andra regelmässiga förutsättningar och dessutom mer ekonomiska resurser. Det innebär att man i projekten kan lägga mer tid och arbeta mer förutsättningslöst utan att hindras av den ordinarie verksamhetens regelverk och begränsade ekonomiska resurser.

## **VERKSAMHETSPERSPEKTIVET**

AMI:s verksamhetsinriktning bygger på de sökandes olika behov och handläggarnas kompetensinriktning. Även om verksamheten bedrivs inom ramen för de olika arbetsgrupperna så är det relationen mellan handläggare och sökande som bestämmer arbetets inriktning. Ärendegången för de sökande går ofta till så att de olika organisationerna skickar ärenden på remiss som hamnar på yrkestorget som första instans. Tanken är att yrkestorget ska uppmuntra de sökande till självhjälp. Man försöker klara av så många ärenden som möjligt och tar ibland hjälp av specialister. Om yrkestorget inte räcker till skickas ärendena vidare till utredningsgruppen och jobbfokusgruppen. Den sistnämnda är speciellt inriktad på att hitta arbets- och åtgärdsalternativ. Tidigare var ärendegången något annorlunda eftersom de två AMI-lagen delade på alla ärenden oavsett inriktning.

Till saken hör att den förändring som genomfördes vid årsskiftet 99/00 också har syftat till att försöka minska mängden ärenden som går in i verksamheten (det vill säga utredningsgruppen och jobbfokusgruppen). Det beror dels på den förestående organisationsförändringen, där AMI och Arbetsförmedlingen ska slås ihop, dels på grund av att handläggarna på AMI redan är hårt belastade med ärenden. Ytterligare en orsak är att det gått ut centrala direktiv på att införa yrkestorgsverksamhet på AMI-kontoren och att i större utsträckning arbeta med att aktivera de sökande till självhjälp.

Yrkestorget fyller därför flera viktiga funktioner dels avlastar man kärnverksamheten (det vill säga utredningsgruppen och jobbfokusgruppen), dels lever man upp till målsättningen att aktivera de sökande att själva lösa sina problem och på samma gång skyndar man på ärendeflödet. Det sistnämnda beror på att ärenden som går in i kärnverksamheten ofta har en längre behandlingstid eftersom de berörda arbetsgrupperna är hårt belastade. Därför remitteras bara ärenden dit som har speciella behov av djupare utredning och specialishjälp (exempelvis psykologhjälp). En del ärenden hålls också kvar av handläggarna på yrkestorget men får hjälp av specialister från kärnverksamheten.

En viktig orsak till kärnverksamhetens hårda arbetsbelastning är det stora antal ärenden som handläggarna ansvarar för. Många ärenden har funnits med i systemet en längre tid (det vill säga före den senaste omorganiseringen) och dessutom har handläggarna fått ta över ärenden från annan personal som slutat, sjukskrivits eller av annan anledning inte längre kan stå kvar som ansvariga. Det innebär att handläggarna idag har ansvaret för en del ärenden som kanske inte kräver den specialistkompetens som de har och istället hade kunnat hanteras av yrkestorget. De ärenden som remitteras till AMI har således olika tyngd och behov. Många behöver bara lite vägledning och hjälp på vägen. De kan då få stöd på yrkestorget där de efter en till två månaders väntetid kallas till information och bland annat får lära sig hur man söker i dataregistren. Efter tre träffar kan man få träffa en handläggare på yrkestorget. Handläggarna bedömer sedan om de sökande behöver hjälp av utrednings- eller jobbfokusgruppen och om de klarar att med stöd av yrkestorget ordna till exempel praktik eller utbildningsplats.

Tidigare kallades man direkt till en enskild handläggare i något av de två lagen, men idag fungerar yrkestorget som en sluss och endast de mer krävande fallen slussas vidare. I princip ska dock de ärenden som kommer till AMI vara arbetstränade och klara för arbetsmarknaden. AMI:s uppgift blir då att bedöma vad de sökande kan arbeta med och i vilken omfattning. Det leder ibland till att man konstaterar att de inte klarar arbete utan behöver ytterligare stöd och åtgärder. Det är också en källa till konflikter med andra organisationer, huruvida de sökande verkligen är redo för arbetsmarknaden eller om de i själva verket borde genomgå ytterligare rehabilitering.

Den typen av kontakt mellan organisationer kan ibland leda till konflikter eftersom det kan finnas olika uppfattningar om vem som har ansvar för den sökande och i förlängningen också betalningsansvar. De olika organisationerna drivs av olika intressen och olika regelverk vilket kan skapa hinder för samverkan. Att olika organisationer till exempel har olika system och datum för utbetalning av ersättning kan skapa stora problem, inte minst för den sökande som till exempel ska gå över till en annan ersättningsform (det vill säga att en annan organisation tar över ansvaret). Ett annat exempel är sekretesslagen som innebär att individerna måste ge sitt samtycke för att information ska kunna cirkulera mellan olika organisationer i samverkan. Det är också ett exempel på DELTA-aktiviteternas fördelar eftersom de ärenden som hanteras där fått individernas godkännande, vilket undanröjt sekretessproblemet.

Det externa samverkansarbetet gäller ärenden som på olika sätt berör olika organisationer. De flesta ärenden kommer på remiss från antingen Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Primärvården eller Socialtjänsten. Det kan röra huruvida sökande verkligen är redo för arbetsmarknaden eller om de är i behov av andra åtgärder än vad AMI kan ge. Ofta handlar det om vem som bör ha ansvar för ärendet och bäst kan tjäna den sökande. Det handlar både om prövning av de ärenden som kommer från övriga organisationer på remiss och de ärenden som prövats av AMI i olika åtgärder. Samverkan är en fråga om att finna den för individen bästa helhetslösningen men i praktiken handlar det ofta om att klargöra ansvarsfrågan för respektive organisation. En fördel med DELTA-aktiviteterna är att det finns en gemensam överenskommelse om delat ansvar från början.

### **DELTA:s effekter ur ett verksamhetsperspektiv**

DELTA har fått vissa effekter för verksamheten och hur ärenden hanteras. Det handlar till viss del om organiseringen men också den interaktion och samverkan som sker med andra organisationer. Organiseringen i yrkestorg, utredning och jobbfokus ligger i linje med DELTAs ambition att skapa ett bättre flöde av sökande och underlätta den arbetsinriktade rehabiliteringen. Den förändrade organiseringen av AMI-Hisingen är dock både ett resultat av centrala direktiv (i fallet med yrkestorget) och lokala lösningar (i fallen med utrednings- och jobbfokusgrupperna). Den nya organisationen kan inte specifikt kopplas till DELTA men ryms inom ramen för dess filosofi. Som tidigare nämnts syftar organisationen också till att rationalisera ärendehantering och avlasta kärnverksamheten.

Vad gäller den externa samverkan har DELTA förmodligen åstadkommit större effekter. DELTA har gett ytterligare möjligheter att utföra åtgärder som kanske inte hade varit möjliga i den ordinarie verksamheten. Många av handläggarna ser DELTA-aktiviteterna som ”ytterligare ett verktyg i verktygslådan” som de kan använda för att ge fler alternativ till sina sökande. DELTA står för finansieringen vilket gör att kärnverksamheten inte belastas ekonomiskt. Den ekonomiska faktorn går inte att förringa eftersom de hinder som ibland uppstår för samverkan mellan organisationer ofta beror på oenighet om vem som ska bekosta åtgärderna.

De som deltagit i DELTA-aktiviteter framhåller ofta att det är lättare att samverka ”på neutral plan” och med extern finansiering än vad som är fallet i det ordinarie arbetet. Det man får med sig är en bättre förståelse för de andra organisationernas sätt att arbeta och framhåller också att man får bättre personliga kontakter. En annan viktig faktor är att man i DELTA-aktiviteterna har en större möjlighet att samordna de olika regelverken på ett sätt som inte är möjligt i den vardagliga verksamheten. Många är också skeptiska till möjligheterna att integrera DELTA-aktiviteterna och dess arbetssätt i den ordinarie verksamheten.

Ytterligare en funktion som DELTA-aktiviteterna kan ha för de enskilda handläggarna är att skapa alternativa kontaktytor. Eftersom man är så beroende av de personliga kontakterna för att samverka med andra organisationer skapar det problem om relationen med någon person på en annan organisation inte fungerar. DELTA-aktiviteterna kan ge möjligheter att hitta alternativa kontaktvägar till en organisation genom att lära känna andra personer. Det understryker DELTAs betydelse som nätverksskapande på handläggarnivå.

### **DET PROFESSIONELLA PERSPEKTIVET**

Det finns flera olika yrkesgrupper representerade i verksamheten. I grunden är de flesta handläggare. De olika specialiteter som finns representerade är psykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och socionomer. Det finns också en hel del allmänna handläggare som benämns arbetskonsulenter. Kompetensen varierar från gymnasiekompetens till högskoleutbildning. Det är bara för specialistfunktionerna som det är krav på högskoleutbildning.

De flesta ser handläggarsarbetet som ett mycket självständigt arbete med stor egen frihet. Samtidigt innefattar det samarbete både inom och utom organisationen. Det är just balansen mellan det individuella arbetet och det stora behovet av samverkan som utmärker handläggarnas arbete. Arbetet är enligt flera av de intervjuade självständigt men också utsatt. Det hänger samman med att varje handläggare är personligt ansvarig för sina ärenden. Arbetsbelastningen har under senare år ökat eftersom människor slutat, blivit sjukskrivna eller involverats i andra aktiviteter som till exempel DELTA. Samtidigt som personalen minskat har inte nyanställning skett i samma omfattning vilket i sin tur lett till att varje handläggare måste hantera ett större antal ärenden idag än tidigare. Överhuvudtaget är just relationen mellan handläggarna och de sökande det som styr det mesta av arbetet. Det kan tolkas både positivt och negativt. Det positiva är att det finns en stor professionell frihet för handläggarna att ta egna beslut och göra egna bedömningar. Det negativa är att man som handläggare ofta är ensam i sina beslut och utlämnad till de egna bedömningarna. Det finns samtidigt flera handläggare som efterlyser tydligare direktiv och styrning av verksamheten för att få mer enhetliga bedömningar i olika ärenden.

Den decentraliserade organisationen upplevs av flera handläggare som mer negativt än positivt. Även om den individuella friheten är stor så skapar det samtidigt en utsatt situation. Man efterlyser någon slags stödfunktion och mellannivå i form av till exempel en tillförordnad chef som mer arbetar med personalfrågor och den interna verksamheten. En möjlig lösning skulle kunna vara att de olika arbetsgrupperna fungerar som ett stöd för handläggarna, men enligt de flesta så fungerar det inte så idag. Handläggarna söker ofta stöd hos kollegor och i viss mån även den egna arbetsgruppen. Vad som efterfrågas är dock mer formaliserade och uttalade normer för bedömning och tolkning av existerande regler.

#### **DELTA:s effekter ur ett professionellt perspektiv**

Den professionella delen av verksamheten har inte påverkats så mycket i och med DELTA. Handläggarna är överlag positiva till samverkan, men eftersom det alltid har varit ett naturligt inslag i verksamheten kopplas det inte nödvändigtvis just till DELTA. I handläggarsrollen ligger ett naturligt inslag av samverkan. De flesta är också positivt inställda till filosofin bakom DELTA och tanken att ställa den sökande i fokus. Samtidigt upplever man att regelverk och målsättningar för den egna verksamheten försvårar samverkan. Det gäller till exempel den politiska styrningen som gör att kvantitet i hanterade ärenden prioriteras framför kvalitet. Det verkar också vara så att samverkan i hög grad sker på individbasis, det vill säga handläggarna sköter sina egna ärenden och samverkar med de organisationer som berörs.

Det finns olika inställning hos handläggarna vad gäller samverkan i grupp. En del är mycket positiva och anser att det borde göras i betydligt större utsträckning än vad som är fallet idag. De ser det som viktigt av flera orsaker. En anledning är att skynda på processen genom att ge olika handläggare med olika inriktning möjlighet att diskutera ärendet. En annan anledning är att det skulle kunna öppna upp relationen mellan den enskilde handläggaren och den sökande och därigenom underlätta balansen mellan den professionella bedömningen och den personliga relationen. Det blir lätt en alltför nära relation mellan handläggare och sökande vilket inte är bra för någon part. Det skapar också en ovilja att diskutera ärenden i grupp. Ytterligare en fördel med gruppsamverkan skulle då vara att man kunde skynda på processen.

En del upplever arbetsgrupper som mer problematisk. Ett vanligt argument är att det är tidsödande att träffas i grupp och diskutera enskilda ärenden. Det var enklare tidigare när ärendemängden var mindre och man hade tid att sätta sig in i de andras ärende. Idag med det större arbetstrycket är det svårt att hinna med gruppaktiviteterna. Utifrån det synsättet är ärende-

hantering i grupp en långsammare hantering. Eftersom det tar så mycket tid att dokumentera och bokföra all information kring de sökande är det mest rationellt att sköta det själv.

De flesta handläggarna på AMI är positiva till samverkan, men ser samtidigt hinder för att kunna realisera målen. Förutom det som redan nämnts vad gäller tidsbrist och olika synsätt mellan organisationer så är den uttalade individfokuseringen och betoningen av relationen handläggare-sökande viktiga orsaker. I yrkesrollen finns ett starkt engagemang och ansvar för den enskilde sökande, som ibland gör det svårt att släppa ärendet till grupperna för diskussion. Det innebär ju samtidigt att man diskuterar de enskilda handläggarnas prestationer och resultat.

## **SLUTDISKUSSION**

Sammantaget så har fallstudien av AMI visat på att DELTA inte har fått några genomgripande konsekvenser men att det ändå går att skönja vissa mönster. Det är intressant att AMI har varit involverad i olika DELTA-aktiviteter och ändå förefaller inte den ordinarie kärnverksamheten ha förändrats i så stor utsträckning. I DELTA-aktiviteterna kan man sätta åt sidan de olika regelsystemen och finansieringsfrågan och mötas på ”neutral mark”. Det är däremot svårare i den dagliga verksamheten. Den tydligaste effekten är bättre förståelse bland handläggarna för övriga organisationers sätt att arbeta. Det har också resulterat i en positiv inställning till samverkan i allmänhet. En annan effekt som framhålls som mycket positiv är att man fått mer personliga kontakter med människor på andra organisationer. Det är något som underlättar de dagliga kontakterna och har bl.a. lett till att man fått bättre access till primärvården (relationerna till Försäkringskassa och Socialtjänst var redan etablerade i stor utsträckning).

Paradoxalt kan arbetet på AMI beskrivas som både väldigt samverkansinriktat och individinriktat. Hanteringen av ärende och den ökande mängden skapar en situation som inte gynnar samverkan utan snarare leder till en ökad specialisering inom AMI:s verksamhet. Den externa samverkan har kommit längre än den interna. Själva handläggrollen verkar inte heller gynna samverkanstanken inom AMI. Den professionella yrkesidentiteten skapar en bild av individuell frihet och ansvar som tenderar att förstärka egenarbetet framför samverkan i grupp. Även om det finns olika försök till att skapa nya samverkansformer (förutom DELTA-aktiviteterna) så bygger dessa på individuella initiativ efter uppskattade behov. Det sker inte genom formaliserade rutiner. Eftersom det kan vara svårt och tidskrävande att organisera möten med andra organisationer (och även internt) så blir det lätt att man föredrar att sköta arbetet på egen hand.

En slutsats är därför att samtidigt som samverkan verkar fungera väl inom och i kontakt med de olika DELTA-aktiviteterna så verkar det vara sämre inom den ordinarie verksamheten. De gränser som kan överskridas i projekten tack vare ökade resurser och bättre förutsättningar vad gäller ”regelharmonisering” och allmän öppenhet förstärks snarare i den resursbegränsade ordinarie verksamheten. Minskade resurser förstärker gränserna mellan organisationer och leder till hårdare bedömningar i ansvarsfrågan (det vill säga vilken myndighet som ska ha ekonomiskt ansvar för ett ärende). Det visar att även om DELTA överlag fått ett positivt mottagande på AMI så finns det många andra faktorer som spelar in och försvårar samverkan i den ordinarie kärnverksamheten.

## **4 FÖRSÄKRINGSKASSAN**

Försäkringskassan på Hisingen består av två kontor där verksamheterna har renodlats utifrån vilken typ av ärenden som handläggs. Det ena kontoret arbetar med pension och bidrag, till exempel föräldrapenning. Det andra kontoret ingår som en samverkanspart i DELTA, och utgör fokus i denna fallstudie. Verksamheten vid kontoret är inriktad mot att betala ut sjukpenning och arbeta med åtgärder mot ohälsa. Försäkringskassan har ingått som samverkanspart i DELTA sedan starten 1997 och har under denna tid genomfört ett antal förändringar. Bland annat så har Försäkringskassorna i Västra Götaland slagits ihop till en organisation i samband med bildandet av Västra Götalands län.

### **FALLSTUDIENS GENOMFÖRANDE**

Det material som ligger till grund för den här rapporten är intervjuer samt dokument såsom verksamhetsplan och årsredovisningar. Under mars 2000 har tio chefer och handläggare intervjuats. Urvalet av respondenter har gjorts så att de representerar olika yrkeskategorier på kontoret. Ett annat urvalskriterium har varit att de inte direkt arbetar med aktiviteter i DELTA, eftersom fokus i studien är att belysa effekterna på den permanenta organisationen snarare än de specifika DELTA-aktiviteterna. Ambitionen för studien är att påvisa vilka uppfattningar som råder bland personalen på Försäkringskassan rörande styrning, verksamhet och profession.

Intervjuerna har präglats av öppna frågor om Försäkringskassans organisation och verksamhet. De har tagit cirka en timme och har bandats. En fördel med öppna intervjuer är att respondenten på Försäkringskassan har kunnat påverka samtalet och ge sin bild av organisationen. Det bör påpekas att intervjuerna gjorts under en avgränsad tidsperiod, vilket medför att den bild som respondenterna förmedlar givetvis är påverkad av det som sker i organisationen vid den specifika tidpunkten.

### **FÖRSÄKRINGSKASSAN - EN FALLBESKRIVNING**

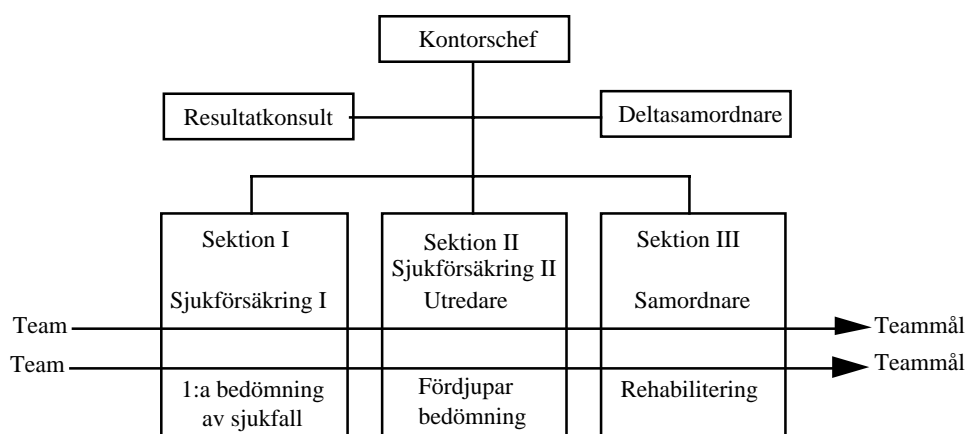
Försäkringskassornas huvudsakliga syfte är att verka för ekonomisk trygghet för medborgarna vid sjukdom, handikapp, ålderdom och vård (SOU 1996:64). Ett annat syfte är att förebygga ohälsa och ett tredje syfte är att offensivt arbeta med och samordna rehabiliteringen för att öka människor möjligheter att återinträda på arbetsmarknaden. Dessa syften kan sammanfattas i att Försäkringskassornas väsentligaste uppdrag är att ge ekonomisk trygghet och främja rehabilitering.

Det ansvar som syftet med Försäkringskassorna definierar är tvådelat. För det första handlar det 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. För det andra har Försäkringskassorna ett ansvar för att samordna rehabiliteringsverksamheten. Den delen av uppdraget, vad gäller samordning av arbetsrehabilitering av långtidssjuka, har framför allt blivit tydlig under 90-talet. Det ansvaret är dock främst av administrativ karaktär (Lindqvist, 2000). De konkreta insatserna utövas främst av aktörer som till exempel arbetsgivare och vårdinstitutioner, medan Försäkringskassorna samordnar insatserna.

Försäkringskassornas verksamhet styrs av såväl nationella som regionala och lokala mål. Regeringen reglerar verksamheten via Riksförsäkringsverket genom ”Regleringsbrev för Försäkringskassorna”. Regleringsbrevet för år 2000 innehåller bl.a. beslut om mål, redovisningskrav

och medelsfördelning. Det som först presenteras i regleringsbrevet är "Vision 2005" som skall tjäna som utgångspunkt för verksamheten och leda socialförsäkringsadministrationen fram till år 2005. I visionen betonas också vikten av att möta enskilda individers behov. 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. De kvantitativa målen kan ses som prestationskrav medan de övergripande målsättningarna och "Vision 2005" ger uttryck för vilket förhållningssätt till verksamheten som skall råda bland personalen. Dessa målsättningar ligger i linje med de försöksverksamheter, till exempel DELTA, som bedrivs runt om i landet.

Med utgångspunkt i "Vision 2005" beskriver Försäkringskassan Västra Götaland ett mål med verksamheten som "*med människan i centrum samverkar vi med andra*" (sidan 4 Årsredovisning 1999). Försäkringskassan i Göteborg består av 17 kontor och ingår sedan 1 januari 1998 i försäkringskassan Västra Götaland. På kontoret på Hisingen, som ingår i denna studien, arbetar cirka 80 personer. Kontoret styrs av kontorschefen och två sektionschefer. Kontoret är organiserat i tre sektioner där handläggarnas arbetsuppgifter och yrkesroller renodlats. Sektionerna ligger i sekvens (se Figur 4.) och handläggarna i respektive sektion ansvarar för olika processer i ett försäkringsärende. Sedan 1997 är verksamheten dessutom geografiskt indelad med olika team som arbetar gentemot olika stadsdelar på Hisingen. Teamen består av handläggare med olika kompetenser och arbetar med utredningar och gemensamma bedömningar av enskilda individer<sup>3</sup>.



Figur 4. Försäkringskassans organisation i januari 2000.

Ärendegången kan beskrivas i kronologisk ordning. De första tjugooåta dagarna hanteras av sektion I där en första bedömning av sjukfallet görs. Från och med dag tjugonio görs en fördjupad utredning, sektion II's ansvarsområde, och vid behov kopplas en rehabiliteringssamordnare till ärendet, sektion III. De försäkrade är sedan 1998 indelade i två kategorier: arbetslösa och anställda. Indelningen i arbetslösa och anställda berör inte de handläggare som arbetar i sektion I. Däremot arbetar försäkringsrättsutredarna och rehabiliteringssamordnarna antingen mot anställda eller arbetslösa.

Det lokala kontoret på Hisingen arbetar utifrån de mål som presenteras i såväl regleringsbrevet som på regionnivå. De kvantitativa målen relateras till specifika förutsättningar som råder i verksamheten, det vill säga vilka realistiska möjligheter de har att uppnå målen. Jämförelser

<sup>3</sup> Handläggarna på försäkringskassan benämner dem "de försäkrade", en benämning som också används här.

mellan kontorets statistik och statistik för övriga kontor i Göteborg och nationellt görs. Dessutom presenteras i verksamhetsplanen för kontoret vilka åtgärder som skall vidtas för att målen skall uppnås och hur resultat skall följas upp. I följande avsnitt kommer Försäkringskassan att beskrivas utifrån de intervjuade handläggarnas och chefernas beskrivningar av styrning och verksamhet samt utifrån ett professionellt perspektiv.

## **STYRNINGSPEKTIKET**

I detta avsnittet fokuseras Försäkringskassans styrning och struktur. Den formella strukturen kan ge indikationer på vad som är organisationens grundläggande antaganden, värderingar och normer. Respondenternas syn på organisationsstrukturen och den organisering av personalen i självplanerande grupper som just kommit till stånd presenteras. I dessa beskrivningar framkommer olika aspekter på styrningen så som beslutsfattande, kontroll samt fördelning av ansvar och befogenheter.

