



Sverige 2006

## Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet – om samordning av organisation och finansiering

Sammanfattande rapport

Rienk Prins  
ASTRI



On behalf of  
**European Commission**  
DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities



## Sammanfattning

De människor som är mest socialt utestängda lider ofta inte bara av ett utan en hel rad problem innefattande arbetslöshet, hemlöshet, sjukdom, låg utbildning, fattigdom och drog- eller alkoholmissbruk. I de olika medlemsstaterna i Europeiska unionen handläggs många av dessa frågor av olika departement eller på olika administrativa nivåer (statliga, regionala eller kommunala). Därigenom uppstår risk för brist på kontinuitet i insatserna för social integration och för att individerna skickas från den ena organisationen till den andra eller missas helt och hållet.

I sin rapport *Social integration in Europe 2006* fäster Europeiska kommissionen uppmärksamheten på behovet av att medlemsstaterna "utvecklar integrerade och samordnade insatser mot flerdig utsatthet för att säkerställa synergier mellan de olika politikområden som fastställts i de gemensamma mål som ligger till grund för den sociala integrationsprocessen".

Sedan 1990-talet har den svenska regeringen sjösatt flera projekt som syftar till att främja en integrerad flerdimensionell insats för social integration och har därmed erbjudit bättre hjälp åt personer i behov av den. Ett kollegiegranskningsmöte hölls i Göteborg, Sverige, den 4–5 december 2006 för att utvärdera verksamheten "Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet – om samordning av organisation och finansiering" (*Integrated Services in Rehabilitation – on coordination of organisation and financing*).

Den verksamhet som var föremål för granskning bygger på en finansiell samordning grundad på frivillighet på den lokala nivån mellan Försäkringskassa, primärvård, kommunal socialtjänst och arbetsförmedlingskontor. Varje part avsätter ett lika stort belopp<sup>1</sup> till en gemensam budget som förvaltas av ett självständigt samordningsförbund.

I september 2006 fanns det 41 samordningsförbund över hela Sverige. Verksamheten är inriktad på de uppskattade 5 procenten av befolkningen i yrkesverksam ålder med särskilda eller flerdigliga problem.

Granskningen inriktades särskilt på Deltaprojektet på Hisingen, Göteborg vilket sattes igång 1997, alltså innan lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser infördes 2004. Kollegiegranskningsgruppen besökte Deltas kontor och en av dess verksamheter, det närbelägna Arbetsmarknadstorget. Delta tar hand om 4 000 klienter om året och har en budget om SEK 44 miljoner 2006. Utvärderingen indikerar så här långt att socialbidragskostnaderna sänks och att majoriteten av klienterna är nöjda.

Representanterna från de flesta kollegiegranskningsländerna bekräftade att rehabiliteringsinsatser för de mest utsatta har hög prioritet. Många länder provar lösningar med olika samordningsstrukturer, vilka varierar från bättre kommunikation och informationskanaler till sammanslagning av tjänster och konstruktioner med en enda kontaktpunkt där klienten har att göra med en handläggare eller rådgivare. Följaktligen var den jämförelsevis långa svenska historien om genomförande av finansiell samordning en stimulerande källa till information och grund för utbyte av erfarenheter.

En del av deltagarna var tveksamma beträffande tillämpning av finansiell samordning i sina länder. Deras system är mer centraliserade än det svenska där landsting och kommuner har en betydande

<sup>1</sup> För statens del – arbetsförmedling och försäkringskassa – svarar Försäkringskassan för finansieringen (översättarens anm.).

ekonomisk autonomi. Inte desto mindre ger Deltamodellen varje land värdefulla insikter i det dagliga samarbetet i fråga om erbjudande av tjänster.

Vidare diskuterades frågan om involvering av arbetsgivaren i processen med reintegration av arbetstagare. Delta uppmärksammar arbetsgivarna genom att inbjuda dem till informationsmöten (som de deltar i), och även i individuella fall tar Delta-personal kontakt med dem. För de flesta av kollegiegranskningsländerna utgör involveringen av arbetsgivarna ett bekymmer utom vad gäller deras lagstadgade skyldigheter.

En del representanter såg gärna att frivilliga organisationer (NGO:s) deltar i samsarbetsmodeller, som har flera intressenter. Svenska representanter förklarade att det inte finns en tradition att frivilligorganisationer deltar tjänsteutbudet. I andra länder kan frivilliga organisationer ha en annan ställning såsom rådgivare om rehabiliteringsprogram, förespråkare för klienter eller medverkande i utförandet av tjänster.

Om rutinerna eller ett ostrukturerat samarbete fungerar dåligt och inte är fruktbart, krävs det tid för att införa en ny samsarbetsstruktur har det visat sig. Det finansiella samsarbetsystemet utvecklades under en följd av år och gjorde det därför möjligt med en gradvis övergång vad gäller arbetsmetoder och -kulturer.

Att experimentera med och genomföra samordningsstrukturer kräver vidare ständig övervakning och regelbunden utvärdering. Det svenska projektet har visat sig bli systematiskt utvärderat. Framgångsparametrar kan dock behöva ytterligare uppmärksamhet.

Samstämmigheten var stor om att Delta är ett innovativt exempel på god praxis. Ett samordnat eller integrerat tjänsteutbud visar sig vara bättre rustat att identifiera och fylla behov och krav för klienter som har komplexa problem än då intressenter arbetar var för sig, med fokus på den kompetens och det ansvar som de (för närvarande) har. Det kan vara svårt att tillämpa i länder med mer centraliserade stöd- och förmånsstrukturer.

## **1. Nationell kontext**

### **1.1 Aktörer och ansvar**

I Sverige liksom i de flesta EU-länder vilar ansvaret för tillhandahållande av rehabiliteringsinsatser på olika aktörer. De viktigaste aktörerna är arbetsgivarna, Försäkringskassan, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetsförmedlingen. Dessutom fattas besluten om dessa olika aktörers syften och mål av olika politiska församlingar. En del frågor handläggs på nationell nivå medan andra beslutas på regional eller lokal nivå.

Arbetsgivarnas skyldigheter inskränker sig till arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser som kan