### **Organisationsstruktur**

På Försäkringskassan har ett flertal interna omorganisationer genomförts under slutet av 1990-talet. En genomgripande förändring gjordes samtidigt som DELTA-aktiviteterna startade. Personalen i de tre sektionerna delades in i team som skulle arbeta mot olika stadsdelar, det vill säga en geografisk indelning. Försäkringskassan på Hisingen var den första Försäkringskassan i Sverige som gjorde en sådan indelning. De var också först med att låta ett team arbetade mot stora arbetsgivare. Traditionellt sett är Försäkringskassorna i Sverige organiserade utifrån principen om dagindelning och det datasystem som används är uppbyggt kring det. Det innebär att ärenden sorteras utifrån individers personnummer.

”Vad vi tyckte var att människor som är födda dag ett inte har så mycket gemensamt. Vi utgår istället från ’Hur kan vi hjälpa en specifik individ bosatt i ett visst område?’. Därför delade vi in verksamheten i geografiska områden.”

De flesta handläggarna anser att den geografiska indelningen är ett bra sätt att organisera verksamheten. Personalen vid Försäkringskassan är överens om att indelningen av organisationen i geografiska områden är en effekt av DELTA. Olika skäl till varför den interna organisationen på Försäkringskassan förändras förs fram. En anledning till att arbetsorganisationen förändras är att handläggarna skall bli mer specialiserade, det vill säga arbeta mot mer avgränsade grupper av individer och därmed utveckla sina yrkesroller för att möta deras specifika förutsättningar. En andra anledning som förs fram är att mindre organisatoriska enheter innebär att handläggarna arbetar närmare varandra och i större utsträckning kan dra nytta av varandras kompetenser och komplettera varandra. Ytterligare en anledning är att grupper av försäkrade som bor inom ett geografisk område eller arbetar för samma arbetsgivare har mer gemensamt än grupper som är födda samma dag.

Den geografiska indelningen innebar dock allt för stora problem och ytterligare arbetsbörda för de handläggare som arbetar med den första bedömningen av sjukfallen. Alla register som Försäkringskassan har bygger på traditionell dagindelningsprincip, det vill säga ärenden sorteras och registreras utifrån personnummer. Problemet yttrade sig i att mycket tid, uppskattningsvis en årsarbetare, gick åt till att sortera inkomna ärenden. Sektion I har därför återgått till en dagindeldad organisation sedan april 2000. En effekt av återgång är att handläggarna i sektion I inte längre ingår i team tillsammans med försäkringsrättsutredarna och rehabiliteringssamordnarna. Utredare och samordnare fortsätter emellertid med geografiska indelningen, vilket har fått konsekvenser för det interna samarbetet.

”Jag vet inte längre vem jag arbetar mot utan det beror på födelsedag så jag måste ha listor för att veta vem jag skall vända mig till.”



Det innebär att utredarna och samordnarna i sektion II & III nu arbetar gentemot alla handläggare i sektion I beroende på vilken dag den försäkrade är född. För att lösa problemet har interna lister upprättats över vilka handläggare som ansvarar för vilka dagar för att ärendena skall komma rätt då de överlämnas mellan sektionerna.

Företrädare för Försäkringskassan på Hisingen har sökt stöd från Riksförsäkringsverket för att organisera utifrån andra principer än dagindelning, till exempel utifrån postnummer, men utan framgång. Det kan uppfattas som en paradox att Riksförsäkringsverket (RFV) som är en centralpart i DELTA håller fast vid traditionella indelningsprinciper. Återgången till dagindelad organiseringsprincip i Sektion I på kontoret på Hisingen kan ses som ett steg bakåt utifrån samverkansidealet som finns i DELTA. Det har medfört att ambitionen att samverka inte har kunnat uppfyllas fullt ut, utan man har varit tvungna att modifiera organisationen. Det finns alltså en inbyggd motsättning i huvudmännens och DELTA uppdragsgivarnas sätt att dels förespråka ökad samverkan och dels hålla kvar vid traditionella organiseringsprinciper.

### **Framtida struktur**

Under våren 2000 har en ny förändring skett internt på Försäkringskassan. Verksamheten delas in i nio självplanerande grupper med ca 10 personer i varje. Fyra grupper består av handläggare från sektion I och fem grupper är blandade med försäkringsrättsutredare och rehabiliteringssamordnare. Då en chef slutade passade man på att slå ihop sektion II och III vilket innebär att handläggargruppen blivit relativt stor. De självplanerande grupperna innebär att personalen får ett större ansvar för att planera sin arbetssituation, till exempel planera för semestrar, och om någon är sjuk så skall kollegorna i gruppen täcka för varandra. Tanken är också att minska ner på antalet möten och att en handläggare från gruppen går på möten och representerar gruppen och sedan informerar de andra. Dessutom skall ärendefördelningen i gruppen, arbetsbelastning både enskilt och i gruppen, följas upp. Av de fem grupperna som består av utredare och samordnare är tre geografiskt indelade, en grupp som arbetar med arbetsskador och en grupp arbetar mot stora arbetsgivare, det vill säga kommunen och Volvo.

De självplanerande grupperna är ett sätt att motverka ett allt för starkt enhetstänkande och ett sätt att undvika att gränserna skapar hinder i ärendegången. Deltagarna i respektive grupp kommer att träffas varje vecka och kontorets mål kommer att brytas ned till gruppnivå. Det finns en ambition att beslutsfattandet i grupperna skall ske kollektivt. I grupperna skall det inte finnas någon formell chef utan gruppansvaret skall rotera var 3-4 månad inom gruppen. Vad gruppansvaret kommer att innebära vet de ännu inte, men de flesta handläggarna tror att det innebär att man skall träffa de andra cheferna, representera gruppen, vara den som sammankallar till möten mm. De självplanerande grupperna uppfattas av personalen som ett sätt för ledningen att delegera ansvar. Det upplevs som positivt att de får ett större ansvar och de möjligheter som ges därav. Samtidigt finns det på grund av det höga arbetstempot som råder en farhåga att de inte hinner och orkar med att tillvarata möjligheterna.

Vissa handläggare menar att som handläggare har de ett enskilt ansvar för de ärenden de arbetar med, vilket enligt dem innebär att grupperna inte ger någon kvalitativ förbättring. Redan idag samarbetar de vid behov. Grupperna skall själva ansvara för planering av arbetsuppgifter och arbetsfördelning i gruppen. Hos personalen har frågor angående hur ansvaret skall fördelas såväl inom som mellan grupperna väckts. Vid semestrar och sjukdom går handläggarna in och täcker för varandra och skall det fungera fortsättningsvis måste de hjälpas åt inte bara inom grupperna utan också mellan grupperna.

”Vi har ju hjälpt varandra även tidigare. Men alla har så mycket nu så jag är rädd för att det blir vi- och-dom. Våra mål är så snäva – det är mycket tjafs – finns inget utrymme att hjälpa varandra.”

Övergripande ansvar för verksamheten och att målen uppnås ligger hos kontorets chef och de två sektionscheferna har personalansvar. De formella chefspositionerna innebär också att de har en kontrollfunktion, det vill säga att kontrollera att verksamheten bedrivs på ett effektivt sätt i den riktning som målen med verksamheten stakar ut. Inom grupperna kommer emellertid att finnas en intern informell kontrollfunktion mellan handläggarna eftersom gruppen skall uppnå vissa i förväg fastställda resultat. Det kan också bidra till att en konkurrenssituation uppstår mellan de olika grupperna.

Försäkringskassans verksamhet styrs av såväl kvantitativa mål som övergripande målsättningar om hur arbetet skall bedrivas. Samtidigt som personalen får ett ökat ansvar i de självplanerande grupperna upplever de att verksamheten i allt högre grad styrs och kontrolleras genom centralt uppsatta mål och kriterier. Riskerna finns att de olika grupperingarna fokuserar på de kvantitativa målen och kommer att konkurrera med varandra för att se till att den egna gruppen uppnår mål i första hand istället för att se till kontoret som helhet.

### **DELTA:s effekter ur ett styrningsperspektiv**

Sedan DELTA-aktiviteterna inleddes har Försäkringskassan på Hisingen genomfört förändringar i organisationsstrukturen som syftar till att främja samverkan. Organisationsförändringarna har fått effekter på beslutsfattande, kontroll samt fördelning av ansvar och befogenheter internt i organisationen. Å ena sidan har beslutsfattande och kontroll vad gäller strategiska frågor och helhetsperspektiv på verksamheten koncentrerats till cheferna på Försäkringskassan. Å andra sidan har ansvar och befogenheter vad gäller operativa frågor decentraliserats till grupperna. De olika sektionerna på Försäkringskassan är beroende av varandra på ett sekventiellt sätt eftersom ärendena som handläggs måste följa en viss ordning såväl tidsmässigt som bedömningsmässigt. Det sekventiella beroendet mellan arbetsuppgifterna innebär att kommunikation och information i huvudsak går i en riktning.

Två förändringar som kan relateras till DELTA kan urskiljas. För det första har verksamheten organiserats utifrån en geografisk indelningsprincip istället för dagindelning som är det traditionella sättet att organisera Försäkringskassorna. De argument för förändring som förs fram, samverkan och fokus på målgruppen, kan kopplas till DELTA. För det andra kan arbetet i självplanerande grupper ses som ett steg på vägen att möjliggöra ökad samverkan, såväl internt som externt. Genom att skapa en flexibel struktur som bygger på att personalen i hög grad tillsammans styr sin egen arbetssituation skapas förutsättningar för grupperingarna att samverka utifrån de behov som de försäkrade har.

Såväl Riksförsäkringsverket som Försäkringskassan Västra Götalands övergripande målsättningar betonar samma ambition att samverka som DELTA-aktiviteterna syftar till. Därmed förefaller det vara så att de övergripande målsättningarna samt utvecklingen i DELTA bidrar till att organisationsförändringarna kommit till stånd. Verksamheten som bedrivs inom ramen för DELTA är ett sätt att konkretisera Försäkringskassans övergripande målsättningar. Samtidigt kan organisationsförändringarna internt på Försäkringskassan och sättet att organisera verksamheten ses som ett sätt att konkretisera DELTA:s samverkans ambitioner.

### **VERKSAMHETSPERSPEKTIVET**

På Hisingkontoret samverkar handläggarna såväl externt som internt. De organisationsförändringar som beskrevs i föregående avsnitt har främjat samverkan internt. Externt har samverkan med till exempel arbetsgivare alltid förekommit. Under senare år har emellertid extern samverkan kommit att betonas allt mer för att ärendehantering skall ske så effektivt och med så god kvalitet som möjligt. Handläggarnas arbetsuppgifter är formaliserade i den mån att ärendehantering styrs av formella regler. Handläggarna upplever emellertid att de har ett

relativt stort utrymme att planera och utföra sina arbetsuppgifter. En del menar dock att graden av kontroll i form av kvalitetssäkring och olika uppföljningar successivt ökar. Visionerna för hur Försäkringskassan skall arbeta präglas emellertid av ambitionen att verksamheten skall vara individorienterad och flexibel.

### **Extern samverkan**

Den externa samverkan sker dels med andra organisationer bland annat inom ramen för DELTA, dels gentemot till exempel arbetsgivare. Det är i huvudsak handläggare som arbetar med rehabilitering som har externa kontakter, men även försäkringsrättsutredarna har en del kontakter, framförallt med läkare som sjukskrivit de försäkrade. I samverkan med externa aktörer har frågor angående sekretess och tillgång till uppgifter om enskilda individer uppmärksamats. Hitintills har sekretess inte upplevts som något problem i och med att de försäkrade ger sitt medgivande. Däremot betonar handläggarna att frågor kring olika organisationers tillgång till varandras dataregister måste diskuteras.

På Försäkringskassan deltar ett antal handläggare i olika i DELTA-aktiviteter. Några arbetar halvtid och är placerade på vårdcentraler medan andra ingår i styrgrupper för projekt. Det innebär att de deltar i möten en gång i månaden. För de som inte deltar i DELTA är det kontakterna med Primärvården som har inneburit en direkt förändring i deras arbete. Framförallt upplevs ärendegången som mycket smidigare eftersom kontakterna går snabbare.

”Det underlättar en hel del eftersom det är lättare att ta kontakter både med läkare och de försäkrade när min kollega finns på plats. Det tar mycket tid att ta kontakter med läkare. Kontakterna sker brevlades eftersom det nästan är omöjligt att komma fram på telefon och breven hamnar ofta längst ner i högar.”

Genom att en handläggare från Försäkringskassan arbetar på en vårdcentral får kollegorna lättare kontakt med läkare och annan personal i Primärvården. Ett exempel är att en handläggares förfrågan till den läkare som sjukskrivit en försäkrad person går mycket snabbare då kontakten kan ske via den handläggare från Försäkringskassan som arbetar på vårdcentralen. Dessutom ställer vårdpersonalen frågor till handläggarna från Försäkringskassan, vilket gör att kommunikationen underlättas i båda riktningar. Det finns emellertid en del handläggare som menar att det kan vara svårt att integrera de utlokaliserade handläggarnas arbets sätt med hur gruppen arbetar internt på Försäkringskassan. En anledning är att arbetsbelastningen är hög och det är svårt att få tiden att räcka till. Tidsbristen leder också till att det är svårt att få ihop möten där så många handläggare som möjligt kan närvara.

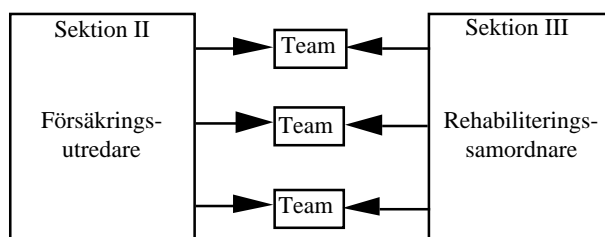
Handläggare på Försäkringskassan som arbetar med rehabiliteringsinsatser samverkar också i hög grad med externa aktörer som inte är involverade i DELTA. Framförallt sker samverkan med arbetsgivare. Kontakterna med arbetsgivare sker via telefon och möten. Mötena innebär ofta besök på arbetsplatsen där till exempel arbetsgivaren, arbetstagaren/den försäkrade och handläggaren från Försäkringskassan är närvarande. Ibland är också representanter från fack och företagshälsovård med på mötet. Samordnarna har också externa kontakter med aktörer som säljer rehabiliteringstjänster. Dessa samverkansaktiviteter har inte förändrats i och med DELTA.

### **Intern samverkan**

Som vi sett i avsnittet om styrning har verksamheten organiserats för att främja samverkan internt. Samverkan internt handlar i huvudsak om hur fördelning av arbetsuppgifter mellan handläggarna görs. Fram till 1997 var utredning/bedömning av försäkringsrätt och samordning av rehabilitering integrerat. Det innebar att det inte fanns en renodlad uppdelning av arbetsuppgifter i olika yrkesgrupper - utredare och samordnare. Hösten 1997 delades emellertid arbetsuppgifterna upp. Sjukpenningrätten utreds innan rehabiliteringssamordnaren tar över

ett försäkringsärende. Det innebär att de olika processerna första bedömning, fördjupad bedömning och utredning samt rehabilitering renodlades och att organisationen delades in i tre sektioner med varsin chef.

Ett problem som uppstod vid sektionsindelningen var att överlämningen av ärenden mellan utredarna och samordnarna inte fungerade tillräckligt smidigt. Anledningen var att ärendena behölls för länge i respektive sektion. Därför inrättades små team (tvärgrupper) som innebär att varje utredare arbetar i par med en samordnare.



Figur 6. Små team bestående av utredare och samordnare.

Varken indelning i sektioner eller samverkan i små team har inneburit en förändring av arbetsuppgifternas karaktär, utan det är snarare fördelningen av arbetsuppgifter som förändrats. Sektionsindelningen skedde samtidigt som DELTA startade, men kan inte ses som en effekt av DELTA-aktiviteterna. Indelningen i sektioner innebär gränsdragningar i organisationen och samtidigt tydliggörs yrkesroller och ansvarsområden. På det sättet blir det mer uppenbart var och i vilka situationer samverkan mellan olika grupper av handläggare behövs. Gränsdragningarna kan alltså bidra till att tydliggöra behovet av samverkan dels genom tydligare ansvarsfördelning, dels genom att samverkansparter vet vilken kompetens de kan förvänta sig att respektive yrkesgrupp besitter.

### **DELTA:s effekter ur ett verksamhetsperspektiv**

Samverkans idealet har fått ett tydligt genomslag i verksamheten på Försäkringskassan både externt och internt. Handläggarna ser tydliga fördelar med DELTA i de fall då den ger direkta effekter i form av att ärendegången underlättas, vilket tydligast sker i extern samverkan och då framförallt med Primärvården. Det förefaller vara så att andra DELTA-aktiviteter och samverkan med andra organisationer inte har fått samma genomslag bland handläggarna. Det kan bero på att de inte ser en direkt koppling mellan arbetsuppgifterna och andra organisationer och på att de av olika skäl inte vet tillräckligt mycket om andra DELTA-aktiviteter. Samverkan med andra organisationer bedrivs inte lika aktivt som samverkan med Primärvården. Kommunikationen internt på Försäkringskassan mellan handläggare som är aktiva i DELTA och handläggare som inte är aktiva i DELTA kan också ha brustit på grund av den tidsbrist de upplever i sitt arbete.

Den interna samverkan i små team är ingen direkt effekt av DELTA, men har bidragit till en ökad diskussion och fokusering på betydelsen av samverkan. Den interna samverkan i form av små team (tvärgrupper) syftar till att förbättra samordningen mellan utredare och samordnare. Att den interna samverkan fungerar har också betydelse i samverkan externt. För att kunna representera Försäkringskassan i möten med andra myndigheter och organisationer måste handläggarna ha kunskap om den försäkrade och hela ärendegången.

För att få en ökad förståelse av de effekter DELTA har på Försäkringskassan måste personalens förhållningssätt till samverkan och gränsöverskridande aktiviteter uppmärksammas.

Handläggarna på Försäkringskassan kan beskrivas som uppgiftsorienterade i sin uppfattning om samverkan. Det innebär att de relaterar behovet av samverkan till sina arbetsuppgifter, det vill säga de ärenden som de handlägger. Chefernas förhållningssätt till samverkan präglas mer av övergripande mål och visioner. De har ett helhetsperspektiv på verksamheten och diskuterar hur verksamheten kommer att se ut i framtiden. Det innebär att olika kategorier av personal har olika drivkrafter för att samverka.

## **PROFESSIONELLA PERSPEKTIVET**

I detta avsnitt beskrivs personalen på Försäkringskassan. Deras ålders- och kompetensprofil samt vilka yrkesgrupper som arbetar på kontoret. Handläggarna utgör ingen tydlig professionell grupp, utan de kan snarare ses som flera olika yrkesgrupper som särskiljs av arbetsuppgifter snarare än formell utbildning. Utvecklingen av yrkesgrupper har emellertid medfört en specialisering av kompetenser, vilket har fått konsekvenser för såväl organisering som yrkesidentitet.

### **Ålders- och kompetensprofil**

Idag arbetar ca 80 personer på Försäkringskassan Hisingen varav de flesta är handläggare. Majoriteten av personalen är kvinnor anställda under 70-talet då verksamheten expanderade snabbt. Genomsnittsåldern på kontoret är 48-49 år och ett flertal handläggare har bara grundskolekompetens. Länsledningen i Västra Götaland betonar i årsredovisningen från 1999 behovet av kompetens- och generationsväxling bland personalen på Försäkringskassorna. Det har bland annat föranlett utvecklingsmål i verksamheten som innebär att alla anställda skall ha åtminstone gymnasiekompetens. Det satsas mycket resurser på internutbildning och personalen har möjlighet att läsa fristående kurser på universitetet i till exempel specialiserad rehabiliteringskunskap och juridik. Det sker en medveten satsning på att anställa yngre akademiker. Under 90-talet har i huvudsak beteendevetare, jurister och statsvetare rekryterats till Försäkringskassan.

Kompetens- och generationsväxlingen bland personal har medfört vissa problem. Ett exempel är diskussionen kring lönesättning. Ett annat exempel är att förståelsen hos de som varit anställda länge inte är så stor för varför nyanställda måste ha högskoleutbildning. Bland de handläggare som arbetat länge på kontoret finns de som hellre hade haft kvar sina gamla kollegor som blev uppsagda och som kunde jobbet än att anställa nya utbildade men oerfarna handläggare. Det finns samtidigt en väl spridd medvetenhet bland personalen på Försäkringskassan om vikten av att få in nya unga handläggare.

### **Yrkesgrupper**

Flertalet handläggare har arbetat på Försäkringskassan i många år. Det är därför inte helt ovanligt att de har haft olika arbetsuppgifter. Tidigare var till exempel utredar- och samordnarfunktionen integrerad. På kontoret på Hisingen arbetar handläggarna med olika processer och utifrån dem delas de in i tre olika yrkesgrupper: handläggare som gör en första bedömning, försäkringsrättsutredarna och rehabiliteringssamordnarna. Fram till april 2000 utgör de tre grupperna varsin sektion i den interna organisationen därefter slås sektion II & III ihop med en chef.

Efter att under två år ha varit organiserade utifrån en geografisk indelning har sektion I återgått till att vara organiserat utifrån personnummer. Handläggarna i sektion I arbetar med alla försäkrade från dag ett då anmälan görs till och med dag tjugoåtta. Det innebär att de gör en bedömning av rätten till sjukersättning utifrån läkarintyg och den försäkrades uppgifter, till exempel att den sjukpenninggrundade inkomsten är rätt. Uppgifter samlas in brevlades eller via telefon. Ibland tas även personliga kontakter med den försäkrade. Arbetet handlar i hu-

vudsak om dokumentation och de samverkar inte i någon större utsträckning med andra aktörer, varken internt inom Försäkringskassan eller externt.

Handläggarna i sektion II är försäkringsrättsutredare som gör fördjupade bedömningar från och med dag tjugonio. Den fördjupade bedömningen innebär att se vad som behöver göras för att få individen tillbaka i arbete och om det är aktuellt med rehabilitering. För att kvaliteten på bedömningarna skall bli så god som möjlig innebär det i många fall kontakter med andra aktörer, till exempel de sjukskrivande läkarna. Handläggare som nyrekryteras till sektion II skall ha akademisk utbildning med inriktning mot juridik och/eller statsvetenskap.

I sektion III arbetar handläggare med samordning av olika rehabiliteringsåtgärder. Det är främst samordnarna som har externa kontakter mot andra organisationer, arbetsgivare och privata företag som säljer rehabilitering. Kompetensen hos samordnarna i sektion III är i stor utsträckning beteendevetenskaplig och de har ett uppdrag att samordna all rehabilitering för personer med försörjning från försäkringskassan. 1992 kom en lagändring som innebär att arbetsgivare har ett större ansvar för rehabilitering av anställda genom att de är skyldiga att göra en kartläggning och redogöra för vidtagna åtgärder. Försäkringskassans handläggare har ansvar för att en rehabiliteringsutredning görs för de som är arbetslösa.

### **Specialisering och intern samverkan**

Specialisering sker på flera olika sätt på Försäkringskassan. För det första genom yrkesgruppsindelningen som beskrivits ovan. För det andra genom den geografiska indelningen som innebär att handläggare i sektion II och III arbetar mot avgränsade områden där den försäkrade är bosatt. Ytterligare ett steg mot specialisering är att utredare liksom samordnare delats in i tre olika grupper: de som arbetar mot arbetslösa, de som är anställda av små företag och de som är anställda av stora arbetsgivare.

För att underlätta samverkan mellan de olika yrkesgrupperna har verksamheten internt organiserats i team och självplanerande grupper. Det tyder på att det funnits brister i samarbetet mellan sektionerna. Hos en del av personalen finns emellertid betänkligheter vad gäller samverkan i allt för hög utsträckning. De menar att det finns en risk att deras yrkesgruppsstillhörighet utarmas då samverkan och team-arbete fokuseras i så hög grad.

”De självplanerande grupperna kan bli en fara för tillhörigheten i våra yrkesgrupper. Vi måste vara måna om yrkestillhörigheten annars har vi inget att tillföra varandra. Vi får inte suddas ut yrkesgränserna.”

Det finns emellertid också risker med specialisering som till exempel att de anställda upplever att det de själva arbetar med är viktigare än andra uppgifter i organisationen. Det kan leda till att de försvarar sin ”sektor” utan vilja och förmåga att se det egna arbetet i relation till annan verksamhet. Det finns även en risk för att det uppstår konkurrens mellan olika självplanerande grupper i strävan att uppnå respektive grupps målsättningar.

Specialisering kan också ses som en effekt av samverkan. I samverkan, det vill säga i mötet med andra organisationer, yrkesgrupper mm, måste det vara tydligt vad var och en av parterna bidrar med i form av kompetens och information. Handläggare som aktivt deltar i DELTA pekar just på detta då de diskuterar samverkan. De menar att de i mötet med andra organisationer ser vad de utifrån Försäkringskassans perspektiv kan bidra med.

### **DELTA:s effekter ur ett professionellt perspektiv**

Utifrån det professionella perspektivet kan vi se att handläggarna på Försäkringskassan i samband med olika förändringar genomgår processer som leder till nya gränsdragningar och en ökad specialisering av yrkesrollerna. Exempel på det är indelningsgrunden för de olika ar-

betsprocesserna som sker dels utifrån kompetens, dels utifrån geografisk område samt utifrån huruvida den försäkrade är arbetslös eller anställd. Det innebär såväl gränsdragningar i organisationen som specialisering av handläggarnas kompetens.

Sektionerna representerar de olika yrkesgrupperna och specialiserade kompetenserna medan de självplanerande grupperna och teamen representerar samverkan. De båda processerna drivs av olika logiker. Specialisering bygger på formella krav till exempel utbildning. Verksamheten i sektionerna regleras av externa regler och kvantitativa mål. De självplanerande grupperna däremot drivs av en ökad insikt i betydelsen av att samverka över gränser för att nå ett så bra resultat som möjligt ur ett helhetsperspektiv. Grupperna styrs av inomorganisatorisk ledning, det vill säga kontors- och sektionschefernas ambition och övertygelse om att utveckla samverkan. Denna övertygelse och ambition är inspirerad av DELTA.

## **SLUTDISKUSSION**

En del av Försäkringskassornas uppdrag och ansvar är att samverka med andra organisationer så att de försäkrades behov säkerställs framförallt vad gäller rehabiliteringsåtgärder. Eftersom DELTA bedrivs på Hisingen och Försäkringskassan är del i den försöksverksamheten har samverkan förmodligen kommit mer i fokus än vad som annars hade skett.

DELTA:s effekter på Försäkringskassan har i denna rapport belysts utifrån tre olika perspektiv: styrning, verksamhet och profession. De tydligaste effekterna av DELTA på Försäkringskassan framträder utifrån styrningsperspektivet. En direkt effekt är att Försäkringskassan internt har organiserat verksamheten utifrån en geografisk indelning för att på ett bättre sätt kunna samverka med andra organisationer samt en indelning internt i team för att främja samverkan mellan olika yrkesgrupper. Sektion I har dock återgått till den traditionella dagindelningen eftersom de administrativa systemen bygger på detta. Personalen på kontoret organiseras nu i självplanerande grupper, vilket inte är en direkt effekt av DELTA men är ett led i strävan mot en flexiblare organisation och ökade möjligheter till samverkan.

Utifrån verksamhetsperspektivet kan vi se att DELTA fått direkt effekter på Försäkringskassans verksamhet framförallt i samverkan med Primärvården. På så sätt kan enskilda individers behov mötas, vilket är ett av Riksförsäkringsverkets övergripande mål. Den interna samverkan handlar i huvudsak om fördelning av arbetsuppgifter mellan olika handläggare, vilket lett till en specialisering av handläggargrupperna. Indelningen i yrkesgrupper som diskuteras i det professionella perspektivet hänger ihop med den interna samverkan och fördelningen av arbetsuppgifter. Detta har konsekvenser för möjligheterna att samverka men kan inte ses som en direkt effekt av DELTA.

Då samverkan planeras kan emellertid inte alla praktiska hinder förutses. På Försäkringskassan på Hisingen har man nu kommit så långt i samverkansförsöken att konkreta problem identifierats och kunnat hanteras. Genom DELTA-aktiviteterna och de interna organisationsförändringarna har praktiska hinder kunnat uppmärksammas. Vissa har med ganska enkla medel kunnat åtgärdas, till exempel diskussioner om sekretess där de försäkrade kan ge sitt medgivande. Andra hinder, till exempel hur register och databaser är upplagda, är svårare att förändra i och med att det innebär genomgripande strukturella förändringar för alla Försäkringskassorna i landet.

Riksförsäkringsverket har tydligt uttalade ambitioner att driva utvecklingen av Försäkringskassorna i Sverige mot organisationer där kunden står i centrum och där samverkan med andra myndigheter och organisationer sker. Försäkringskassan på Hisingen har kommit långt i strä-

van mot att nå denna ambition. En anledning är att DELTA-aktiviteterna bedrivs här, vilket får både praktiska effekter och fungerar som inspirationskälla. En annan anledning - som delvis är en följd av den första - är att kontorschefen anammat samverkansidén och aktivt och medvetet arbetar för att förändra organisationen för att främja samverkan såväl internt som externt. Då dessa ambitioner skall omsättas i praktiken uppstår emellertid en rad praktiska problem, vilket handläggarna på Försäkringskassan på Hisingen vittnar om.



## 5 PRIMÄRVÅRDEN

### FALLSTUDIENS GENOMFÖRANDE

Rapporten baseras på en fallstudie av fem vårdcentraler på Hisingen som deltagit i DELTA sedan 1997. De studerade vårdcentralerna är Biskopsgården, Brämaregården, Länsmansgården, Kyrkbyn och Torslanda. Fallstudien grundas på intervjuer med primärvårdschefen, de fem vårdcentralcheferna, läkare, sjuksköterskor, distriktssjuksköterskor och en kurator. Totalt har sexton intervjuer genomförts mellan november 2000 och februari 2001. Dessutom har dokument som verksamhetsplan och annat informationsmaterial använts. Urvalet av vårdcentraler och intervjupersoner har skett i samråd med chefen för primärvården och speglar vårdcentraler med olika erfarenheter av DELTA-aktiviteter. Tre större (varav en ”DELTA-integrerad”) och två mindre vårdcentraler har innefattats i studien. Intervjuerna har varat i genomsnitt en timme och har bandats. Intervjuerna har varit öppna med möjlighet för respondenterna att ge sin bild av den egna verksamheten och förhållningssättet till samverkansaktiviteter. Det handlar inte om att beskriva enskilda vårdcentraler utan fokus ligger snarare på att ge en övergripande analys av Primärvårdens förhållande till samverkan.

### OM PRIMÄRVÅRDEN – EN FALLBESKRIVNING

Primärvården ska stå för den del av sjukvården som inte täcks av sjukhusens verksamhet, det vill säga en allmänmedicinsk inriktning. Den är lokalt inriktad och ska finnas tillgänglig i befolkningens närområde via ett områdesansvar. Inom Västra Götalandsregionen (som Göteborg tillhör) formulerar man fem huvudsakliga åtaganden för Primärvården:

- Att tydliggöra Primärvårdens uppdrag
- Att alla som önskar det ska erbjudas egen fast långsiktig kontakt med allmänläkare
- Ökad läkartäthet mot en allmänläkare per 1.500 invånare, vilket innebär en ökning med 170 läkare/år i 10 år
- Förbättrad tillgänglighet
- Förbättrad information till befolkningen om valmöjligheter och tillgänglighet.

Primärvården beskrivs som en ”första linjens hälso- och sjukvård”, som ska utgöra basen i sjukvårdssystemet. Med den större belastningen på sjukhusen får Primärvården en allt viktigare roll för den framtida sjukvården. Arbetet styrs också i hög grad av Hälso- och sjukvårdslagen. Verksamhetens syfte är att genom diagnos och behandling ge medborgarna en god hälsa och en vård på lika villkor. Med god vård avses bland annat vård som tillgodoser patientens behov av trygghet i vården, respekt för patientens integritet, lättillgänglig etc. Det handlar om att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvårdslagen omfattar både privat och offentlig vård, öppen och sluten vård samt tvångsvård.

#### **Primärvården på Hisingen**

Primärvården Hisingen utgör ett av fyra primärvårdsområden i Göteborg, tillsammans med Centrum, Nordost och Väster. Högsta ansvarig för Primärvården i Göteborg är primärvårdsdirektören. I primärvårdens ledningsgrupp ingår förutom Primärvårdscheferna och Primärvårdsdirektören också chefen för de barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna, personal- och ekonomichef samt chefsläkaren. Primärvården Hisingen utgörs i sin tur av nio vårdcentralsområden: Torslanda, Biskopsgården, Länsmansgården, Kyrkbyn, Bjurslätt, Brämaregården, Tuve Säve, Backa och Kärra Rödbo. Förutom vårdcentralerna består verksamheten av Primärvårdsrehabilitering Lundby-Tuve, MVC-BVC Lundby, Äldreomsorgsläkare Lundby, Hemsjukvård Hisingen och Psykologverksamheten Hisingen.

Varje vårdcentralområde består av barnvårdscentral (BVC), mödravårdscentral (MVC), distriktssjuksköterskemottagning och distriktsläkarmottagning. Vårdcentralerna skiljer sig åt i besöksfrekvens, befolkningsunderlag och personalbemanning. De största vårdcentralerna har mellan cirka 9000 och 12000 besök per år (Biskopsgården, Brämaregården, Backa och Kärra). Övriga vårdcentraler ligger mellan ca 4000 och 7000 besök per år (Torslanda, Tuve, Länsmansgården, Kyrkbyn och Bjurslätt).

Många vårdcentralområden 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 i sin tur stora krav på verksamheten och dess personal. Vårdcentralerna arbetar också förebyggande, bland annat genom att i samverkan med sex folkhälsoråd identifiera olika riskgrupper och planera insatser för dessa. Exempel är insatser riktade mot barn och ungdom (Biskopsgården, Länsmansgården, Torslanda och Lundby), äldre (Lundby), alkoholprevention (Kärra) och gravida kvinnor (Kärra).

### **STYRNINGSPEKTIKET**

Primärvården är en utpräglat decentraliserad organisation. Varje vårdcentral utgör i princip en separat enhet som är underställd primärvårdsledningen för hela Hisingen. Vårdcentralcheferna har det ekonomiska ansvaret och ansvaret för personalen. De bildar en ledningsgrupp tillsammans med primärvårdschefen. I de fall då cheferna är läkare har de också det medicinska ansvaret. När sjuksköterskor har verksamhetsansvaret ligger det medicinska ansvaret på en av vårdcentralens läkare. Det finns inga egentliga kopplingar mellan vårdcentralerna förutom att de tillhör samma primärvårdsområde och att cheferna tillhör samma ledningsgrupp.

Verksamheten organiseras bland annat i personalgrupper. Vårdcentralchefernas styrning av verksamhet kan variera, men innebär ofta att man håller regelbundna möten. En del möten hålls med hela vårdcentralens personal närvarande, andra möten hålls med de olika personalgrupperna (exempelvis läkare för sig och sjuksköterskor för sig), medan ytterligare möten hålls med utvalda representanter för alla personalgrupperna. Arbetet på vårdcentralen organiseras i övrigt efter mottagningstider och jourtider. Varje vårdcentral har speciellt avsatta tider för akutbesök, telefonkontakt och tidsbeställda besök.

Vårdcentralens verksamhet organiseras också i olika inriktningar; barnvårdscentral, distriktsläkarmottagning och distriktssköterskemottagning. Barnvårdscentralen har främst en förebyggande och rådgivande funktion. Där utför hälsoundersökningar och vaccinationer för barn. Personalen utgörs huvudsakligen av sjuksköterskor och undersköterskor. Distriktsläkarmottagningen bedriver den medicinskt inriktade vården som innefattar diagnostisering, behandling, rehabilitering. Personalen utgörs främst av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare. Distriktssköterskemottagningen täcker in den medicinska och sociala omvårdnaden. Det innefattar bland annat hjälpmedelsförskrivning, rådgivning och stöd till egenvård. Personalen utgörs främst av distriktssköterskor.

Verksamheten organiseras på de flesta vårdcentralerna efter slussprincipen. Det innebär att patienterna inte automatiskt kommer i kontakt med läkare när de söker hjälp på vårdcentralerna. Istället sker mottagningen via en sluss, som är bemannad av sjuksköterskor och distriktssköterskor. Personalen i slussen har ansvar för att bedöma de sökandes behov och föreslå lämpliga åtgärder. Det kan innebära kontakt med läkare, men kan även innebära att de själva klarar av att hjälpa de sökande. Ett alternativ är att patienten bokas in hos läkare vid ett senare

tillfälle (om ärendet inte är akut). Personalen i slussen gör i sina bedömningar en prioritering av de mest akuta ärendena.

Målsättningarna för hela primärvårdsområdet präglas till viss del av samverkansambitioner. Det gäller både den interna och den externa samverkan. En uttalad målsättning är att implementera DELTA som arbets- och synsätt i hela verksamheten (Verksamhetsuppföljning årsredovisning 2000). Det gäller både att samla de olika personalkategorierna i vårdcentralernas verksamhet och att i större utsträckning arbeta med samordnade bedömningar, behandlingar och terapi. Genom att integrera personalen i verksamheten sker samverkan internt. Det är också något som många påpekar är en stor fördel, det vill säga att kunna sitta på samma plats istället för att hålla kontakten via telefon och annat. Det handlar dock inte bara om hur personerna är lokaliserade utan också om hur man arbetar, det vill säga om det sker samordnade bedömningar och behandlingar eller om det bara är frågan om kontakter utifrån de egna ansvarsområdena. Även de vårdcentraler som inte har DELTA-finansiering har på olika sätt organiserat verksamheten för ökad samverkan genom att till exempel knyta till sig specifika rehabiliteringsresurser och skapa utrymme för regelbundna samverkansmöten.

### **DELTA:s effekter ur ett styrningsperspektiv**

DELTA:s konsekvenser för styrningen av Primärvårdens verksamhet skiljer sig åt mellan olika vårdcentraler, även om det också finns stora likheter. Till skillnad från andra organisationer har Primärvården Hisingen valt en selektiv satsning på DELTA. Det innebär att tre av nio vårdcentraler har fått extra resurser för att utveckla en integrerad DELTA-verksamhet. De tre DELTA-vårdcentralerna är Biskopsgården, Kärra-Rödbo och Backa. De tre skiljer sig åt vad gäller den interna organiseringen. En av dem har förutom extra vårdpersonal och rehabiliteringsresurser som kurator, sjukgymnast och psykolog dessutom representanter från Socialtjänsten och Försäkringskassan placerade i vårdcentralens lokaler. Det har lett till andra samverkansformer än tidigare. Den DELTA-finansierade vårdcentralen hade inte gått lika långt i integrationen av organisationer i verksamheten, men hade tillgång till rehabiliteringsresurser i vårdcentralens lokaler. Istället för att ha representanter för organisationer permanent placerade i lokalerna så avsatte man tid för regelbundna samverkansmöten.

Ett exempel på nya former för samverkan är just att man försöker skapa utrymme och forum för gemensam hantering av ärenden. På den DELTA-finansierade vårdcentralen har man schemalagt tid varannan torsdag eftermiddag för att diskutera ärenden tillsammans med patienten och övriga intressenter som berörs, till exempel olika former av rehabiliteringspersonal och representanter från andra organisationer som Försäkringskassan och Socialtjänsten. Det är ett bra exempel på att det skapats utrymme i tidsplaneringen för intern och extern samverkan. I de vårdcentraler som inte har någon DELTA-finansiering har man ändå lyckats skapa ett visst utrymme för samverkan och möten mellan organisationsrepresentanter och vårdcentralens representanter. Slussverksamheten är ett annat exempel på ett nytt sätt att organisera verksamheten. Det innebär ett nytt ansvarsområde för sjuksköterskorna som får göra den första bedömningen av de sökande patienterna. Ansvaret för slussverksamheten läggs till det ordinarie ansvaret och delas mellan sjuksköterskor och distriktssköterskor. Det innebär en annan styrning av patientflödet, en annan användning av personalen och med ett större ansvar för sköterskegruppen.

Överhuvudtaget verkar det finnas en ambition att organisera samverkansarbetet tydligare bland vårdcentralerna. Istället för att inskränka kontakterna med andra organisationer och andra aktörer till enbart telefonsamtal för att inhämta information finns det nu en ambition att arbeta gemensamt med bedömning och behandling av ärenden. De olika aktörerna ska alltså

samverka redan i planeringsstadiet och väga in skilda aspekter med patienten i fokus. Det gäller både samverkan mellan organisationer och ett tvärprofessionellt behandlingssätt.

## **VERKSAMHETSPERSPEKTIVET**

Primärvårdens verksamhet bygger på de sökandes medicinska behov och personalens kompetens. Ärendegången går oftast via mottagningen som fungerar som en sluss. Slussen fungerar genom att en sjuksköterska tar emot klienter när de kommer till vårdcentralen och gör en första bedömning. Det tjänar flera syften. Genom slussen kan man slussa de sökande till rätt vårdnivå. Många fall kan hanteras av sjuksköterskorna själva, medan andra slussas vidare till läkare eller till exempel kurator, sjukgymnast eller psykolog. Det gäller att bedöma vilka sökande som är mer akuta än andra och prioritera de sistnämnda eftersom tiden inte räcker till för alla sökande.

Tidigare gick alla ärenden automatiskt till läkare för bedömning vilket förlängde behandlingstiden och belastade läkarna hårt (som en begränsad resurs). Tidigare behövdes också läkarremiss för att få kontakt med rehabiliteringspersonal, men det är inte längre fallet (åtminstone inte på en av de DELTA-finansierade vårdcentralerna). Sjuksköterskorna i slussen kan alltså ta direkt kontakt med till exempel kurator eller psykolog (åtminstone när de är integrerade i vårdcentralens verksamhet). Slussen skyndar på så sätt på hanteringstiden, sparar tid för läkarna och ger överhuvudtaget ett mer effektivt personalutnyttjande. En ambition är också att skapa så få medicinska ärenden som möjligt.

De vårdcentraler som har DELTA-resurser har samtidigt större möjligheter att involvera olika typer av rehabiliteringsresurser från början i processen. I DELTA-vårdcentralens verksamhet gör man en kategorisering av patienter som man anser har särskilda behov som faller inom ramen för DELTAs gränser, det vill säga patienter med olika former av besvär i rörelseapparaten och/eller psykosomatik som behöver tidig och samordnad rehabilitering. Patienterna kan då bli så kallade utvärderingspatienter som innebär att de får ta del av samverkansupplägget med samlade möten tillsammans med läkare, rehabiliteringspersonal och berörda organisationer. Det innebär att man ger sitt samtycke till att bli utvärderad, via intervjuer och enkäter vid inskrivning efter 6 månader och efter 12 månader. En annan kategori patienter är så kallade samverkanspatienter, det är patienter med samma behov som utvärderingspatienterna men som inte ger sitt samtycke till att bli utvärderade. De får ändå ta del av samma samverkansupplägg, men utan utvärderingsdelen.

Typen av ärenden kan variera i stor utsträckning. Det kan gälla alltifrån akuta medicinska problem till rena administrativa åtgärder, som till exempel förnyande av sjukintyg. Det är främst läkarna som har ansvar för ärenden och som också samverkar med andra organisationer. Olika ärenden skiljer sig åt vad gäller längd och inriktning. Vissa sökande är långtids-sjukskrivna medan andra söker akut. Många ärenden handlar också om patienter som har olika typer av besvär där de fysiska symptomen kanske bara är en liten del i helheten. Antalet ärenden har ökat på senare år liksom tyngden på desamma. Det gör att det blir mindre tid för mer tidskrävande ärenden. Samtidigt skapar det ett större behov av att samverka mellan organisationer och involvera mer rehabiliteringsresurser.

I behandlingen av patienter ingår ett naturligt inslag av samverkan. Många patienter har också kontakt med andra organisationer, kanske främst Försäkringskassan och Socialtjänsten. 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. Det handlar både om prövning av nya ärenden och omprövning av gamla ärenden. Försäkringskassan kan till ex-

empel ifrågasätta om det finns tillräcklig grund för sjukskrivning. Mycket av externa kontakter handlar samtidigt om utbyte av information i ärenden, mer än egentlig samordnad behandling. Externa kontakter rör inte bara andra organisationer utan också andra aktörer inom sjukvården. Det kan till exempel gälla kontakter med sjukhus för specialistremisser eller remisser till olika typer av rehabiliteringsresurser som sjukgymnast, psykolog och kurator. De sistnämnda resurserna har dock börjat knytas närmare till vårdcentralerna.

### **DELTA:s effekter ur ett verksamhetsperspektiv**

DELTA har fått vissa effekter för verksamheten och hur ärenden hanteras. Det handlar både om organiseringen och den samverkan som sker med andra organisationer. En viktig förändring som mer eller mindre kan kopplas till DELTA är det redan nämnda införandet av sluss i verksamheten. Det gäller både vårdcentraler med extra medel för samverkan och de som inte fått motsvarande tillskott.

En intressant slutsats är att de studerade vårdcentralerna har stora likheter i sitt sätt att arbeta, trots skillnad i resurser. Förutom slussmodellens genomslag i verksamheten har man också på olika sätt arbetat med att finna samverkansformer. DELTA-vårdcentralen har formaliserat det tydligast genom avsatta tid för samverkansmöten och med en uttalad ambition att involverade aktörer ska finnas med på planeringsmötena. De andra vårdcentralerna har funnit olika lösningar för att samla andra organisationer och rehabiliteringsaktörer till möten kring ärenden. Ambitionen skiljer sig alltså inte så mycket. Det är också en uttalad målsättning hos vårdcentralerna att utveckla samverkan med andra organisationer. En vårdcentral kommer till exempel att ha en representant från Försäkringskassan sittande i huset regelbundet.

Det finns också liknande ambitioner att involvera rehabiliteringspersonal i behandlingen av patienterna. Om man i den studerade DELTA-vårdcentralen har rehabiliteringsresurser på plats mer eller mindre permanent så har övriga vårdcentraler ändå regelbunden tillgång till liknande resurser, som till exempel kurator, psykolog och sjukgymnast, som gör besök på bestämda tider. De sistnämnda använder rehabiliteringsresurser utanför vårdcentralen på ett annat sätt. Det behöver inte innebära en nackdel eftersom väntetiden kan vara lång också hos den DELTA-anknytna rehabiliteringspersonalen. Ett gemensamt problem i samverkansarbetet är förutom knappa personalresurser inom rehabilitering och sjukvård det faktum att det kan vara svårt att få andra organisationerna att ta sig tid för möten på plats på vårdcentralerna. Även om DELTA-vårdcentralen har avsatt regelbundna tider för så kallade team-möten så har andra organisationer ofta inte avsatt motsvarande tid. De uteblir därför ibland från möten. De flesta är dock överens om att det är stor skillnad mellan att mötas och diskutera ärenden tillsammans med klienten och att diskutera det över telefon eller via brev.

Överlag verkar dock DELTA och samverkanstanken i allmänhet ha bidragit till en mer positiv inställning till andra organisationer. Samverkanskontakter ger också en bättre ömsesidig förståelse för hur de olika verksamheterna fungerar. Även om det integrerade DELTA-arbetsättet inte fått full spridning bland vårdcentralerna (vilket inte heller var planerat) så förefaller DELTA-synsättet ha fått en tydlig förankring och genomslag. Det tar sig bl.a. uttryck i ett tydligare tvärprofessionellt tänkande, som i vissa fall också lett till ett tydligare integrerat team-arbete.

### **DET PROFESSIONELLA PERSPEKTIVET**

Det finns flera olika yrkesgrupper representerade i verksamheten. Grunden är läkarna, sjuksköterskorna/distriktssköterskorna och undersköterskorna. Dessutom finns det i olika utsträckning administrativ personal, laboratoriepersonal och rehabiliteringsinriktad personal som kurator, sjukgymnast, psykolog representerad i verksamheten. I arbetet ligger olika an-

svarsområden. Arbetet upplevs av personalen som relativt självständigt, speciellt vad gäller läkarna.

I rollen som verksamhetschef ligger att på olika sätt styra och samordna verksamheten. Det handlar främst om att se till att hålla budgetramar och att uppsatta målsättningar uppnås. Som chef har man också personalansvar och överhuvudtaget ett övergripande administrativt ansvar. I de fall när vårdcentralschefen är läkare ingår det medicinska ansvaret för verksamheten (i annat fall ligger det på någon av läkarna). I fallet med DELTA-vårdcentralerna har verksamhetscheferna också spelat en viktig roll som drivkraft för DELTA-aktiviteterna och som ansvariga. Övriga yrkesgrupper arbetar dock i hög grad självständiga och svarar i första hand inför de ramar som sätts av hälso- och sjukvårdslagen. Läkarna har det medicinska ansvaret för de egna patienterna. I läkarrollen ligger också olika former av jourtjänstgöring. Sjuksköterskor har ett större inslag av omvårdnad och rådgivning i arbetsuppgifterna. Dessutom assisterar man läkarna vid behov. Yrkesgrupperna har också ett utbyggt kollegialt nätverk inom primärvårdsområdet. Det är mindre kopplat till verksamheten och mer till specifika frågor som rör professionen.

Sjuksköterskorna har i och med slussmodellen fått ett större ansvar för bedömning och diagnos. De utgör den första kontakten för sökande på vårdcentralen. Det innebär i sin tur att läkarnas roll blivit något annorlunda också. De får inga ”lätta fall” i samma utsträckning som tidigare utan bara de ärenden som verkligen måste handhas av läkare. Det ställs också krav på samverkan på ett annat sätt i de DELTA-integrerade vårdcentralerna. Man förväntas involvera andra intressenter i ärendet, som till exempel andra organisationer och andra specialistkompetenser, som psykolog och sjukgymnast. Det finns en uttalad målsättning att arbeta mer tvärprofessionellt. Samtidigt är de som anställs på DELTA-resurser bara projektanställda ett år i taget vilket skapar en större osäkerhet för den personalen, och verksamheten i övrigt. Eftersom det redan är svårt att rekrytera vårdpersonal som läkare och sjuksköterskor kan projektanställningen upplevas som mindre attraktiv än en fast anställning (även om sättet att bedriva arbetet är positivt). Det långsiktiga samverkansarbetet bygger således på tidsbegränsade anställningar.

### **DELTA:s effekter ur ett professionellt perspektiv**

Överlag finns en positiv inställning till DELTA och samverkan bland den anställda personalen. Man är överens om att det enda sättet att hantera de tyngre och mer problematiska fallen är att samverka tidigt i processen innan de blir långtidssjukskrivna. Det är annars lätt att hamna i en långsam och tidskrävande process. Även om de flesta är positiva till samverkan framhåller man samtidigt att det krävs resurser för att en modell som DELTA ska kunna fungera på vårdcentralerna. Det upplevs som frustrerande att även om man lyckats få till stånd en bättre hantering av ärenden i verksamheten så finns det allt för långa väntetider till viktiga resurser som kurator, psykolog och sjukgymnast. Det skapar en tröghet i systemet som gör det svårt att uppfylla målsättningar om att patienten ska kartläggas och få träffa berörd personal inom till exempel sex veckor.

Även om de flesta är positiva så kan de uppleva det som tids- och arbetskrävande att inom ramen för ordinarie arbetsuppgifter också hinna med rehabiliteringsmöten eller andra former av samverkan. Det gäller speciellt när det inte finns extra resurser anslagna för DELTA-aktiviteter utan man måste hitta lösningar inom ordinarie verksamhet. Samverkan går då ut över andra aktiviteter och kan i slutändan få en negativ inverkan på samverkan. Det skulle kunna leda till bättre service för dem som blir föremål för samverkansarbete, men sämre tillgänglighet för övriga patientkategorier. En annan aspekt att ta hänsyn till är att många vårdcentraler är underbemannade, det vill säga de har inte tillsatt alla sina tjänster. Det kan bland

annat bero på att personal slutat och man inte kunnat nyrekrytera i samma omfattning. Med mindre personal blir arbetsbelastningen tyngre och utrymmet för samverkan samtidigt mindre. Det kan leda till prioriteringssituationer och problematiska vägval. Man måste väga ansvaret gentemot ”samverkanspatienterna” mot ansvaret för övriga patienter. Det hindrar inte att grundinställningen bland personalen är positiv till samverkanssynsättet, även om det finns problem att integrera det i det praktiska arbetet.

## **SLUTDISKUSSION**

Fallstudien av Primärvården har visat att DELTA fått tydliga konsekvenser, även om genomslaget av naturliga skäl skiljer sig åt mellan olika vårdcentraler. Tanken med samverkan verkar ha slagit igenom på olika sätt i verksamheten, oavsett om man har extra DELTA-resurser eller ej. Det gäller speciellt vad som beskrivs som DELTA-synsättet. Det finns också med i Primärvården Hisingens målsättning att sprida både DELTAs synsätt och arbets sätt. I upplägget på Hisingen har man valt en selektiv implementering av arbets sättet genom att anslå speciella resurser för extra personal och rehabiliteringspersonal. Det har dock inte hindrat andra vårdcentraler att försöka arbeta på liknande sätt fast inom ordinarie ramar.

Ett problem med de vårdcentraler som haft DELTA-upplägg är att man inte kunnat tillsätta alla tjänster och därför inte heller kunnat utnyttja modellens hela potential. Det krävs extra personalresurser för att till fullo utnyttja samverkansmodellen. Bristen på personal är ett problem för de flesta vårdcentraler, vilket försvårar samverkansarbetet. Personalbrist betyder i det här sammanhanget tjänster som ej kunnat tillsättas och inte behovet av ytterligare personal (även om det också efterfrågas). Det finns också andra begränsade faktorer för samverkan och snabbare behandling av patienterna. Bristande rehabiliteringsresurser är ett problem som gör att det skapas längre behandlings- och rehabiliteringstider. Den ökade inriktningen på samverkan gör också att man är mer beroende av andra aktörer för att få ett bättre flöde i hanteringen av patienterna. Även om den interna processen förbättrats så är det således fortfarande långa väntetider till exempelvis ortoped eller sjukgymnast.

En annan begränsning är att det kan vara svårt att få andra organisationer att ställa upp på samverkansmöten. Den studerade vårdcentralen hade avsatt regelbundna mötestider för samverkan med andra organisationer och rehabiliteringsresurser där ingen av personalen var inbokad på patientbesök. Men man framhöll att det var svårt att få andra organisationer att sätta av motsvarande tider (även om det var ett idealt scenario). Det kan inte heller bortses från det faktum att mötena ordnades i vårdcentralens lokaler på deras villkor, varför det inte var frågan om en förutsättningslös samverkan.

Argumenten för en integrering är att man kan samla rehabiliteringsresurser inom huset och formalisera myndighetskontakterna till speciellt planerade samverksansmöten. På så sätt kan man få en bättre samlad bedömning och planering av ärendet från början och undvika att det hamnar mellan organisationers ansvarsområden. Det skulle också kunna underlätta en möjlig permanent lösning av DELTA-modellen, eftersom man redan har funnit en form kopplad till den ordinarie verksamheten. Argumenten emot en integrering skulle kunna vara att man styr samverkan efter vårdcentralens intressen och sätter villkor för former och agenda. Det kan skapa ett motstånd från andra organisationer att ta sig tid till planeringsmöten och anpassa sig efter andras förutsättningar. Även om DELTA-modellen integrerats i den ordinarie verksamheten så kvarstår projektformen i form av finansiering och utvärdering. Det skapar parallella verksamheter som kan vara svåra att hålla isär. DELTA-resurser kan till exempel också gå till att få ordinarie verksamhet att fungera. En del av personalen är också anställda på DELTA-medel medan andra går på ordinarie medel.

En annan något paradoxal aspekt av samverkansarbetet är den balans som måste skapas mellan kort- och långsiktighet. De vårdcentraler som har fått extra DELTA-resurser måste arbeta i ettårscykler när de söker nya projektmedel. Ett problem med det är att det kan vara svårt att rekrytera personal till projektanställning på ett år i taget. En annan aspekt är att det kan finnas en motsättning i att arbeta i långsiktiga rehabiliteringstermer men ändå vara tvungen att presentera kortsiktiga resultat för att få mer medel.

De vårdcentraler som inte har fått DELTA-resurser har ändå mer eller mindre försökt arbeta efter DELTA-idealet. Slussmodellen har till exempel införts på alla de studerade vårdcentralerna. Man har också funnit olika modeller för att förbättra samverkan med andra organisationer. Problemet är dock att det kan vara svårt att arbeta efter samverkansmodellen inom befintlig kostnadsram. Det skapar lätt tidsbrist och en större press på personalen. Samverkan tar tid och kräver prioriteringar i verksamheten. Samtidigt har de vårdcentraler som inte fått DELTA-medel visat att det går att skapa utrymme för möten och samverkan med organisationer och rehabiliteringspersonal utan extra stöd.

Det går inte heller att komma ifrån att vårdcentralerna är en del i en större vårdkedja och beroende av andra aktörer. Även om den interna samverkan inom vårdcentralerna med DELTA-finansiering kunnat skynda på och utveckla vårdplaneringen för patienterna så är man fortfarande beroende av olika former av specialistresurser vars remisstid kan vara väldigt lång. Det skapar problem i rehabiliteringsarbetet och sätter gränser för ärendehantering. De här problemen delas av alla vårdcentraler liksom problemet med ej tillsatta tjänster, vilket skapar gränser för de positiva effekterna av samverkansarbete.

Det hindrar inte att erfarenheterna av DELTA-försöken i primärvården sammantaget är positiva. De flesta är överens om att det är rätt väg att gå och att många ärenden kräver samverkan för att på något sätt korta sjukskrivningstider och påskynda rehabilitering av människor till arbete. Det handlar mycket om att undvika långtidssjukskrivningar och vårdkrävande ärenden. DELTA som synsätt har fått ett stort genomslag medan DELTA som arbetssätt fortfarande är i begynnelsestadiet. Vissa vårdcentraler har kommit längre än andra i integreringen av samverkansmodellen.



## 6 PSYKIATRIN

### FALLSTUDIENS GENOMFÖRANDE

Kapitlet baseras på en fallstudie av två öppenmottagningar inom Psykiatrin på Hisingen. Fallstudien grundas på intervjuer av ett urval personer med olika arbetsuppgifter på respektive mottagning. Förutom en intervju med chefen för Psykiatri Östra har studien omfattat intervjuer med en verksamhetschef, två läkare, två psykologer, fyra kuratorer, två arbetsterapeuter och två sjukgymnaster. Totalt har fjorton intervjuer genomförts mellan mars och april 2001. Dessutom har dokument som verksamhetsplaner och annat informationsmaterial använts. Urvalet har skett i samråd med chefen för allmänpsykiatrin och speglar två psykiatriska öppenmottagningar med olika geografisk lokalisering och med delvis olika erfarenheter av DELTA-aktiviteter. På varje mottagning har personal från två team intervjuats. Intervjuerna har varat i genomsnitt en timme och har bandats. Intervjuerna har varit öppna med möjlighet för respondenterna att ge sin bild av den egna verksamheten och sitt förhållningssätt till samverkansaktiviteter.

### PSYKIATRIN – EN FALLBESKRIVNING

Allmänpsykiatrin utgör en viktig del i vårdkedjan mellan den slutna psykiatriska vården och andra kommunala verksamheter som har kontakt med personer med psykisk ohälsa. Hisingen utgör tillsammans med stadsdelarna Nordost och Söder de betjäningssområden som täcks in av Psykiatri Östra. Förutom den geografiska uppdelningen finns det också en uppdelning i tre sektioner. De utgörs av allmänpsykiatriska sektionen, psykossektionen och missbrukssektionen. Psykiatri Östra inkluderar all form av specialistpsykiatri i öppenvård och sjukhusbunden slutenvård (Rättspsykiatri och Äldrepsykiatri exkluderad). Verksamheten bedrivs som en så kallad sammanhållen psykiatri som innebär att slutenvård och öppenvård ryms inom samma organisation, vilket möjliggör en integrerad vårdkedja mellan den sjukhusbundna slutenvården och öppenvården ute i stadsdelarna. Tanken är att basen för verksamheten ska finnas i öppenvården (Verksamhetsberättelse Psykiatri Östra 2001).

Målet med en ökad samverkan mellan Psykiatrin och andra organisationer har tagits upp i olika sammanhang, bland annat i en utredning av Psykiatireformen. Där uppmärksammas behovet av en utvecklad och förbättrad samverkan mellan Psykiatrin och dess vårdgrannar, till exempel Socialtjänsten. Det gäller inte bara samverkan i allmänhet utan ett arbete med att integrera den psykiatriska vårdplaneringen med vårdgrannarnas planering och överhuvudtaget utarbeta gemensamma samverkansrutiner. Samverkansproblematiken har således uppmärksamats på riksnivå och varit en prioriterad fråga i samband med psykiatireformen och den psykiatriska verksamheten därefter. Det finns en målsättning att integrera och rutinisera samverkan i relation till andra vårdgrannar.

#### Allmänpsykiatrin Hisingen

Studien baseras på de två allmänpsykiatriska öppenmottagningar som har Hisingen som upptagningsområde, det vill säga Rimmaregatan och Biskopsgården. Allmänpsykiatrin skiljer sig åt från den slutna Psykiatrin genom att vara mer orienterad mot en långsiktig rehabilitering i samarbete med andra vårdgrannar i stadsdelarna. Patienterna läggs inte in på en vårdplats utan får komma på regelbundna besök till mottagningen. Det gäller att patienten ska kunna rehabiliteras till arbete eller liknande, och i de fall det ej är möjligt att åtminstone nå en habilitering så att patienten kan klara sitt vardagsliv på ett så bra sätt som möjligt. En av mottagningarna sätter upp följande mål för verksamheten (Verksamhetsplan):

- Att utifrån behov, funktionsnivå och problematik avgöra om patienten tillhör målgruppen.

- Att utifrån det vårdideologiska perspektivet bedriva behandlingsarbete i dialog med patienten, 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 team-psykiatriskt arbets sätt, 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.

Det finns alltså en uttalad målsättning att verka för en samverkan med andra aktörer i patientens omgivning och att på så sätt ta ett helhetsgrepp i behandlingsarbetet.

### **STYRNINGSPEKTIKET**

Den allmänpsykiatriska öppenverksamheten är i hög grad decentraliserad och team-baserad. I teamet finns en uppdelning efter yrkesgrupp och kompetens. Team-medlemmarna har i princip ingen direkt överordnad förutom verksamhetschefen på mottagningen. Läkaren i teamet har dock det övergripande medicinska ansvaret och rent formellt ett 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.

Det finns olika former för organiseringen av den externa samverkan. Skillnaderna beror dels på vilken yrkesgrupp det gäller och dels på vilka relationer det finns med andra organisationer i stadsdelen. Läkarna har till exempel mer kontakt med primärvården än arbetsterapeuterna, som arbetar mer mot arbetsmarknadsaktörer, exempelvis Arbetsförmedlingen och AMI. Det kan också skilja sig åt en hel del mellan till exempel olika vårdcentraler och socialkontor vad gäller hur de har organiserat sitt samverkansarbete. Vissa vårdcentraler har arbetat mycket med att integrera representanter från andra organisationer medan andra inte kommit så långt i det avseendet.

Den tydligaste organiseringen av samverkan är den som sker gentemot den psykiatriska slutenvården. Det finns tydliga formaliserade samarbetsformer eftersom man tillhör samma övergripande organisation (Psykiatri Östra) och utgör olika delar i vårdkedjan. Det tar sig uttryck i regelbundna möten med olika representanter från mottagningen, det kan gälla möten som tar upp specifika ärenden eller samarbetsformer. En annan samarbetsrelation som är väl utvecklad med regelbundna träffar är den mellan Allmänpsykiatri och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). I båda fallen gäller det aktörer i den psykiatriska vårdkedjan som har samma huvudman i sjukvården. Diskussionerna rör ofta frågor kring utslussnings- och överföringsärenden. När patienter skrivs ut från slutenvården går ansvaret över till den psykiatriska öppenvården. Det samma gäller när ungdomar med psykiska problem blir arton år och inte längre hör till BUP utan den öppna Allmänpsykiatri. Av den anledningen finns det ett ömsesidigt åtagande att samverka och utforma gemensamma vårdplaner.

Samverkan med Primärvården utgör också en viktig del i vårdkedjan. Formerna för samverkan med Primärvården har inte lika tydliga konturer som den ”inopsykiatriska”. En viktig anledning till det är att primärvården är uppdelad på ett stort antal vårdcentraler. En mottagning kan till exempel ha sex vårdcentraler inom sitt upptagningsområde. Som en följd av det samverkar man från mottagningens sida mer med vissa vårdcentraler än andra. Det förefaller

vara de vårdcentraler som har integrerat sin DELTA-verksamhet som har tydligast kontakter med mottagningen. En viktig anledning är att man där har mer av psykiatrisk kompetens och ett liknande team-tänkande 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. På en av mottagningarna hade 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 satt med på möten på vårdcentralen. Där diskuterades bl.a. remisser som var aktuella från vårdcentralens sida och tvärtom.

Kontakterna med Socialtjänsten har blivit allt viktigare för mottagningens verksamhet. Det hänger mycket samman med konsekvenserna av psykiatrireformen. Genom reformen har Psykiatrin och Socialtjänsten fått mer gemensamt genom att de psykiskt funktionshindrade blivit en viktig klientgrupp för Socialtjänsten. Det innebär att många ärenden är aktuella i båda organisationernas verksamhet. Av den anledningen ställs det större krav på en samordnad planering, till exempel när patienter skrivs ut från slutenvården och ska klara sig på egen hand. Det kan gälla att samordna psykiatrisk behandling och boende vad gäller ekonomi och boendestöd. De mer eller mindre regelbundna möten som kommer till stånd handlar ofta om olika typer av rehabiliteringsplanering och sker på antingen Psykiatris eller Socialtjänstens initiativ. Ofta handlar mötena om att den socialsekreterare på Socialtjänsten som har ansvar för ärendet träffar den behandlare på Psykiatrin som har ansvar för samma ärende. På en av mottagningarna har man planer på att låta Socialtjänsten komma varje månad på så kallad team-konferens för att träffa hela teamet och diskutera aktuella ärenden.

Modellen med regelbundna möten finns redan etablerad i samarbetet med Försäkringskassan. På en av mottagningarna kommer försäkringskassan en gång i månaden på så kallad team-konferens och på en annan mottagning kommer de varannan vecka. Det tas då upp ärenden som förannmälts av både Psykiatrin och Försäkringskassan. Kontakterna har utvecklats och formaliserats mycket på senare år. På mötena diskuteras olika frågor som berör teamet och Försäkringskassan vad gäller rehabiliteringsplaner och andra frågor och problem. Det kan gälla diskussioner om olika bidragsformer som sjukbidrag eller om det till exempel kan vara aktuellt med pensionering. Det förekommer också kontakter med Arbetsförmedlingen och AMI, men inte lika formaliserat som med vårdcentralerna och socialtjänsten.

### **DELTA:s effekter ur ett styrningsperspektiv**

DELTA:s konsekvenser för styrningen av Psykiatris verksamhet är inte helt lätta att klarlägga. Det verkar dock som om det öppnat upp möjligheter för den externa samverkan. En bidragande orsak till ett ökat behov av samverkan är den förändring som skett i relation mellan slutna och öppna psykiatrisk vård. Efter psykiatrireformen minskades den slutna vården kraftigt vilket ställde större krav på öppenvården. De ärenden som hanteras av de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna idag är betydligt tyngre och mer komplexa än tidigare. Det kräver att man väger in olika aspekter som inte bara berör psykiatrin utan också främst Socialtjänsten och Primärvården. Man delar till exempel ärenden med Socialtjänsten idag på ett sätt som inte var vanligt tidigare. Det räcker inte att ta hänsyn till enbart psykiatriska aspekter utan man måste också se till att Socialtjänsten sköter ekonomiskt stöd, bostöd och så vidare. Det ställs också krav på en samordnad rehabiliteringsplanering tillsammans med Socialtjänsten. Även Försäkringskassan ställer krav på att få vara informerad i rehabiliteringsplaneringen av patienterna. Fler aktörer är överhuvudtaget inblandade i behandlingen än tidigare.

Samverkanstanken är inte något nytt inom psykiatrin, men enligt många har tidigare försök att få med organisationer som Socialtjänsten och Försäkringskassan i samverkan misslyckats.

Det förefaller som om DELTA spelat en viktig roll för att skapa bättre samverkansförutsättningar på flera sätt. En anledning är att samverkanstanken har fått ett större allmänt erkännande och en större tyngd i och med att det hamnat högt upp på den politiska agendan. Det har banat väg för en större vilja till samarbete och har samtidigt skapat ett större tryck på att uppfylla målsättningarna. Det innebär bland annat att DELTA-aktiviteterna skapat nya möjligheter för Psykiatrin att samverka.

En stor del hänger fortfarande på att utveckla ett bättre personligt nätverk för att på den vägen kunna få en ”direktväg” mellan organisationer och kunna gå förbi vissa traditionella hinder som till exempel olika regelsystem. Personkontakterna har också gjort det lättare att sammankalla möten för att diskutera aktuella frågor kring ärenden. Det finns också exempel på regelbundna möten som i fallet med en DELTA-integrerad vårdcentral där man träffas varje vecka för att diskutera remisser. Överhuvudtaget förefaller det ske mer organiserad samverkan mellan organisationer med olika former av möten än vad som var fallet tidigare. I vissa fall beror det på bättre organisatoriska förutsättningar och i andra fall helt enkelt på bättre personrelationer och intresse för samverkan.

Det hindrar inte att det fortfarande finns en hel del problem i samverkan mellan de psykiatriska mottagningarna och andra aktörer. Ett problem är enligt de intervjuade att det ibland finns bristande psykiatrisk kompetens och vana i verksamheter som Primärvården och Socialtjänsten. Av den anledningen hamnar de psykiatriska patienterna i problematiska situationer. Det kan till exempel gälla problem att finna lämpligt boende och stöd i boende. Ett annat problem i Psykiatrins externa relationer gäller DELTA-aktiviteterna som ofta inte passar för de psykiatriska patienterna. Det kan vara svårt att få in patienterna i olika former av DELTA-aktiviteter eftersom kriterierna ibland är ganska hårt satta.

## **VERKSAMHETSPERSPEKTIVET**

Öppenmottagningarnas verksamhet 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 utifrån tvärprofessionella team. Teamen består av olika professioner som läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, kurator, arbetsterapeut och psykolog. En av mottagningarna består av två team medan den andra består av tre team (kommer dock att slås samman till 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 remissteamet mer som en administrativ mottagare av remisser med enbart läkare och sjuksköterskor representerade. Tanken är att remissteamet ska kunna ta på sig fler uppgifter och även fungera som konsulter och rådgivande för att försöka skynda på remissflödet.

Remissteamet är den första länken i ärendegången på allmänpsykiatrin. När det kommer remisser från till exempel Primärvården eller Socialtjänsten så gör man här en första bedömning och gallring. Av de remisser som kommer in på en månad så går cirka hälften vidare till behandlingsteamet. Motiveringen för avslag eller återremittering kan vara att remisserna är ofullständiga och saknar viktig information eller att de inte passar in i verksamheten utan istället bör kunna hanteras av till exempel Primärvården. Det är inte alltid helt lätta ställningstaganden och gränsdragningen mellan Psykiatrin och Primärvården är ofta föremål för diskussion. Om ett ärende inte får plats i verksamheten men ändå bedöms vara i behov av de

resurser som finns i teamet så försöker man boka in tider längre fram. Det skapas därför en slags informell väntelista.

Om en remiss bedöms passa in i verksamheten så gör remissteamet också en första kategorisering efter den information man har. Om det är en tydlig medicinsk inriktning så får läkaren ta hand om remissen, om det är arbetsrelaterat så blir det arbetsterapeutens roll osv. Det finns en viss överlappning som gör att man kan ta lite olika typer av ärenden eftersom alla yrkesgrupper har en grundläggande terapeutisk kompetens. Det kan också vara så att två olika behandlare samsas om remissen. Eftersom läkarna är hårt belastade så försöker man få med ytterligare någon som ansvarig för ärendet. När man blivit tilldelad en remiss av remissteamet så vidtar nästa fas som kallas för nybesöksutredning. Det innebär att man samlar in mer information kring remissen för att få en mer heltäckande bild av den sökandes behov, levnadshistoria, tidigare kontakter med organisationer osv. Det innebär ofta att utredaren träffar personen vid ett eller flera tillfällen. När nybesöksutredningen är klar så presenteras den i teamet. Alla får då tillfälle att yttra sig och man beslutar gemensamt om det är ett ärende för verksamheten och vem som i så fall bör få ansvaret och vilken behandlingsplan som är lämplig.

Förutom den ordinarie ärendegången för olika typer av inremittenter så finns det även en speciell form av remisser som kommer från den psykiatriska slutenvården. Det är ärenden som ska slussas ut från slutenvården och överförs till Allmänpsykiatrin. Den typen av ärenden har förtur framför övriga remisser och tas i princip in utan att prövas på samma sätt som andra remisser. Under behandlingens gång hanteras ärendena av ansvarig personal och tas upp på team-möten om problem uppstått eller om man ska besluta om en behandlingsplan. Det händer att ärenden skrivs över till annan behandlare om patienten får behov av annan behandling. Ett exempel är arbetsterapeuterna som får de flesta av sina ärenden från andra behandlare när det börjar bli aktuellt för en utslussningsfas. Det kan också vara så att annan personal knyts till patienten för olika typer av stödåtgärder även om ärendet kvarstår med samma person ansvarig. Överhuvudtaget arbetar man mycket i team på mottagningen. Den interna samverkan är väl utbyggd och det finns en lång tradition av att arbeta på det här sättet. Upplägget bygger på att de olika yrkesgrupperna ska tillföra sin kompetens och synvinkel på ärenden för att undvika att fastna i en alltför snäv tolkning utifrån en specifik kompetens.

### **DELTA:s effekter ur ett verksamhetsperspektiv**

Det är den interna organiseringen som förändrats minst i jämförelse med den externa. I andra organisationer har införandet av sluss och ett tvärprofessionellt arbetssätt inneburit förändringar. Inom allmänpsykiatrin är det här inget nytt. Man har arbetat efter team-modellen ett antal år före DELTA infördes. Vad som möjligen har förändrats är att remissteamet fått en allt viktigare roll som sluss. Remisstrycket har skapat en ansträngd situation som ställer krav på en hård gallring och prioritering. Remissteamet har därför fått mer uppgifter än tidigare för att försöka avlasta kärnverksamheten. En annan faktor som påverkat den interna samverkan är att de inkommande ärendena är mer komplexa och krävande vilket skapat en tydligare akutinriktning på mottagningarna. Det kan i stor utsträckning kopplas till krisen i den psykiatriska slutenvården som bl.a. gjort att deras jourmottagning för tillfället ligger nere vilket tvingat mottagningarna att vara beredda att ta emot mer akuta fall. Det skapar i sin tur svårigheter att bedriva långsiktig verksamhet eftersom trycket på kortsiktiga åtgärder är så stort.

Det är svårare att hitta en mottagande part för dem som man skriver ut från Allmänpsykiatrin. Patienterna har fått den behandling de kan få inom Allmänpsykiatrin men har ingen given destination i nästa led av utslussningen. Det handlar både om resursbrist hos till exempel Socialtjänsten men också en ovana att hantera de psykiskt funktionshindrade patienterna. De förändringar som skapats av arbetet i verksamheten kan således kopplas till andra faktorer än

just DELTA. En möjlig indirekt effekt av DELTA är att team-modellen spridits till andra organisationer vilket gjort det lättare att samverka med dessa, till exempel vissa vårdcentraler.

### **DET PROFESSIONELLA PERSPEKTIVET**

Det finns flera olika yrkesgrupper representerade i verksamheten. Yrkesgrupperna fyller olika funktioner i teamen och har också olika typer av samverkansrelationer utanför verksamheten. De verksamhetsansvariga på mottagningarna är i båda fallen sjuksköterskor till sin yrkesroll. Verksamhetscheferna deltar i begränsad omfattning i team-arbetet och har inte så många ärenden beroende på att verksamhetsansvaret tar tid. De förväntas emellertid ha en viss del av sin tjänstgöring som sjuksköterska, även om omfattningen kan variera. I verksamhetsansvaret ligger förutom budget- och personalansvaret att representera verksamheten i olika forum som ledningsgruppmöte Psykiatri Östra, enhetschefsmöten, mellanchefermöten med chefer från stadsdelsförvaltningen. Det kan också innebära att sitta med i olika arbetsgrupper och DELTA-styrgrupper. Man har arbetsplatsträffar en gång i månaden, förutom personalmöten varje vecka där hela personalen träffas.

Läkarna har en psykiatrisk medicinsk inriktning och är den yrkesgrupp som har mest kontakt med Primärvård och psykiatrisk slutenvård. Deras uppgift består i att vara medicinskt ansvariga och fungera som överordnade i teamet (även om de inte har någon formell chefspost). Deras arbete handlar mycket om att göra funktionsbedömningar så att ärenden hamnar på rätt rehabiliteringsnivå. Som läkare har man vetorätt vid beslut om man uppfattar att något fel föreligger. Som läkare sorterar man under den allmänpsykiatriska verksamhetschefen. Läkarna spelar också en viktig roll som medlem i remissteamet där remisser bedöms och behandlas. Man fyller också en rådgivande funktion för till exempel läkare på vårdcentraler som behöver hjälp i psykiatriska frågor.

Kuratorerna är i teamet främst inriktad på det sociala nätverket kring patienten. Arbete är inriktat på psykosociala problem, vilket innebär mycket kontakter med andra intressenter runt patienten. I nätverkstänkandet ligger att försöka utgå från patientens sociala behov vad gäller boende, arbete, utbildning och familj. Man samarbetar främst med socialtjänsten och delar ofta ärenden sinsemellan. Arbetet innefattar mycket samtalsbehandling, terapi, krissamtal osv. Som kurator går man också in och bistår andra i teamet med det sociala kunnandet och det kan också innebära arbete i remissteamet för den första bedömningen. Förutom kontakten med Socialtjänsten ingår även kontakter med Försäkringskassan, Arbetsförmedling, Primärvården och DELTA-aktiviteter.

Psykologerna fyller en liknande funktion som kuratorerna i teamet. Psykologerna arbetar med olika former av psykoterapier, tester av funktionsförmåga och olika former av utredningar. Det kan vara både kort- och långsiktig behandling och stöd- och krisorienterad terapi. I arbetet kan också ligga handledning av annan personal. Man tar hand om ärenden med psykologisk inriktning och arbetar mycket tillsammans med andra som till exempel arbetsterapeuter. Man har kontakt med olika organisationer som Försäkringskassan, AMI, Socialtjänsten, BUP och Primärvården. Dessutom ingår kontakter med anhöriga och olika typer av DELTA-aktiviteter som Riggen och Sofi.

Arbetsterapeuterna är den yrkesgrupp som arbetar tydligast mot arbetsmarknaden. Det kan också beskrivas som att de arbetar i slutet av Allmänpsykiatrins vårdkedja och ska försöka slussa ut patienter. Arbetsterapeuterna får oftast sina ärenden inifrån teamet, det vill säga patienter som har genomgått olika typer av behandling och som om möjligt ska slussas ut till arbete eller studier. Det gäller att få patienterna att klara av arbete och vardagsliv med ett psy-

kiskt funktionshinder. Arbetsterapeuterna är även med i funktionsbedömningar och bistår ofta andra yrkesgrupper med den typen av aktiviteter. Man arbetar mycket i grupp med flera patienter och med andra arbetsterapeuter eller sjukgymnaster, med fokus på patientens sociala färdigheter. Även arbetsterapeuterna har ett utpräglat nätverkstänkande som kan innebära kontakter med Socialtjänst, Försäkringskassa, AMI, arbetsgivare och familj.

Sjukgymnasterna är slutligen en yrkesgrupp som arbetar mycket med psykosomatiska besvär som ångest och stress. Man arbetar mycket i grupp med avspänning och kroppskännedom. Ärenden kan finnas i hela spektret från ganska svårt sjuka till relativt friska utslusningsfall och t.o.m. de som arbetar. Sjukgymnasterna har inte speciellt mycket egna ärenden utan arbetar mest som resurs för andra i teamet. Samverkanskontakterna utåt varierar men gäller i stort sett liknande som andra till exempel Försäkringskassan och AMI. Skillnaden gentemot övriga yrkesgrupper är att sjukgymnasterna inte har så mycket ärenden och därför inte samverkar kring ärenden i samma utsträckning. Däremot har man en viktig roll som resurs i rehabiliteringsarbetet. Sjukgymnasterna arbetar därför mycket tillsammans med andra yrkesgrupper i teamet.

Sammanfattningsvis kan man säga att yrkesgrupperna har mycket gemensamt i och med att alla har en terapeutisk inriktning och utbildning förutom den egna kärnkompetensen. Det gör att det finns en ganska stor överlappning mellan grupperna och gränserna är inte alltid så tydliga. Därför kan man gå in och samarbeta kring ärenden och får en större flexibilitet. Förutom de nämnda samverkansrelationerna så har varje yrkesgrupp ett väl utbyggt professionellt nätverk med regelbundna träffar med kollegor från andra verksamheter.

### **DELTA effekter ur ett professionellt perspektiv**

Grunden för arbetet ligger i ett tvärprofessionellt team-arbete där de olika yrkesgrupperna bidrar med sin kompetens i samlade bedömningar. Vad som förändrat situationen är ett hårdare tryck med remisser och ärenden samt en större tyngd och komplexitet i ärenden. Det har i sin tur mer eller mindre tvingat fram en ökad extern samverkan med aktörer som andra organisationer och DELTA-aktiviteter. Även om yrkesgrupperna har olika kontakter beroende på ärendekaraktär så har man överlag sett sig tvungna att samverka kring patienten på ett annat sätt än tidigare. DELTA har spelat en viktig roll för att skapa nya kontaktytor och har gjort det möjligt för personalen att utvidga sina personliga nätverk, vilket i förlängningen skapar bättre förutsättningar för samverkan. Just de personliga kontakterna upplevs av många som mer eller mindre ovärderliga för en god samverkan med andra organisationsrepresentanter.

Fortfarande uppfattar många i personalen att det inte alltid finns en förståelse för den psykiatriska kompetensen eller behovet av den på till exempel vårdcentraler och i Socialtjänsten. Det är något som märks av i samverkansgrupper där Psykiatrin ofta beskrivs som ett problem. Det upplevs också som problematiskt att det finns remisser som man inte klarar av att hantera beroende på tidsbrist även om de kanske skulle behöva deras hjälp. Känslan av att inte alltid räcka till är tydlig. Samtidigt som det skapats ett bättre samverkans klimat så finns det också en hårdare bedömning från olika organisationers sida vad gäller urvalskriterier och en ovilja att ta på sig ärenden. Den samverkan som sker ska helst ske på den egna organisationens villkor. På samma sätt som andra uppfattar Psykiatrin som slutet så upplever man inom Allmänpsykiatrin att till exempel Socialtjänsten är slutet och svår att få information ifrån. Generellt verkar yrkesgrupperna ändå se positivt på det ökade inslaget av samarbete i den egna yrkesrollen. DELTA upplevs också ha skapat bättre förutsättningar och öppnat upp verksamheterna.

## SLUTDISKUSSION

Sammantaget har fallstudien av Allmänpsykiatrin visat att DELTA har fått olika typer av effekter och att det finns många faktorer som spelar in. De största konsekvenserna kan kopplas till den externa samverkan. Psykiatrin har av nödvändighet tvingats arbeta mer aktivt med samverkan med andra myndigheter och organisationer. Det ökade samverkansbehovet kan i stor utsträckning kopplas till psykiatrireformen och den ökade tyngden på den öppna Psykiatrin. Som en följd har slutenvården kraftigt minskat i omfattning samtidigt som slutenvårdstiderna har förkortats. Konsekvensen har blivit att den öppna Psykiatrin fått tyngre patienter med mer komplex problematik, som ställer större krav på samordnad behandling. Det är inte ovanligt att en behandlare på den psykiatriska mottagningen delar ett ärende med en socialsekreterare där behandlaren täcker upp de psykiatriska aspekterna och socialsekreteraren de ekonomiska och boenderelaterade.

Förutom att skapa ett större behov av samarbete så har den förändrade patientkategorin inom psykiatrin skapat ett ökat tryck också på ”vårdgrannarna”, som till exempel Socialtjänsten och Primärvården. De sistnämnda måste idag ta ansvar för psykiskt funktionshindrade på ett annat sätt än tidigare, vilket skapat problem. Ett problem är att det ibland saknas psykiatrisk kompetens och att det överhuvudtaget finns en ovana att hantera den här typen av människor. Det skapar också problem i remissflödet till Psykiatrin eftersom många remisser från till exempel Primärvården inte passar in i Allmänpsykiatrin längre. Man har blivit tvungna att vara hårdare i sin bedömning av remisser, vilket kan skapa en hel del diskussioner kring vem som ska ha ansvaret för de psykiskt funktionshindrade. Det ökar samtidigt risken för att sökande hamnar mellan stolarna, det vill säga för frisk för Psykiatrin men för sjuk för Primärvården. Det ställer krav på att Primärvården tar på sig ansvaret för lättare psykiatriska fall medan de svårare går till Psykiatrin. Gränsdragningen är dock inte alltid så tydlig.

Även om den grundläggande drivkraften till allmänpsykiatris samverkan inte kan spåras till DELTA så har det inneburit nya möjligheter för samarbetet mellan organisationer. Det är inte i första hand DELTA-aktiviteterna som varit viktiga utan snarare olika former av lokala DELTA-grupper och arbetsgrupper. Det har lett till bättre personliga kontakter mellan Psykiatrin och andra aktörer samt skapat möjligheter att få lättare och snabbare tillgång till information från olika organisationer. Samtidigt har det underlättat arbetet med att kalla till möten och diskutera olika frågor. De flesta är överens om att mötesmodellen är bättre för att hantera problem än kontakter via till exempel telefon.

Den interna organiseringen av de psykiatriska mottagningarna har inte påverkats i nämnvärd omfattning under senare åren. Man har arbetat efter team-modellen ett antal år och hanterat ärenden på ett likartat sätt. Överhuvudtaget är den interna samverkan integrerad i organisationen och det tvärprofessionella arbetssättet. Alla nya ärenden hanteras i teamet och större beslut tas också där. Den modellen börjar nu snarare sprida sig även till andra verksamheter och organisationer. En möjlig effekt av det ökade trycket från andra organisationer är att remissteamet får en allt viktigare roll. Hanteringen av remisserna tar mycket tid men är viktigt för den övriga verksamheten både för att se till att rätt remisser kan komma in i verksamheten och för att avlasta övrig verksamhet. Avlastningen innebär att remissteamet tar på sig bedömningen av remisser och agerar på mer konsultativ basis. Eftersom det finns en brist på psykiatrisk kompetens i många verksamheter utanför Psykiatrin kan det komma många förfrågningar om lämpliga behandlingar för olika ärenden. Det innebär att remissteamet inte tar på sig ett ärende utan att man föreslår behandling eller rekommenderar någon annan kontakt.



Den professionella rollen har inte förändrats i någon större utsträckning i det interna arbetet men däremot så har de externa kontakterna utvecklats. Många i personalen sitter med i olika typer av grupperingar kopplat till DELTA. Det kollegiala nätverket har blivit allt viktigare i det dagliga arbetet. Eftersom det ekonomiska klimatet samtidigt försämrats och trycket verksamheterna ökat så är det viktigt att kunna gå förbi de vanliga "hindren" hos andra organisationer. Det handlar inte om att bryta mot regler utan snarare att man kan gå den informella vägen och inte tvingas följa den formella ärendegången. En annan bieffekt är att det skapats en bättre förståelse mellan olika yrkesgrupper. Samtidigt lyfter de intervjuade fram att Psykiatri och den psykiatriska kompetensen fortfarande är lite främmande för andra vilket gör att de kan tvingas försvara sin egen verksamhet i olika sammanhang. Remisstrycket tillsammans med övertagandet av slutenvårdsärenden skapar också en hårdare press på personalen att arbeta med att öka utslussningsfrekvensen av ärenden. Det skapar en mer kortsiktig och akutinriktad verksamhet eftersom man också måste täcka upp för slutenvårdens begränsade jourtider. Även om man inom mottagningen arbetar på samma sätt som tidigare så har omvärldsförutsättningarna skapat andra förutsättningar också för det interna arbetet. Man måste balansera kraven på den egna verksamheten med kraven från andra intressenter.

## **7 SOCIALTJÄNSTEN**

### **FALLSTUDIENS GENOMFÖRANDE**

Kapitlet baseras på en fallstudie av två socialkontor på Hisingen. Fallstudien grundas på intervjuer av ett urval personer med olika arbetsuppgifter på respektive socialkontor. Förutom intervjuer med två socialchefer har studien omfattat intervjuer med två verksamhetschefer, fyra förste socialsekreterare, åtta socialsekreterare och två bostödsansvariga. Totalt har arton intervjuer genomförts mellan februari och mars 2001. Dessutom har dokument som verksamhetsplan och annat informationsmaterial använts. Urvalet har skett i samråd med cheferna för socialtjänsten och speglar två socialkontor som skiljer sig åt i storlek och geografisk lokalisering, med olika erfarenheter av DELTA-aktiviteter. Intervjuerna har varat i genomsnitt en timme och har bandats. Intervjuerna har varit öppna med möjlighet för respondenterna att ge sin bild av den egna situationen och förhållningssättet till samverkansaktiviteter.

### **SOCIALTJÄNSTEN – EN FALLBESKRIVNING**

Socialtjänsten ska enligt socialtjänstlagen främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet (1§ Socialtjänstlagen). Det innebär att socialtjänsten ska stödja människor med sociala svårigheter med ekonomiskt stöd eller annat stöd i form av till exempel boende. Inom ramen för socialtjänsten finns ett brett ansvar för sociala insatser riktade mot barn, familjer och vuxna. Förutom ekonomiskt bistånd kan det till exempel gälla speciella stödinsatser för missbruk, psykiskt funktionshinder och arbetsträning. Socialtjänsten på Hisingen delas upp på sex SDN-områden. De olika områdena är Lundby, Kärra-Rödbo, Torslanda, Tuve-Säve, Backa och Biskopsgården. Socialkontoren har ett geografiskt verksamhetsansvar och täcker in respektive stadsdel. Socialkontoren skiljer sig åt i stor utsträckning beroende på skillnad i befolkningens mängd och befolkningsstruktur. De två studerade socialkontoren utgör två kontraster eftersom de representerar ett stort område (Lundby) och ett mindre (Tuve-Säve). Det skapar olika förutsättningar för respektive verksamhet.

### **STYRNINGSPEKTIKET**

Socialtjänsten är en organisation som inrymmer en mängd olika verksamheter och inriktningar. En första indelning brukar göras mellan vuxna respektive barn/unga och familj. Rapporten är inriktad mot vuxendelen eftersom det ligger mest i linje med DELTA-projektets prioriterade målgrupp. En annan indelning är den mellan ekonomiskt bistånd och övrigt bistånd. Inriktningen mot ekonomiskt bistånd handlar mestadels om att administrera och bedöma ansökningar om olika former av socialbidrag. Övrigt bistånd innebär ett större mått av utredning och behandling i verksamheten. Den sistnämnda uppdelningen börjar dock mjukas upp i de båda fallen, men på skilda sätt. På det mindre socialkontoret har man integrerat ekonomiskt bistånd och övrigt bistånd så att handläggarna skall kunna hantera både de ekonomiska och utredningsinriktade aspekterna av ärendena. På det större socialkontoret är det annorlunda. Varje inriktning utgör en egen grupp där handläggarna har både ekonomiskt och utredningsansvar.

På det mindre socialkontoret är organisationen decentraliserad med sammanlagt tre nivåer från enhetschef via förste socialsekreterare till socialsekreterare. Enhetschefen har ansvaret för både ekonomi/vuxendelen och barn/ungadelen. Den förste socialsekreteraren utgör sedan det enda mellanledet med ett verksamhetsansvar för ekonomi/vuxna. Rollen som förste socialsekreterare är inte en formell chefsposition utan snarare ett slags arbetsledande position utan personal- och budgetansvar. På det större socialkontoret är organisationen annorlunda p.g.a.

verksamhetens omfattning. En enda arbetsgrupp är i princip lika stor som hela verksamheten på det lilla socialkontoret. Verksamheten är uppdelad på fem olika arbetsgrupper som utgör avgränsade avdelningar. De fem är mottagningsgruppen, arbetsmarknadsgruppen, utredningsgruppen, vuxengruppen och gruppen för psykiskt funktionshindrade. Förutom den övergripande verksamhetschefen så finns det ytterligare två lägre verksamhetschefer, en för arbetsmarknadsgruppen och mottagningsgruppen och en för utredningsgruppen, vuxengruppen och gruppen för psykiskt funktionshindrade.

Socialtjänsten som verksamhet är i hög grad beroende av olika typer av samverkan. Den externa samverkan skiljer sig dock åt beroende på vilken inriktning gruppen har. Mottagningsgruppen arbetar mer förebyggande och uppsökande än andra grupper. Det innebär kontakter med till exempel Polisen, fastighetsvärdar, Hemtjänst, Försäkringskassa. Mottagningen fungerar också som jour för sökande. Den DELTA-aktivitet som man har mest kontakt med (och dit man ibland remitterar ärenden) är Arbetsmarknadstorget. Det hänger också samman med att man ingår i samma arbetsgrupp och har samma verksamhetschef.

Övriga grupper har olika typer av externa kontakter. Arbetsmarknadsgruppen är tätt kopplad till arbetsmarknadstorgets Lundby-team. Vid starten av Lundbyteamet delade man på arbetsmarknadsgruppen och hälften av personalen gick till Lundbyteamet medan hälften stannade kvar. En del av personalen gick också till Arbetsmarknadstorgets ungdomsteam. Den externa samverkan rör i stor utsträckning DELTA-aktiviteter dit man kan remittera ärenden. Förutom Arbetsmarknadstorget kan det vara till exempel Hisingsslussen, Vican och Rikken. Arbetsmarknadstorget tar över ärendet helt medan övriga projekt utgör en stödresurs samtidigt som man håller kvar själva ärendeansvaret.

Utredningsgruppen har ett speciellt projekt för så kallade 0-klassade (sökande som är sjuka men som ej har rätt till sjukpenning). Man har bildat en referensgrupp där det ingår representanter från bl.a. Primärvården, Psykiatrin, Försäkringskassan, Arbetsmarknadstorget och Sofi-projektet. I övrigt sker det mesta av den externa samverkan utifrån respektive handläggares hantering av egna ärenden. Det kan gälla både organisationer och olika DELTA-aktiviteter som Sofi, Sanna, Vican och Rikken. Ett annat projekt inom utredningsgruppen arbetar specifikt mot ärenden som haft socialbidrag under lång tid. De arbetar mycket mot olika DELTA-aktiviteter för att försöka slussa ut ärenden ur den ordinarie verksamheten till alternativa aktiviteter. Det kan till exempel gälla arbetsträning och andra aktiviteter. Det finns också funderingar om att bilda en liknande referensgrupp som gruppen för 0-klassade med representanter från organisationer och DELTA-aktiviteter.

Gruppen för psykiskt funktionshindrade skiljer sig lite åt från övriga eftersom man inte har så mycket kontakt med DELTA-aktiviteter. Kategorin psykiskt funktionshindrade är ganska ny i socialtjänsten och passar inte riktigt in i många av DELTA-aktiviteterna. Däremot har man mycket kontakter med främst Psykiatrin och Primärvården. Många ärenden kommer från den slutna Psykiatrin. Kontakterna med Primärvården gäller ofta olika former av vårdintyg. I övrigt handlar de externa kontakterna om olika former av behandlingsformer, till exempel behandlingshem, boendeformer och andra alternativ.

Det mindre socialkontoret visar upp ett något annorlunda mönster vad gäller extern samverkan. Det förefaller som om verksamhetens mindre omfattning och en större lokal närhet till andra organisationer skapar andra förutsättningar. Även här finns det vissa skillnader mellan olika inriktningar på verksamheten. Trots att man nu arbetar i en integrerad arbetsgrupp så finns det fortfarande en viss uppdelning mellan ekonomiskt bistånd, övrigt bistånd och bo-

stöd. De handläggare som arbetar mot ekonomiskt bistånd har en tydligare koppling till arbetsmarknaden och relaterade aktörer. Det innebär bl.a. kontakt med Arbetsmarknadstorget och Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Primärvården och Psykiatriska mottagningar. Man har också kontakter med DELTA-aktiviteter som Vican, Riggen och Sofiprojektet när man har ärenden aktuella där. Formerna för samverkan kan variera, det kan till exempel gälla korta kontakter med organisationer vid behov eller mer planerade möten. Det sistnämnda sker ibland i så kallade trepartssamtal med representanter från Socialtjänsten, klienten och representant från Arbetsförmedling eller Arbetsmarknadstorget. Man har också ett lokalt DELTA-team med en socialsekreterare från Socialtjänsten, läkare och sjuksköterska från den lokala vårdcentralen, sjukgymnast och en representant från Försäkringskassan. Teamet är i första hand inriktat på arbetsmarknad. Socialsekreteraren i DELTA-teamet sitter även tidvis på socialkontoret vilket ger en naturlig koppling mellan enheterna.

Inriktningen mot övrigt bistånd inbegriper främst missbruk och psykiskt funktionshindrade. Det handlar om mer komplexa och långvariga ärenden i jämförelse med ekonomiärenden. Verksamheten handlar ibland mer om habilitering än rehabilitering, det vill säga att skapa ett fungerande vardagsliv för klienterna med hjälp av olika stödinsatser. Man har kontakt med andra organisationer som Kriminalvården, Psykiatrin, öppna narkomanvården, Primärvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Det kan också handla om kontakter med behandlingshem, Stadsmissionen och Frälsningsarmén men även DELTA-aktiviteter som Sofi och Sanna. Det finns ett utvecklat samarbete med Allmänpsykiatrin eftersom man ofta har ett delat ansvar för psykiskt funktionshindrade som skrivs ut från slutenvården. Socialtjänsten ska utreda de psykiskt funktionshindrades behov av sociala insatser vad gäller till exempel ekonomi, boende och stöd i boende. Det innebär bl.a. att man gör gemensamma vårdplaner.

Bostödsenheten fungerar som en stödfunktion för först och främst psykiskt funktionshindrade. De som arbetar med de här uppgifterna har psykiatrisk kompetens och arbetar med att hjälpa klienterna i deras hemmiljö. Det är de berörda socialsekreterarna som tar beslut om de sökande är berättigade till bostödsåtgärder. Verksamheten är relativt ny inom Socialtjänsten och har kommit till efter psykiatrireformen. Ett problem är att det finns få alternativa boendeformer för den här typen av människor eftersom många inte klarar att bo själva i lägenhet. Man har kontakt med Allmänpsykiatrin, psykosenheten och slutenvården, som oftast är de som varslar om att en patient ska ut i boende. Andra kontakter är olika typer av boendeformer där man kan ha ärenden eller vill få de placerade. Man skapar också grupper kring den sökande med berörd socialsekreterare och kontaktperson på Allmänpsykiatrin. Däremot har man begränsade kontakter med DELTA-aktiviteter eftersom klienterna i målgruppen ofta är för sjuka för att passa in i de aktiviteterna.

För att försöka ge en samlad bild av hur den externa samverkan går till hos Socialtjänsten så kan man säga att mycket av den externa samverkansaktiviteterna sker utifrån socialsekreterarens handläggning av det enskilda ärendet. Det kan ta sig formen av telefonkontakter eller sammankallade möten vid behov. Det är svårare att finna exempel på regelbundna samverkansmöten och gemensamma bedömningar av ärenden. Av naturliga skäl finns det skillnader mellan olika enheter vad gäller vem man samverkar med, men formerna skiljer sig däremot mindre åt. De undantag som finns berör ofta DELTA-aktiviteter eller liknande aktiviteter. Ett exempel är projektet för 0-klassade på det större socialkontoret som ledde till skapandet av en referensgrupp med representanter från olika organisationer. Andra exempel är referensgrupper kring behov som uppstått efter psykiatrireformen, till exempel boenderelaterade. Kopplingen mellan den öppna psykiatriska vården och Socialtjänsten förefaller också ha förstärkts, med

ett visst mått av gemensamt arbete och planerande. I det sistnämnda fallet har man också ofta gemensamma ärenden och därför ett behov av samverkan.

### **DELTA:s effekter ur ett styrningsperspektiv**

De flesta är överens om att den externa samverkan har ökat och att det finns en större gemensam förståelse mellan organisationer. DELTA-aktiviteterna har spelat en viktig roll i det hänseendet. DELTA-aktiviteterna skapar också nya kontaktytor med andra organisationer. Ett exempel är det lokala DELTA-teamet som öppnade upp kontakterna mellan det mindre socialkontoret och den lokala vårdcentralen. Ett annat exempel är kontakterna mellan Arbetsförmedlingen och det större socialkontoret inom ramen för Arbetsmarknadstorget. I vissa fall verkar kontakterna i projekten ha ersatt många av de så kallade ordinarie kontakterna. Projektet avlastar kärnverksamheten genom att ta över ärenden och skapa större möjligheter till alternativa stödåtgärder för behandlingen av klienter.

Andra exempel på en ökad extern samverkan, som inte direkt kan kopplas till DELTA, är de behov som uppstått efter psykiatrireformen. Det har inneburit en ny ärendekategori i Socialtjänsten, de psykiskt funktionshindrade, som skapar ett ökat behov av samverkan mellan den öppna Psykiatrin och Socialtjänsten. Det ställs krav på en samordnad vårdplanering. Samtidigt är det ett exempel på när ett ärende hör till flera organisationer samtidigt. Psykiatrin har ansvar för de medicinska och psykiatriska aspekterna av ärendet och Socialtjänsten de sociala.

Överhuvudtaget förefaller den externa samverkan ha utökats och fått delvis nya former. Det hindrar inte att mycket av kontakterna sker utifrån respektive ärendeansvar och ofta inskränker sig till ett begränsat informationsutbyte. Vid de tillfällen som en mer samordnad samverkan sker så kan det bero på att man åläggs att samverka gentemot en ny kategori sökande som man inte har så mycket kunskap och information om (exemplet psykiskt funktionshindrade) eller om man hamnar inom samma organisation som en DELTA-aktivitet (exempelvis Sanna).

### **VERKSAMHETSPERSPEKTIVET**

Socialtjänstens verksamhet täcker in en mängd olika behov hos de sökande. Det kan röra sig om allt ifrån tillfällig hjälp med ekonomiskt stöd till komplicerade fall av psykisk ohälsa och missbruk. Ärendehantering skiljer sig därför åt beroende på typ och inriktning. Mottagningsgruppen står för de första kontakterna med de sökande. De fungerar som en sluss för övrig verksamhet och gör en första bedömning av de sökande och deras behov. Ärendet skickas sedan vidare till någon av de övriga grupperna i verksamheten som får ta ställning till om det passar in i deras inriktning. Varje grupp har utarbetat kriterier för vilken typ av ärenden som de ska arbeta med. Med grund i kriterierna och den första bedömningen placeras sedan inkommande ärenden i någon av de övriga grupperna.

Tidigare var mottagningsgruppen mer av en administrativ funktion som bokade tider och slussade vidare till övriga grupper. Tanken är nu att man ska utgöra en mer integrerad del i övrig verksamhet och även ta på sig egna ärenden. Det gäller också ett större mått av förebyggande arbete. Mottagningsenheten blir lite av ansiktet utåt för socialkontoret. En ambition är också att försöka hantera så många av de sökande som möjligt på mottagningsenheten. Poängen med mottagningen är att man ska avlasta övrig verksamhet och skapa så få ärenden som möjligt. Det skapar också en ”sällningseffekt” som gör att de ärenden som går vidare är de som verkligen behöver mer långsiktig och utredningsinriktad hjälp som de inte kan få på mottagningen. Många besök på mottagningen blir heller aldrig ärenden eftersom de kan klaras av med allmän info och rådgivning.

Om det ändå visar sig bli ett öppet ärende så gör mottagningen en nybesöksutredning som innefattar en checklista och en kortfattad sammanfattning av situationen. Man bokar sedan in en tid hos en handläggare i lämplig grupp. När ärendet kommer till arbetsgruppen bedöms det om placeringen är korrekt och om så inte är fallet så slussas det vidare till en annan grupp. De som hör till arbetsmarknadsgruppen är de som har arbetslöshet som främsta orsak till ansökan. De sökande ska stå till arbetsmarknadens förfogande och vara anmälda på arbetsförmedlingen. Det kan också gälla sökanden som är inskrivna på AMI. Man gör också en indelning i sökande över och under tjugofem år. Arbetsmarknadsgruppen har också en speciell grupp för ungdomar under tjugofem år som har särskilda behov, exempelvis i form av missbruk, kriminalitet och psykiska problem.

Utredningsgruppen täcker in de sökande som inte står till arbetsmarknadens förfogande och som inte har missbruk och psykiskt funktionshinder. Det kan till exempel gälla sökande med fysiska hälsoproblem, pensionärer med ingen eller låg pension, personer som blivit vräkta, långtidssjukskrivna med sjukpenning och 0-klassade som inte står till arbetsmarknadens förfogande. Utredningsgruppen har en relativt bred inriktning som tangerar många av de andra grupperna. Vuxengruppen är inriktad mot sökande som har missbruksproblematik och som är i behov av stöd från Socialtjänsten. Det handlar om aktiva missbrukare som ofta inte har någon insikt om sitt missbruk. Det kan också gälla sökande som på grund av sitt missbruk har problem med boende. Socialtjänsten har en skyldighet att hjälpa den här kategorin sökande. Den sista gruppen är inriktad mot vuxna som har långvariga och allvarliga psykiska funktionshinder som skapar problem med att hantera vardagslivet.

Förutom nämnda grupper ligger dessutom två DELTA-aktiviteter inom socialkontorets verksamhetsansvar. Sanna hör till utredningsgruppen, vuxengruppen och gruppen för psykiskt funktionshindrade och har samma verksamhetschef. Man inriktar sig främst mot sökande som är aktuella inom Socialtjänsten och Försäkringskassan med missbruk som främsta grund till arbetslöshet eller sjukskrivning. För att passa in ska man också ha ett stabilt boende, ej vara inne i aktivt missbruk och ej lida av allvarligt psykiskt funktionshinder eller sjukdom. Arbetsmarknadstorget och dess Lundby-team och ungdomsgrupp är kopplade till arbetsmarknadsgruppen och mottagningsgruppen och har samma verksamhetschef. Verksamheten är främst inriktad mot sökande som står till arbetsmarknadens förfogande men som inte är anställningsbara på grund av kompetensbrist. De sökande är i behov av fördjupad kartläggning och vägledning.

Ärendegången styrs i stor utsträckning av den första utredningen av mottagningsgruppen. De flesta ärendena i verksamheten kommer just därifrån. Undantaget är gruppen för psykiskt funktionshindrade och vuxengruppen som även kan få ärenden från andra håll (till exempel Psykiatri). Det kan också ske en överflyttning mellan olika grupper i verksamheten beroende på om ett ärende hamnat fel eller kanske har utvecklats i en riktning som gör att det passar bättre in på en annan inriktning. Proceduren för överföring mellan grupper är relativt formaliserad. Det finns ett speciellt överföringsdokument som man lämnar över till den grupp man bedömer borde ha ansvar för ärendet. Den här överlämningen sker mellan förste socialsekreterare som diskuterar ärendet och tar beslut på om det finns grund för flytten av ärendet. Det kan ibland skapa diskussioner var ärendet hör hemma. Många ärenden är också komplexa och mångfacetterade vilket kan göra det svårt att kategorisera dem efter gruppernas kriterier.

De båda socialkontoren skiljer sig också åt vad gäller den interna samverkan kring ärenden. Det större socialkontoret har en väldigt långt driven specialisering med skilda inriktningar som i princip bildar olika avdelningar. Gränserna mellan inriktningarna kan vara ganska slut-

na och kommunikationen dem mellan sker oftast i samband med ett formellt överflyttnings-ärende. En förändring som skapat en något bättre intern samverkan är att man fått en gemensam verksamhetschef (exempelvis arbetsmarknad och mottagning), vilket skapat naturliga mötesforum vid verksamhetsmöten och liknande. Den snäva specialiseringen kan både betraktas som en styrka och en svaghet. Styrkan är att man utvecklar kunskap inom sitt fält och håller sig ajour med utvecklingen. Svagheten skulle kunna vara att man förlorar i helhetsförståelsen och försvårar den interna samverkan, samtidigt som risken ökar för att sökande hamnar mellan olika stolar. Vad gäller hanteringen av ärenden inom de olika inriktningarna så ligger fokus på det individuella ansvaret, men det sker varje vecka möte när man tar upp och diskuterar ärenden som är problematiska eller principiellt viktiga.

På det mindre socialkontoret så har man istället för en ökad specialisering gått mot det motsatta. På initiativ av personalen själva så har man slagit samman ekonomi och övrigt bistånd till en grupp. Det finns flera anledningar till en sammanslagning av den typen. En viktig anledning var att man tyckte att det var onödigt att två handläggare som satt bredvid varandra båda hade hand om ett och samma ärende, fast den ena täckte de ekonomiska aspekterna medan den andre täckte de behandlingsinriktade aspekterna. Det gjorde att man ändå var tvungen att träffas för att diskutera ärendet. Tanken var alltså att man kunde vinna i helhetsförståelse av ärendet och samtidigt underlätta för klienten, som kunde uppleva det som splittrande att ha två handläggare.

#### **DELTA:s effekter ur ett verksamhetsperspektiv**

DELTA har fått vissa effekter för verksamheten och hur ärenden hanteras. Det större socialkontoret har försökt att tydliggöra inriktningarna på de olika enheterna. Det har i första hand förändrat mottagningsenhetens roll för verksamheten. Mottagningen fungerar nu som en sluss för övrig verksamhet och agerar samtidigt utåt på ett annat sätt än tidigare. Det handlar om att arbeta förebyggande och att avlasta den ordinarie verksamheten genom att fånga upp kortare ärenden själva. Samtidigt har specialiseringen av enheterna förstärkts med tydligare kriterier för respektive grupp. Kontakterna mellan enheterna har också formaliserats genom utvecklingen av ett speciellt överflyttningsdokument. Det förfaller ha skett mer av öppning utåt i hanteringen av ärenden medan man internt slutit sig inom respektive enhet. En faktor som motverkar den tendensen är att grupperna har en gemensam verksamhetschef som agerar som samverkande kraft.

På det mindre socialkontoret har man valt en annan lösning. Man försöker arbeta mer integrerat mellan olika inriktningar och sträva efter helhetsbedömningar. Det har både varit en medveten strävan samtidigt som det har fallit sig naturligt på grund av de tyngre ärendena och den minskade basen för rena ekonomiska arbetsmarknadsinriktade ärenden. Det gäller också behandlingen av ärenden i grupp som en mer eller mindre rutiniserad arbetsmetod i verksamheten. Samtidigt har man blivit bra på att utnyttja DELTA-aktiviteter för att få stöd i ärendehanteringen eller för att skriva över ärenden helt och hållet. I övrigt så har inte själva behandlingen av ärenden förändrats i någon större omfattning. Men det faktum att man tar upp ärenden i en grupp med både ekonomiskt inriktad och behandlingsinriktad personal kan möjligen förändra bedömningen.

#### **DET PROFESSIONELLA PERSPEKTIVET**

Det finns inte speciellt många olika yrkesgrupper representerade i verksamheten. Grunden för de flesta socialsekreterare och förste socialsekreterare är en socionomexamen. Inom ramen för socialsekreterarrollen kan man sedan vara inriktad på olika arbetsuppgifter, exempelvis ekonomiskt bistånd eller utredningsarbete. Många gånger kombinerar man dock de bägge. Yrkesrollen är överlag självständig med ett stort mått av egna bedömningar. Det finns i princip tre

olika yrkeskategorier i verksamheten, det vill säga verksamhetschefen, förste socialsekreterare och social sekreterare. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för ekonomi och personal. Det innefattar bland annat att hålla regelbundna personalmöten och informera om allehanda frågor av vikt. Den förste socialsekreteraren är en roll som inte är helt lätt att definiera. Det är en slags mellanposition som inte inbegriper något formellt ansvar för till exempel ekonomi, däremot har man en så kallad högre delegation, det vill säga man får ta beslut i vissa frågor som inte socialsekreterare får göra (gäller bara i vissa fall). I övrigt fungerar de som "bollplank" för övrig personal genom handledning, utveckling av metoder och policier och överhuvudtaget ett ansvar för den löpande verksamheten. Socialsekreteraren är slutligen den som ansvarar för de enskilda ärendena. Man tar de flesta beslut på egen hand men behöver ibland ta hjälp av de förste socialsekreteraren. I arbetet ligger att göra olika bedömningar av behov och rätt till stöd av olika slag, till exempel behandlingsformer, boendestöd och inte minst ekonomiskt bistånd.

### **DELTA:s effekter ur ett professionellt perspektiv**

Den professionella delen av verksamheten har påverkats på olika sätt av DELTA:s aktiviteter. En iakttagelse är att socialsekreterarnas arbetssituation blivit svårare, i mening att de ärenden som kommer in är mer komplexa och mångfacetterade. Beroende på en bättre konjunktur och även tack vare DELTA-aktiviteterna så har många av de arbetsmarknadsinriktade korta ärendena försvunnit ur verksamheten. Kvar är de "traditionella" socialtjänstärenden som kräver mer utredning och bedömning än de oftast rent administrativa ärenden som uppstod kopplat till arbetslöshet och liknande. De ärenden som återstår är å andra sidan mer långvariga och resurskrävande, vilket gör att det ibland kan vara svårt att erbjuda den hjälp den sökande har rätt till. Det gäller kanske speciellt en grupp som psykiskt funktionshindrade som är svåra att placera i DELTA-aktiviteter och som det är svårt att hitta alternativa boendeformer för. Det kan både kopplas till knappa ekonomiska resurser och brist på boendalternativ för den berörda målgruppen. Överhuvudtaget har ärendekaraktären tvingat fram ett större behov av samverkan. Ibland är det naturligt på grund av ett delat ansvar mellan organisationer, som i fallet med Psykiatrin, och ibland är det grundat i egna initiativ för att försöka förkorta behandlingstiden.

En annan aspekt värd att ta upp är att uppdelningen mellan ekonomiska aspekter och behandlings-/utredningsaspekter inte förefaller vara lika klar. Det kan förmodligen kopplas till ärendekomplexiteten, men kan också vara ett resultat av en medveten strävan som i fallet med det mindre socialkontoret. Det underlättar också en helhetsbedömning och gör det lättare för klienten att enbart ha kontakt med en handläggare. Här finns dock en del motstridiga tendenser eftersom det på det större socialkontoret gått mot en allt större specialisering som inte gynnar en helhetssyn men som istället skapar möjligheter till fördjupade kunskaper inom ett speciellt område. Överlag har dock samverkanstanken vunnit gehör hos Socialtjänstens personal och det finns en vilja att utnyttja DELTA-aktiviteter och andra samverkansformer för att skapa bättre förutsättningar för ärendehantering.

### **SLUTDISKUSSION**

Fallstudien av socialtjänsten har visat att DELTA fått vissa effekter för verksamheten, både direkta och indirekta. Den externa samverkan har utvecklats och fått nya former. Det större socialkontoret har olika kontakter beroende på vilken inriktning enheten har. Mottagningsgruppen arbetar mer förebyggande, arbetsmarknadsgruppen mer mot arbetsinriktade intressenter osv. På det mindre socialkontoret är inte uppdelningen på olika inriktningar så tydlig och det finns därför mindre skillnader mellan personalen, även om de som arbetat med ekonomiska frågor haft mer arbetsmarknadskontakter och de som sysslat med övrigt bistånd haft mer kontakt med Försäkringskassa, Primärvård och Psykiatri. Det har dock funnits en viss



uppdelning genom att till exempel en socialsekreterare har haft mer hand om psykiskt funktionshindrade och en annan främst hanterat missbruksärenden. Den uppdelningen är emellertid inte lika formaliserad och tydlig och kommer förmodligen att minska ytterligare med sammanslagningen av de båda grupperna.

En stor del av kontakterna sker fortfarande utifrån handläggarnas behandling av enskilda ärenden. Samverkan har således inte rutiniserats och formaliserats i så stor utsträckning. Det är mer ovanligt att det sker regelbundna möten mellan organisationsrepresentanter för att diskutera ärenden och lägga upp gemensamma behandlingsplaner. DELTA-aktiviteterna används främst som avlastning genom att ta över ärenden och som stöd genom att ge tillgång till alternativa behandlingsåtgärder. En annan viktig funktion är att man öppnar upp nya kontaktytor mot andra organisationer. Det har gjort att DELTA-aktiviteterna ibland ersatt de ordinarie kontakterna med organisationer, exempelvis sker kontakterna mellan vårdcentralen och det mindre socialkontoret idag främst inom ramen för det lokala DELTA-teamet. I fallet med det större socialkontoret har en del kontakter med DELTA-aktiviteter integrerats i verksamheten, till exempel i fallet med Sanna och Arbetsmarknadstorget. Det är ett sätt att öka samarbetet genom att skapa en organisatorisk integrering med gemensam verksamhetsansvarig. De externa relationerna internaliseras vilket till exempel gör att överföringen av ärende till Sanna går till på samma sätt som överföringen mellan andra grupper. Kontakten med DELTA-aktiviteter skapar också ett utökat personligt nätverk som underlättar den vardagliga samverkan mellan organisationer och olika handläggare. Andra externa samverkanskontakter som kommit till är de gentemot Psykiatrin i skuggan av psykiatrireformen. Det ställs i det fallet krav på en samordnad planering genom att ärendet finns på båda organisationernas ansvar.

Modellen för den interna samverkan skiljer sig mycket åt mellan de båda socialkontoren. Det större kontoret arbetar efter en utpräglad specialisering med tydliga gränser mellan grupperna och ett formaliserat samverkansförfarande. Av den anledningen skapar man en tydlig ärendegång inom socialkontoret. Samverkan mellan grupperna sker ofta utifrån att man har en gemensam verksamhetschef och därför träffas på olika former av verksamhetsmöten, eller om det är frågan om en överföring av ett ärende mellan olika grupper. Det finns en formaliserad ärendegång mellan de olika grupperna som baseras på varje grupps kriterier. Mottagningsgruppen har dock fått en förändrad roll med en tydligare egen profil som sluss och självständig enhet. Mycket av diskussionerna handlar om att respektive grupp ska tydliggöra sina kriterier så att rätt ärende slussas till rätt grupp. Det mindre kontoret har istället brutit upp de båda grupperingarna som fanns innan och skapat en mer integrerad organisering av verksamheten. Det berodde både på en förändrad ärendestruktur och personalens egen vilja. Samtidigt gör det mindre kontorets omfattning att det är lättare att göra den typen av integrationsförändring.

Vad gäller påverkan av de professionella aspekterna så är de mindre tydliga. En allmän tendens är ett större mått av samarbete med andra organisationer och DELTA-aktiviteter, men det har inte påverkat arbetsuppgifterna så mycket i sig. Däremot har det blivit viktigare att bygga upp ett professionellt nätverk för att underlätta hanteringen av de egna ärendena gentemot andra organisationer. De nya personliga kontakterna beskrivs av vissa som en viktig effekt av DELTA som kommer att bestå även efter att projekten avslutas. Många har också suttit med i DELTA-grupper och andra forum och där representerat den egna verksamheten. Det har funnits en strävan att utnyttja och använda DELTA-aktiviteterna så mycket som möjligt. Överhuvudtaget har handläggarna på socialkontoren blivit mer aktiva med att samverka utåt mot andra aktörer. De tydligaste effekterna på det större socialkontoret kan ses på mottagningsgruppen som har fått högre status och en viktigare roll för verksamheten i stort. Det

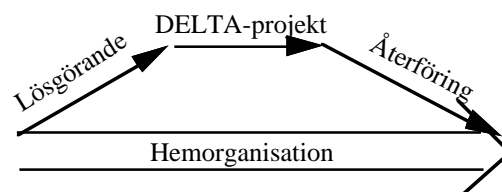
gör att handläggarna där nu får ta egna ärenden och arbeta mer utåtriktat. Vad gäller det mindre kontoret arbetar man nu med liknande ärenden utan att göra samma uppdelning i ekonomi och utredning. Det har skapat nya förutsättningar för båda grupperna eftersom verksamheten blir mer inriktad på behandling och rehabilitering än ekonomiskt bistånd.

## 8 SAMVERKAN MELLAN OFFENTLIGA ORGANISATIONER

Inledningsvis ställer vi frågan om vilka effekter DELTA har haft på de medverkande organisationerna och deras verksamhet. Frågeställningen öppnar upp för en mängd olika tolkningar och svar. Vi utgår emellertid i analysen från tre förutsättningar som får konsekvenser för studiens genomförande och resultat. Hur samverkan har organiserats är en central förutsättning, det vill säga att DELTA är en utvecklingsaktivitet som till stor del är skild från den ordinarie verksamheten. En annan förutsättningen relaterad till själva studien är dess genomförande och vilken typ av effekter som därmed kan påvisas. Ytterligare en förutsättningen handlar om med vilka utgångspunkter de medverkande organisationerna går in i DELTA-samverkan, det vill säga hur deras ordinarie uppdrag ser ut och hur deras verksamhet är organiserad.

### PROJEKT VISAVI ORDINARIE VERKSAMHET

Den första förutsättningen som vår studie utgår ifrån är att det pågår en omfattande verksamhet som organiseras inom ramen för DELTA. Aktiviteterna är av en sådan karaktär att det finns kompetens att genomföra dem inom ramen för de ordinarie organisationerna, men eftersom DELTA är en försöksverksamhet så har aktiviteterna organiserats som projekt. Det innebär att projekten har en gemensam uppdragsgivare och en projektledning. Det som är speciellt med projekten är att de genomförs i samverkan. Samverkan i DELTA sker på flera plan. Det finns en beredningsgrupp med representanter för de medverkande organisationerna samtidigt som samverkan sker operativt i de olika projekten. Beredningsgruppen har övergripande ledningsfunktion, men är också ett beredande organ inför det politiska beställarförbundet. De aktiviteter som är mest framträdande i beredningsgruppen är diskussioner, bedömningar och beslut rörande samverkan. De som sitter med i beredningsgruppen är samtidigt chefer för den ordinarie verksamheten som operativt samverkar. Samverkan som sker i projekten inbegriper på ett övergripande plan alla de medverkande organisationerna, men i varje enskilt projekt så medverkar endast de organisationer som behövs för den identifierade målgruppen.



Figur 7. Modell över förhållandet mellan DELTA-projekt och hemorganisationerna.

Det är också så att de medverkande organisationerna i DELTA har organiserat sin ordinarie verksamhet på olika sätt i förhållande till aktiviteterna i DELTA. Det finns två ytterligheter där man å ena sidan försöker integrera projekten i DELTA i den ordinarie verksamheten och å andra sidan där man avskiljer projekten nästan helt och hållet från den ordinarie verksamheten. Detta är en central förutsättning för samverkan i denna studie och åskådliggörs i figur 7.

### OLIKA EFFEKTER

Den andra förutsättningen i studien har varit frågan om vilka eventuella förändringar i den egna ordinarie verksamheten som de samverkande organisationerna kan hänföra till DELTA. Svaret på frågan om effekter är därmed ingen objektiv bedömning utan en professionell bedömning av verksamhetens företrädare. Det har även visat sig att bedömningen av förändring som varje organisation har gjort inte alltid har varit hänförlig till någon specifik aktivitet i DELTA. Anledningen till det är att alla de aktiviteter som pågår inom ramen för DELTA tillsammans bildar ett finmaskigt nätverk med insatser för Hisingsborna. Det är därför vanskligt att försöka urskilja vilken specifik aktivitet som givit en uppmärksammas effekt för den en-

skilde organisationen. Det är även problematiskt att utifrån vår studie påvisa några kausala samband mellan aktiviteter i DELTA och förändringar hos de medverkande organisationerna. För det första har vi inom ramen för studien inte genomfört några mätningar av kausala samband. För det andra är DELTA en del av en utbredd och ingående diskussion om samverkan mellan offentliga organisationer som pågår inom i det närmaste all offentlig verksamhet, vilket torde påverka även de medverkande organisationerna (se till exempel Czarniawska och Joerges, 1996) och därmed också försvåra en mätning av kausala samband.

Det hindrar inte att vi kan diskutera DELTAs effekter på hemorganisationerna utifrån den genomförda studien. De effekter som vi anser vara möjliga att tolka ur intervjumaterialet är: samverkan som är allmänt inspirerad av DELTA, indirekta konsekvenser och direkta konsekvenser. Alla tre typer av effekterna bygger på direkta utsagor och/eller analys av utsagor från personalen i hemorganisationerna.

### ASYMMETRISKA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SAMVERKAN

Den tredje förutsättningen som studien utgår ifrån är att de medverkande organisationernas möjligheter att samverka runt aktiviteterna i DELTA, vilka påverkas av dels organisationens uppdrag och ansvarsområde, dels hur den lokala organisationen ser ut på Hisingen.

	Uppdrag	Organisation
<b>Arbetsförmedlingen</b>	Matcha utbud och efterfrågan på arbetsmarknaden	Ett kontor på Hisingen (ingår i studien)
<b>Arbetsmarknadsinstitutet</b>	Yrkesinriktad rehabilitering för arbetshandikappade	Ett kontor på Hisingen (ingår i studien)
<b>Försäkringskassan</b>	Ekonomisk trygghet Främja rehabilitering	Två kontor på Hisingen med olika uppdrag (ett ingår i studien)
<b>Primärvården</b>	Förebygga ohälsa och ge medicinsk behandling	Nio vårdcentraler geografisk indelade (fem ingår i studien)
<b>Psykiatrin</b>	Förebygga ohälsa och ge medicinsk behandling	Två allmänpsykiatriska mottagningsar (Båda ingår i studien)
<b>Socialtjänsten</b>	Ekonomisk och social trygghet	Sex socialkontor geografiskt indelade (två ingår i studien)

Tabell 2 Förutsättningar för samverkan

Länsarbetsnämnden är den regionala organisationen inom Arbetsmarknadsverket och *Arbetsförmedlingen* liksom Arbetsmarknadsinstitutet är de lokala organisationerna. Det främsta syftet för arbetsmarknadsmyndigheterna är att se till att "...de arbetssökande snabbt får ett arbete som så nära som möjligt ansluter till deras önskemål och förutsättningar..." (1987:405. 3 §). Det innebär att arbetsförmedlingens verksamhet syftar till att erbjuda arbetssökande arbete eller arbetsförberedande åtgärder. Det sker genom en verksamhet som bland annat innefattar platsförmedling och vägledning. Det finns i de styrande direktiven inget uttalat uppdrag att samverka med andra organisationer.

Arbetsförmedlingen på Hisingen, som ingår i studien, är ett av nio kontor i Göteborg. Kontoret är yrkesindelade, med inriktning mot industri och transport. Det innebär att kontoret inte har geografisk anknytning, utan är organiserat efter olika yrkesområden och har arbetssökanden från hela Göteborgsområdet.

*Arbetsmarknadsinstitutet* är också underställt länsarbetsnämnden. Arbetsmarknadsinstitutets huvuduppdrag är att arbeta med yrkesinriktad rehabilitering och genom bland annat arbetsträning och arbetsprövning stödja svaga grupper på arbetsmarknaden för öka deras möjligheter att erhålla arbete. Kontakten med arbetsmarknadsinstitutet är mest aktuell om den arbetssö-

kandes arbetsförmåga behöver bedömas. Det finns i de styrande direktiven inget uttalat uppdrag att samverka med andra organisationer.

Arbetsmarknadsinstitutet har fem kontor i Göteborg varav ett är lokaliserat på Hisingen. AMI-Hisingen har särskilda resurser för psykiskt arbetshandikappade. Verksamheten är geografiskt indelad och AMI-Hisingen har ansvar för sökande boende i någon av de olika stadsdelsförvaltningarna på Hisingen. Det är endast detta kontoret som ingår i studien.

*Försäkringskassans* uppdrag är tredelat. Ett syfte är att verka för ekonomisk trygghet för medborgarna vid sjukdom, handikapp, ålderdom och vård (SOU 1996:64). Ett annat syfte är att förebygga ohälsa och ett tredje syfte är att offensivt arbeta med och samordna rehabiliteringen för att öka människors möjligheter att återinträda på arbetsmarknaden. Regeringen reglerar verksamheten via riks försäkringsverkets genom ”Regleringsbrev för försäkringskassorna”. Rehabiliteringen skall ske i samarbete med den individ som har behov av rehabilitering. Försäkringskassan har i huvudsak inga egna rehabiliteringsresurser utan skall i huvudsak samordna individens behov av rehabilitering med andra organisationer.

Försäkringskassan på Hisingen består av två kontor där verksamheterna har renodlats utifrån vilken typ av ärenden som handläggs. Det är endast ett av kontoren som ingår i studien och dess verksamhet är inriktad mot att betala ut sjukpenning och arbeta med åtgärder mot ohälsa.

*Primärvårdens* verksamhet styrs likt annan sjukvård av Hälso- och sjukvårdslagen (1984:763) och verksamhetens syfte är att genom diagnos och behandling ge medborgarna "...en god hälsa och en vård på lika villkor...". Det finns med andra ord såväl ett förebyggande inslag som ett vårdande inslag i primärvården uppgift. Med god vård avses bland annat vård som tillgodoser patientens behov av trygghet i vården, respekt för patientens integritet, lättillgänglig. Primärvården skall komplettera sjukhusvården och har därför en mer allmänmedicinsk inriktning. Sjukvården har generellt en central roll när det gäller bedömning av arbetsförmåga, rehabilitering etcetera.

Primärvården Hisingen utgör ett av fyra primärvårdsområden i Göteborg. Primärvården Hisingen utgörs i sin tur av nio vårdcentralområden: Torslanda, Biskopsgården, Länsmansgården, Kyrkbyn, Bjurslätt, Brämregården, Tuve/Säve, Backa och Kärra/Rödbo. Varje vårdcentralområde består i huvudsak av barnavårdscentral (BVC), mödravårdscentral (MVC), distriktssjuksköterskemottagning och distriktsläkarmottagning. I denna studie har fem vårdcentralområden på Hisingen ingått.

Även *Psykiatrin* styrs av hälso- och sjukvårdslagen, enligt samma villkor som ovan med den skillnaden att det finns ett antal lagar som speciellt reglerar förhållandet mellan psykiskt sjuka och hälso- och sjukvården. Hisingen är en av tre områden som utgör Psykiatri Östra i Göteborg. Psykiatri Östra har både en geografiska uppdelningen och en uppdelning i tre sektioner. De utgörs av allmänpsykiatriska sektionen, psykossektionen och missbrukssektionen. Psykiatri Östra inkluderar all form av specialistpsykiatri i öppenvård och sjukhusbunden slutenvård (Rättpsykiatri och Äldrepsykiatri exkluderad). Studien baseras på de två allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar som har Hisingen som upptagningsområde.

*Socialtjänstens* uppdrag är framför allt reglerat av Socialtjänstlagen som säger att socialtjänsten skall främja människors ekonomiska och sociala trygghet (SFS, 1980:620). Det innebär att utifrån klientens egna förutsättningar och viljeinriktning utveckla ett såväl ekonomiskt som socialt stöd till gagn för klientens utveckling att bli en samhällsmedborgare. Socialtjänsten har

ett omfattande ansvar för medborgare, vilket brukar beskrivas som att den har det yttersta ansvaret.

På Hisingen finns sex stadsdelsförvaltningar som har var sitt socialkontor. I denna studie har två av de sex socialkontoren studerats. De båda socialkontoren skiljer sig åt vad gäller organisatorisk storlek och respektive stadsdelsförvaltnings demografiska karaktär.

Genomgången av de medverkande organisationernas förutsättningar visar att villkoren för samverkan skiljer sig åt på framför allt två punkter: verksamhetens inriktning och verksamhetens omfattningen. När det gäller verksamhetens inriktning så överlappar delvis de olika organisationernas uppdrag varandra. Uppdragen sker emellertid utifrån skilda perspektiv på uppgiften, vilket medför att de olika organisationernas uppdrag och verksamhet kan beskrivas som kompletterande och ömsesidigt beroende. Det är närmast i undantagsfall som de samverkande organisationerna konkurrerar om brukarna. Det innebär att förutsättningar för samverkan föreligger. Omfattningen på respektive organisations verksamhet skiljer sig åt. För det första är efterfrågan på verksamheten olika och för det andra är det olika huvudmän som leder verksamheten. Det påverkar den geografiska närheten för såväl brukarna som de samverkande handläggarna. Skillnaderna i verksamhetens inriktning och omfattning innebär att mötet mellan de samverkande organisationerna kan beskrivas som asymmetriskt.

### **UPPMÄRKSAMMADE EFFEKTER PÅ HEMORGANISATIONERNA**

När vi utgår från de tidigare presenterade fallstudierna kan vi se att DELTA haft betydelse för verksamheten hos de medverkande organisationerna. Vilken betydelse DELTA har haft och i vilken utsträckning DELTA-projekten drivit på utvecklingen i de samverkande organisationerna är svårt att bedöma. Det är däremot otvivelaktigt så att det finns flera faktorer i respektive verksamhet som påverkats av DELTA.

En fokusering runt ledning och organisering av de olika verksamheterna visar att DELTA har haft betydelse för beslutsfattande och kontroll samt fördelning av ansvar och befogenheter. Om vi tittar på de olika organisationerna så skiljer sig utfallet åt. När det gäller *Arbetsförmedlingen* har de delar av verksamheten där DELTA har tydliga effekter, till exempel Ungdomsgruppen och Arbetsmarknadstorget, separerats från den övriga verksamheten. Samverkan sker med andra ord inte integrerat med kärnverksamheten och det stora flertalet handläggare på Arbetsförmedlingen deltar inte i några aktiviteter i DELTA. DELTA har därmed haft effekt på Arbetsförmedlingens verksamhet på två sätt. Som en direkt effekt av DELTA har separata enheter bildats för att hantera ärenden som kräver utökade insatser.

Det innebär att DELTA samtidigt haft en indirekt effekt på övrig verksamhet som inte behöver hantera den typen av ärendena. Utvecklingen av allt tydligare specialisering av personalen på arbetsförmedlingen bidrar också till klarare gränsdragningar internt. Delar av denna specialisering kan relateras till DELTA eftersom de ärenden som innebär kontakter med andra organisationer har separerats från övriga grupper, vilket medför en renodling av arbetsuppgifter. Specialiseringen av yrkesgrupper och indelning i allt tydligare målgrupper har inte lett till någon ökad samverkan inom hemorganisationen.

De aktiviteter i DELTA som drivits av *Arbetsmarknadsinstitutet* har inte integrerats i den ordinarie verksamhetsstrukturen utan fungerat som separata enheter (till exempel Drivkraft). Däremot har en stor del av de anställda varit involverade i olika i DELTA-projekt. Det beskrivs ofta som att en av de största vinsterna har varit att man fått mer personliga kontakter vilket underlättar den dagliga interaktionen med andra organisationer. DELTA har således

inte fått någon tydlig direkt effekt på organiseringen av verksamheten. Alternativen för extern samverkan har dock ökat. Man upplever också att förutsättningarna för samverkan är mer gynnsamma inom ramen för DELTA än inom den ordinarie verksamheten.

DELTA också haft vissa indirekta effekter på verksamheten och hur ärenden hanteras. Organiseringen i yrkestorg, utredning och jobbfokus ligger i linje med DELTAs ambition att skapa ett bättre flöde av sökande och underlätta den arbetsinriktade rehabiliteringen. Den förändrade organiseringen av AMI Hisingen är dock både ett resultat av centrala direktiv (i fallet med yrkestorget) och lokala lösningar (i fallen med utrednings- och jobbfokusgrupperna). Handläggarnas yrkesutövning verkar inte påverkats i och med DELTA. Man upplever samtidigt att regelverk och målsättningar för den egna verksamheten försvårar samverkan. Det verkar också vara så att samverkan i hög grad sker på individbasis, det vill säga handläggarna sköter sina egna ärenden och samverkar med de organisationer som berörs. De flesta handläggarna på AMI är positiva till idén om samverkan, men ser samtidigt många hinder för att kunna realisera målsättningarna.

På *Försäkringskassan* har det skett en omorganisation som innebär att strategiska frågor koncentrerats till cheferna och att ansvar och befogenheter för den operativa delen decentraliserats till grupperna. Denna förändring kan ses som inspirerad av DELTA. Även verksamhetens indelningsprinciper har förändrats från traditionell dagindelning till geografisk indelning i delar av verksamheten, vilket var ett försök att bättra möjligheter till samverkan med andra organisationer. Det gäller också förändring mot självplanerande grupper som kan ses som ett steg på vägen att möjliggöra ökad samverkan, såväl internt som externt.

Handläggarna ser direkta effekter med DELTA i de fall då ärendegången underlättas, vilket tydligast sker i extern samverkan och då framförallt med primärvården. Det förefaller vara så att andra DELTA-projekt och samverkan med andra organisationer inte har fått samma genomslag bland handläggarna. Däremot kan den interna samverkan på *Försäkringskassan* ses som indirekt effekt av DELTA eftersom deltagandet i DELTA bidragit till en ökad diskussion och fokusering på betydelsen av samverkan. Samverkan i DELTA har inneburit tydligare gränsdragningar i arbetet och en ökad specialisering av yrkesrollerna. Krav på ökad specialisering i verksamheten medför å ena sidan ökade behov av samverkan för *försäkringskassan*. De självplanerande grupperna drivs av en ökad insikt i betydelsen av att samverka över gränser för att nå ett så bra resultat som möjligt.

Inom *primärvården* är den mest framträdande förändringen en slussfunktion, vilken medför en styrning av patientflödet och större ansvar för gruppen sjuksköterskor. Det är en organisationsform som har stärks av samverkan. Det innebär att sjuksköterskorna får göra den första bedömningen av de sökande patienterna. Ansvaret för slussverksamheten läggs till det ordinarie ansvaret och delas mellan sjuksköterskor och distriktssköterskor. Överhuvudtaget verkar det finnas en ambition att organisera samverkansarbetet tydligare bland vårdcentralerna, vilket kan ses som inspirerat av DELTA aktiviteterna. Istället för att inskränka kontakterna med andra organisationer och andra aktörer till enbart telefonsamtal för att inhämta information finns det nu en ambition att arbeta gemensamt med bedömning och behandling av ärenden.

DELTA har givit ytterligare möjligheter att utföra åtgärder som kanske inte hade varit möjliga i den ordinarie verksamheten. De som deltagit i DELTA framhåller ofta att det är lättare att samverka ”på neutral plan” och med extern finansiering än vad som är fallet i det ordinarie arbetet. Det understryker också DELTA-projektets betydelse som nätverksskapande på handläggarnivå mer än på organisationsnivå. Samverkan är i stor utsträckning beroende av de

personliga kontakterna man har med handläggare på andra organisationer. Överlag verkar dock DELTA och samverkanstanken i allmänhet ha bidragit till en mer positiv inställning till andra organisationer. Man är överens om att det enda sättet att hantera de tyngre och mer problematiska fallen är att samverka tidigt i processen innan de blir långtidssjukskrivna. Även om de flesta är positiva till samverkanstanken så framhåller man samtidigt att det krävs resurser för att en modell som DELTA ska kunna fungera på vårdcentralerna.

Det förefaller som om DELTA spelat en viktig roll för att skapa bättre förutsättningar för samverkan för *psykiatrin*. En anledning är att samverkanstanken har fått ett allmänt erkännande och en större betydelse i och med att det hamnat högt upp på dagordningen. Det har banat väg för en större vilja till samarbete och har samtidigt skapat ett större tryck på att uppfylla målsättningarna. En annan mycket viktig aspekt är att DELTA skapat nya forum för samverkan mellan organisationer. Ett exempel på en formaliserade samverkansform är den i DELTA integrerade vårdcentralen där personal från olika organisationer man träffas varje vecka för att diskutera remisser. Överhuvudtaget förefaller det ske en mer organiserad samverkan mellan organisationer än tidigare, vilket verkar bero på bättre organisatoriska förutsättningar och bättre personrelationer mellan handläggare från olika organisationer.

Psykiatrin har arbetat efter en team-modell i ett antal år innan DELTA startade. En indirekt effekt av DELTA är att teamet fått en allt viktigare roll när det gäller att prioritera bland inkommande remisser, vilka ökat i antal. Ytterligare en indirekt effekt av DELTA att teammodellen spridits till andra organisationer vilket gjort det lättare att samverka med till exempel vissa vårdcentraler. Vad som förändrat den professionella situationen inom psykiatrin är allt fler remisser och en större komplexitet i ärendena. Det har i sin tur tvingat fram en ökad samverkan med andra organisationer. DELTA har spelat en viktig roll för att skapa nya kontaktytor och har gjort det möjligt för personalen att utvidga sina personliga nätverk, vilket upplevs av många som betydelsefullt för en god samverkan med andra organisationer.

De flesta inom *socialtjänsten* är överens om att den externa samverkan har ökat och att det finns en större gemensam förståelse mellan organisationer. En direkt effekt som DELTA spelat är att avlasta kärnverksamheterna dels genom att ta över ärenden, dels genom att skapa större möjligheter till alternativa stödåtgärder för behandlingen av klienter. En annan viktig effekt som DELTA spelat är att skapa nya kontaktytor med andra organisationer. I vissa fall har kontakterna i projekten ersatt många av de ordinarie kontakterna.

Ett av de studerade socialkontoren har försökt att tydliggöra inriktningarna på de olika enheterna, vilket bidragit till att förändrat mottagningsenhetens roll för verksamheten. Mottagningen fungerar nu som en sluss för övrig verksamhet. Samtidigt har specialiseringen av enheterna förstärkts med tydliga kriterier för respektive enhet. Kontakterna mellan enheterna har också formaliserats genom utvecklingen av ett speciellt överflyttningsdokument. Man försöker arbeta mer integrerat mellan olika inriktningar och sträva efter helhetsbedömningar. En direkt effekt av DELTA innebär att många av de arbetsmarknadsinriktade korta ärendena försvunnit ur verksamheten på socialtjänsten. De ärenden som återstår är mer långvariga och resurskrävande. Försöken att integrera aktiviteterna i DELTA som en del av den ordinarie verksamheten är det närmaste organisationsförändring socialtjänsten kommer.

Sammanfattningsvis kan vi se att DELTA på olika sätt har haft betydelse för den ordinarie verksamheten. Första det första har DELTA inspirerat och påverkat föreställningar om samverkan mellan olika verksamheter och hur den kan organiseras. Att DELTA bidragit i högre grad än den allmänna samhällsdebatten är uppenbart och skälet till det är DELTA har med-



verkat till konkreta lösningar som aktörerna har kunnat förhålla sig till. De konkreta aktiviteterna har därför, i linje med DELTAs uppdrag, fungerat som försöksverksamheter även för de aktörer som inte medverkat i DELTA-projekten.

För det andra har DELTA haft indirekt påverkan på den ordinarie verksamheten. Det mest framträdande exemplet är olika organiseringsformer som inte har DELTA som ursprung, men som genom DELTA ökat i aktualitet. Det gäller organisering av arbetsgrupper i form av team och att slussa besökare, det vill säga sortera och prioritera ärenden för att bättre kunna styra verksamheten. Det går att se detta inom Försäkringskassan, Primärvården, Psykiatri och Socialtjänsten. Denna interna organisering har utvecklats för att bättre kunna hantera den externa samverkan. Den är med andra ord lösningen på en intern organiseringsproblematik, men är även ett resultat av att samverkande parter påverkas av varandras organiseringsformer.

För det tredje har DELTA haft direkt påverkan på den ordinarie verksamheten. Ett framträdande exempel på det är arbetsförmedlingen som valt att inte integrera DELTA aktiviteterna i den ordinarie verksamheten utan separerat den verksamheten. Det har inneburit att Arbetsmarknadstorget har handlagt ärenden som kräver samverkan och utökade insatser. Det andra exemplet är Socialtjänsten som har en likartad strategi i SANNA-projektet. Samverkan runt en definierade målgrupp organiseras utanför den ordinarie verksamheten för att bättre svara upp mot behovet. En konsekvens av detta är att samverkan mellan organisationer kanaliseras till insatser vid behov i tillfälliga organisationsformer.

Den situationen som föreligger i samverkan är att olika organisationer, inom ramen som är DELTA, gemensamt har för avsikt att uppfylla ett tydliggjort syfte. Utifrån det syftet formar de samverkande aktörerna sin egen verksamhet och påverkar utformningen av de andra aktörernas verksamhet. Varje organisation har sin lösning på hur samverkan skall genomföras även om vi kan se gemensamma tendenser. För att tydliggöra och analysera detta närmare presenterar vi nu en tabell över de olika organisationernas försök till samverkan

### **ORGANISERING AV SAMVERKAN**

I tabell tre är varje organisation analyserad utifrån de tre perspektiven: styrning, verksamhet och profession. Styrningsperspektivet belyser främst det externa förhållandet, det vill säga hur varje organisation har reglerat sin samverkan med andra organisationer. Det är i huvudsak två former av samverkan som framträder: integrerad samverkan och avskild samverkan. Integrerad samverkan innebär att organisationen gör samverkan till en del av sin verksamhet. Avskild samverkan medför att samverkan avskiljs från kärnverksamheten och genomförs i en egen organisatorisk enhet. I verksamhetsperspektivet beskrivs i första hand de interna förhållandena i varje organisation. De interna organiseringen innebär att verksamheten bedrivs av antingen team eller utifrån enskilda handläggare. Det professionella perspektivet visar att det sker en specialisering av yrkesgrupperna utifrån kompetens, arbetsuppgifter och ärendets karaktär. Med kompetens avses den formella kompetens som avgränsar yrkesgrupper. Specialisering avseende uppgift fokuserar verksamhetens inriktning och innebär till exempel att handläggare arbetar med ekonomifrågor, viss typ av behandling etcetera. En specialisering beträffande ärende medför att klientens problematik är avgörande för yrkesgruppens specialisering.

Förhållandena i de tre perspektiven kan både vara villkor för samverkan och ett resultat av samverkan. Med villkor menas att om organisationens förhållande föreligger även innan samverkan har de i samverkan både varit en utgångspunkt och blivit en form som befästs. För att resonemanget skall bli tydligare görs en genomgång av tabellen utifrån varje organisation.

	Styrning	Verksamhet	Profession
<b>Arbetsförmedlingen</b>	Avskild samverkan (kollektiv)	Enskilt Ingen koordinering	Specialisering -ärende
<b>Arbetsmarknadsinstitutet</b>	Integrerad samverkan (individuellt)	Team Specialisering	Specialisering -kompetens -uppgift
<b>Försäkringskassan</b>	Integrerad samverkan (kollektiv)	Team Geografisk	Specialisering -uppgift -ärende
<b>Primärvården</b>	Integrerad samverkan (selektiv)	Enskilt Koordinering	Specialisering -kompetens -ärende
<b>Psykiatrin</b>	Integrerad samverkan (kollektiv)	Team Specialisering	Specialisering -kompetens -ärende
<b>Socialtjänsten</b>	Integrerad samverkan (individuellt)/Avskild samverkan (kollektiv)	Enskilt Koordinering	Specialisering -ärende -uppgift

Tabell 3 Organisering av samverkan

*Arbetsförmedlingen* på Hisingen har utvecklat en avskild samverkan med andra organisationer, det vill säga samverkan med andra organisationer skilts ut och är placerad i särskilda enheter till exempel ungdomsgruppen och arbetsmarknadstorget. Tjänstemän i de särskilda enheterna arbetar i huvudsak i samverkan med andra medan tjänstemän i övriga enheter knappt samverkar med andra organisationer. Samverkan i enheterna sker i samarbete mellan handläggarna och tillsammans med tjänstemän från andra organisationer, vilket medför att samverkan är kollektiv. Övrig verksamhet på Arbetsförmedlingen som inte har kontakt med DELTA är organiserad så att handläggarna arbetar enskilt och det sker ingen koordinering mellan de olika grupperna. Tjänstemännen är specialiserade utifrån en ärendeindelning, det vill säga de arbetar antingen med transportärenden eller industriärenden. Dessutom är de indelade i olika yrkesgrupper – platsförmedlare, vägledare och företagsansvariga.

*Arbetsmarknadsinstitutet* har en extern samverkan som sker utifrån kärnverksamheten. Den mesta kontakten med andra organisationer sker dock med utgångspunkt från den individuella handläggaren och dennes personliga nätverk. Det finns inga ordnade gemensamma samordningsformer för verksamheten eller grupperna, vilket ger beteckningen integrerad samverkan men med individuella förtecken. Samtidigt arbetar man efter en team-modell där olika grupper täcker in olika stadier i ärendegången, från yrkestorget till utredningsgruppen och jobbfokusgruppen. Grupperna har olika typer av tvärprofessionell inriktning som ska passa in på olika stadier i rehabiliteringsprocessen. Samverkan mellan grupper rör övertagande av ärende och inom gruppen tas ibland ärenden upp även om det mestadels hanteras av handläggarna själva. Grupperna är överhuvudtaget mer administrativa indelningar än aktiva ”samverkansforum”. Samtidigt finns det också en viss generell handläggarkompetens (alla är någon form av arbetskonsulenter) även om specialiseringen är tydlig. Kompetensen styr mycket av arbetsuppgifterna även om det också finns en viss överlappning i och med att det till exempel kan finnas psykologer både i utredningsgruppen och jobbfokusgruppen. Det innebär att det också finns ett mått av uppgiftsorientering av arbetet.

På *Försäkringskassan* har kontorets ledning arbetat aktivt med att integrera samverkan i hela organisationen. Ambitionen är att tjänstemännen skall samverka internt med varandra och externt gentemot andra organisationer. Därför har organisationen strukturerats för att samver-

kan skall underlättas. Tjänstemännen är indelade i två olika sorters team. De stora teamen bygger på geografisk indelning där tjänstemän med alla sorters kompetenser finns representerade. Inom varje stort team arbetar dessutom försäkringsrättsbedömare och rehabiliterings-samordnare i små team (två och två) kring ärenden. Det innebär att den integrerade samverkan är kollektiv. Indelningen av de små teamen bygger på en specialisering utifrån arbetsuppgift samt ärende eftersom man skiljer på försäkrade som är arbetslösa och arbetande.

*Primärvården* har valt att integrera samverkan avskilt på tre av nio vårdcentraler genom att via DELTA-projekten rekrytera rehabiliteringspersonal som sjukgymnast och psykolog för att arbeta på vårdcentralen. Man kopplar alltså DELTA- projekten till kärnverksamheten dels genom rekryteringen av rehabiliteringspersonal, dels genom att binda upp olika organisations-representanter till att sitta permanent på vårdcentralen eller komma till regelbundna möten. Det interna arbetssättet bygger på ett fokus kring det enskilda behandlingsarbetet och då speciellt hos läkarna. Samverkan internt sker vid behov genom gemensam och koordinerad vård-planering där olika intressenter samlas kring patienten. Den professionella delen bygger i stor utsträckning på olika specialiserade arbetsuppgifter med grund i olika kompetenser. Läkarna har det medicinska ansvaret, sjuksköterskorna omvårdnad, sjukgymnast rehabilitering och så vidare. Ärendena bestämmer vilka yrkesgrupper som får ansvaret för behandlingen med de flesta har en läkare som huvudansvarig.

Samverkan i *psykiatrin* är integrerad i den ordinarie verksamheten. Samverkan sker utifrån teamet med regelbundna möten med försäkringskassan och efter hand även socialtjänsten. Organiserad samverkan sker också främst med de vårdcentraler som har DELTA-finansiering. Det interna arbetet är utformat efter tvärprofessionella team. Teamen skiljer sig inte åt sinsemellan men det finns en specialisering i olika yrkesgrupper som styr ärendegången. Ärenden behandlas dock konsekvent i teamet, speciellt vid nya ärenden och vid viktiga beslut eller problem. Ärenden betraktas i princip som teamets ärenden och är inte individuella även om någon person är formellt ansvarig. Det medför att samverkan kan ses som kollektiv. Det finns en tydlig tvärprofessionell karaktär på teamen i och med att de består av olika professioner (läkare, sjuksköterska, psykolog, kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast). Det skapar en specialisering i arbetsuppgifter som bygger på den professionella kompetensen, det vill säga att läkare sköter det medicinska, arbetsterapeuten arbetsrelaterade ärenden osv.

*Socialtjänsten* har en integrerad samverkan kopplat till kärnverksamheten och de enskilda handläggarna. Handläggarna arbetar individuellt och samverkar med andra organisationer och DELTA-projekt beroende på vad det enskilda ärendet kräver. Samtidigt finns det exempel på avskild samverkan där man avskiljer verksamhet, till exempel SANNA-projektet, från verksamheten genom att lägga den som en enhet i organisationen med samma chef som ordinarie arbetsgrupper. Den interna organisationen är uppbyggd kring enskilda handläggare även om det finns olika inriktade enheter, till exempel missbruk eller arbetsmarknad. Man arbetar företrädesvis individuellt med sina ärenden även om man också tar upp ärenden i grupp. Det sker dock en koordinering och utbyte av information med övrig personal vid till exempel överlämningar av ärenden mellan grupper. Personalen på socialtjänsten skiljer sig inte nämnvärt åt vad gäller kompetens, men däremot finns det en specialisering som baseras på vilka ärenden man arbetar med och vilken grupp man tillhör. Ärenden kan vara inriktade mot missbruksproblematik, arbetsproblem, psykiska besvär etcetera. Uppgiftsmässigt kan man skilja på att arbeta med ekonomiskt bistånd eller övrigt bistånd. Det förra är mer administrativt med tydliga normer medan det sistnämnda handlar om ett mer behandlingsinriktat arbete med individuella bedömningar. Ofta hanteras dock ärendena utifrån en handläggare som både har hand om ekonomi och behandling.

## VAD STYR SAMVERKAN?

Vår studie av de olika organisationerna som medverkar i DELTA visar att det finns flera olika faktorer som styr samverkan. De mest framträdande faktorerna är verksamhetens förutsättningar, klienternas behov, ekonomiska resurser och ledningens inställning till samverkan utan någon inbördes rangordning.

Verksamhetens förutsättning är något som vi tidigare har beskrivit och det är uppenbart att det inte går att negligera de förutsättningar som varje organisation har. Det handlar till exempel om de regelverk och författningar som nationellt styr verksamheten, lokala variationer i att organisera verksamheten och vilka yrkesgrupper som genomför verksamheten. Att de medverkande organisationer har ett mer eller mindre uttalat uppdrag att samverka är i alla situationer inte förpliktigandet. Det finns stora möjligheter till lokala lösningar. Regelverken är samtidigt besvärande eftersom de åstadkommer och vidmakthåller institutionaliserade verksamheter och organisationsformer. Dessa är krävande att förändra, vilket också framkommer i de olika fallstudierna. Handläggare för de olika organisationerna känner sig många gånger bakbundna av det egna regelverket eller andra organisationers regelverk. Samtidigt visar det sig att de utifrån att ha uppmärksammat behovet av samverkan utnyttjar möjligheten att förändra och utforma verksamheten med dessa förtecken. Det finns med andra ord tecken på en kreativ problemlösning när den egna verksamheten omtolkas i ljuset av samverkan. Det finns dock exempel på, som hos Försäkringskassan, att de nationella administrativa systemen inte är skapade för samverkan utan istället i motverkar samverkan.

Hur samverkande verksamheter organiseras är också betydelsefullt. Till synes triviala faktorer som om verksamheten är organiserad utifrån arbetsuppgifter, kompetens eller demografiska och geografiska förutsättningar, hur många enheter som varje verksamhet är indelad i, var någonstans de samverkande organisationerna är placerade i förhållande till varandra etcetera, är – om inte avgörande – så i alla fall starkt styrande faktorer för förutsättningarna att samverka. I fallstudierna framkommer att samverkan underlättas av en tydlig struktur och geografisk närhet. Om det finns en tydlig struktur som bidrar till att handläggare inte har får många enheter eller för många andra handläggare från andra organisationer att samverka med underlättas samverkan. En geografisk närhet mellan de samverkande parterna underlättar också. Ytterligare två andra faktorer som är viktiga utifrån ett handläggarperspektiv är inställningen till samverkan och kunskap om andra organisationer.

Ledningens inställning till samverkan är också en central faktor vid samverkan. Samverkan är ingen naturlig utveckling utan kräver medvetet strategiskt arbete från ledningen. För att samverkan skall till krävs en positiv inställning hos företrädarna i de lokala organisationerna, men även ett understödjande av samverkan hos de offentliga organisationernas nationella företrädare. När det gäller samverkan är det i idag i hög grad ”common sence” och det är få som motsätter sig samverkan. Det finns dock inom alla de medverkande lokala organisationerna ett kritiskt förhållningssätt till samverkan, vilket bland annat inneburit att samverkan i hög grad betraktas som ett medel och inte som ett mål. Hur samverkan skall organiseras är bland annat beroende av förhållandena i den ordinarie verksamheten. Exempel är Försäkringskassans interna omorganisation som ett försök att befrämja extern samverkan, Primärvårdens integrering av DELTA-projekten och Arbetsförmedlingens och Socialtjänstens placering av samverkan i organisatoriska enheter utanför den ordinarie verksamheten.

De ekonomiska förutsättningarna är likaledes en central faktor för att åstadkomma samverkan. Att kunna erhålla extra medel ses av många handläggare inom de samverkande organisatio-

nera som nödvändigt för att samverkan skall kunna genomföras. Det innebär dock inte att samverkan inte är möjligt utan extra medel. Det finns flera exempel på att samverkan bedrivs mellan handläggare i det vardagliga arbetet och att det har organiserats som en del av den ordinarie verksamheten inom ramen för ordinarie budget. Däremot är det helt klart att en omfattande samverkan som innebär en gemensam verksamhet och/eller samlokalisering där handläggare från flera organisationer ingår inledningsvis behöver extra medel. Om dessa medel skall belasta organisationernas ordinarie budget eller, som i DELTA, erhållas från en gemensam övergripande organisation är inte en ekonomisk fråga utan en ledningsfråga, det vill säga vem som skall styra samverkan och på vilket sätt samverkan skall styras.

Brukarnas behov är det som i grunden driver fram samverkan. Denna utgångspunkt är för många handläggare självklar. Samtidigt är många gånger brukarnas behov presenterat genom de olika organisationernas handläggare. Inte bara för att vi i denna studie inte har frågat brukarna själva utan för att organisationerna själva inte heller genomför några mer genomarbetade uppföljningar av verksamheten med fokus på brukarna. Vi har dock ingen anledning att anta att brukarnas uppfattning inte motsvaras av den uppfattning som handläggarna presenterar, men inte heller kan vi vara helt säkra på att så är fallet. Vad som är brukarnas behov och hur det skall styra verksamheten är därmed inte självklart. Vem definierar behovet? Är det den enskilde brukaren eller grupper av brukare som skall definiera behovet, eller skall behov definieras ur ett samhällsperspektivet? Om vi nu lyckas relativt entydigt definiera behovet kvarstår ändå frågan om hur verksamheten skall organiseras för att bäst svara upp mot det definierade behovet. Att DELTA-projekten visat sig svara upp mot behovet att samverka är dock tydligt.

## **SLUTSATSER**

Vi har utifrån sex fallstudier analyserat och diskuterat samverkan och relationen mellan DELTA och hemorganisationerna. Det är nu dags att sammanfatta resonemanget och tydligt besvara studiens inledande frågeställningar; vilka förändringar i hemorganisationerna är ett resultat av olika aktiviteter i DELTA och hur implementeringen sker i hemorganisationen.

DELTA är en omfattande verksamhet och det finns en tydligt integrerad relationen mellan DELTA och vissa hemorganisationer, till exempel Primvården. Det gör det svårt att till fullo hålla isär DELTA och hemorganisationernas verksamhet. Det kan också konstateras att förändring är ett resultat av hur hemorganisationerna förhåller sig till samverkan. Samtidigt så skiljer sig förutsättningarna åt för varje organisation som samverkar, vilket innebär att organisationerna varken kan eller bör hantera samverkan på ett likartat sätt. Det finns trots det några gemensamma framträdande drag hos de samverkande organisationerna. Det är utvecklande av olika team-modeller för att lösa såväl den interna organisering som samverkan med andra. Olika modeller av slussning, det vill säga en styrning av brukareflödet, prövas för att åstadkomma en effektivare hantering av verksamheten. Specialisering av professionerna utifrån till exempel arbetsuppgifter eller typ av ärenden. Tydligare beskrivningar av verksamhetens uppgift och inriktning, det vill säga gränserna mellan organisationerna blir mer framträdande. Olika arenor för samverkan har utvecklats som i sin tur ökat kunskapen för varje organisations handläggare om övriga organisationer och möjliggjort för handläggare att utvidga sin personliga nätverk.

Den andra frågan är hur implementering av DELTA sker i hemorganisationerna. Här kan vi se olika exempel. Primvården har redan från början försökt integrera DELTA aktiviteterna i delar av den ordinarie verksamheten. På Arbetsmarknadsinstitutet har de enskilda handläggarna varit involverade i DELTA aktiviteterna, vilket kan ses som en påbörjad implemente-

ring även om den inte organiserats gentemot den egna organisationen. Försäkringskassan har genomfört omorganisering till team och en annan indelning av verksamheten medan man på Arbetsförmedlingen avskiljt verksamhet för samverkan och därmed renodlat kärnverksamheten. Inom Psykiatrin har DELTA redan inneburit att kontakten med handläggare från andra organisationer ökat och samtidigt har team- och slussmodeller stärkts. För Socialtjänsten har DELTA medfört ökade kontaktytor med andra organisationer såväl formellt som informellt. Här har även vissa ärenden minskat mest på grund av att de har kanaliseras till avskilda enheter.

Analysen har även berört frågor som: under vilka förutsättningar samverkan mellan organisationerna sker, vilka effekter som framträder i fallstudierna, hur samverkan organiseras i förhållande till DELTA och slutligen vad som styr samverkan. Det leder fram till några slutsatser, utan inbördes rangordning, vad gäller samverkan mellan offentliga organisationer. För det första är samverkan ledningens ansvar. Hur samverkan organiseras, inom ramen för den ordinarie verksamheten eller som en tillfällig enhet, är inte avgörande. Oavsett organisationsform är samverkan en del av en operativ verksamhet och därmed en strategisk fråga och ett ledningsansvar. För det andra sker samverkan vid behov. Det är klienternas eller verksamhetens behov som styr behovet av samverkan. Organisationsformen är underordnad. För det tredje tar samverkan tid och det gäller framförallt när samverkan sker mer omfattande i organiserade former med flera organisationer som är samlokaliserade. Tid kräver extra resurser. Hur dessa resurser kanaliseras är inte avgörande. För det fjärde sker vid samverkan ett förtydligande av de olika huvudmännens gränser. Tydliggörande av gränser kan leda till att de olika organisationerna blir tuffare i sin bedömning av vilka ärenden som tillhör den egna verksamheten. För det femte ser vi en tendens att samverkan försvårar samverkan. Utifrån nationella försök och förändrad lagstiftning formaliseras samverkan, vilket i sig kan vara nödvändigt. Samtidigt försvårar det och tydligare gränser för de olika organisationernas handläggare att i mer informella och vardagliga former samverka.

Vi kan slutligen konstatera att DELTA har fått konsekvenser för de medverkande hemorganisationerna och visat konkreta exempel på hur samverkan kan organiseras. Att samverkan är ett steg på vägen till bättre organisering av respektive hemorganisations verksamhet är otvivelaktigt, men att det skulle vara det slutgiltiga steget är det dock ingen som tror.

## REFERENSER

- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Berfenstam, R., & Smedsby, B. (1976). Samverkan mellan medicinsk och social vård. *Soci-almedicinsk tidskrift*, 53, 365-372.
- Braun, G., & Haglund, B. (1984). *Hur gick det med samverkan i Tierp?* Socialstyrelsen.
- Brunsson Nils & Olsen Johan P. (1997) *The Reforming Organization*, Bergen: Fagbokforlaget
- Czarniawska, B. & Joerges, B (1996) *Travels of Ideas*. Ingår i Czarniawska, B & Sevón, G (red), *Translating Organizational Change*. de Gruyter, Berlin.
- Ekstedt, E., Lundin, R. A., Söderholm, A., & Wirdenius, H. (1999). *Neo-Industrial Organizing. Renewal by Action and Knowledge Formation in a Project-Intensive Economy*. London: Routledge.
- Ekstedt, E., Söderholm, A & Wirdenius, H. (1998) *Neo-Industrial Organizing: Linking Projects and Permanent Organization*. In *The Nature and Role of Projects in the Next 20 Years: Research Issues and Problems in Project Management Specialization, University of Calgary, Alberta, Canada*, F. Hartman, G. Jergeas, J. Thomas (red), University of Calgary, 393 - 402.
- Engwall, M. (1995) *Jakten på det effektiva projektet*. Stockholm: Nerenius & Santerus.
- Flyvbjerg, B. (1992:1) *Rationalitet og magt - det konkrertes vetenskap*, 1, Akademiskt Forlag, Odense.
- Glimell, Hans, (1975) *Designing interactive systems for organizational change*, Göteborg, BAS
- Jenner, H. (1990). *Socialt arbete i projektform. En kritisk granskning*. Pedagogiska institutionen, Uppsala Universitet.
- Johansson, S, Löfström, M & Ohlsson, Ö (2000) *Projekt som förändringsstrategi – analys av utvecklingsprojekt inom socialtjänsten*. Stockholm: SNS förlag.
- Kvale, S. (1996) *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing.*, Sage, Thousand Oaks.
- Meyer, J. & Rowan, B. (1977) Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony, *American Journal of Sociology* 83: 340-363.
- Molander, Bengt (1993) *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos.
- Patton, M. Q. (1987) *How to use Qualitative Methods in Evaluation*, SAGE Publications, Newsbury Park, California.
- Sahlin, Ingrid (1996) *Projektets paradoxer*. Lund: Studentlitteratur
- Schön, Donald (1983) *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- Yin, R. (1994) *Case Study Research - design and methods*, SAGE publications, Beverly Hills
- Prop. (1993/94:205)
- Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, Finansiell samordning (1997:2) SOCSAM: Tre huvudmän i samma båt - en lägesrapport.
- Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, Finansiell samordning (1998:2) SOCSAM: Tidiga erfarenheter - en lägesrapport.
- Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, Finansiell samordning (1999) Verksamhetsplan för uppföljning och utvärdering av SOCSAM.
- SFS (1980:620). "Socialtjänstlagen".
- SFS (1984:763). "Hälso- och sjukvårdslagen".
- SFS (1987:405). "Förordning om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten".
- SFS (1994:566)

- SOU (1995:142) Att röja hinder för samverkan, egenmakt och arbetslinje. Delbetänkande av Storstadskommittén, Fritzes, Stockholm.
- SOU (1996:64). Försäkringskassan Sverige. Översyn av socialförsäkringens administration. Stockholm: Fritzes.
- SOU (1996:85) Egon Jönsson - en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet., Fritzes, Stockholm.
- SOU (1996:175) Styrning och samverkan, Fritzes, Stockholm.
- SOU (2000:114) Samverkan. Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m. Fritzes, Stockholm.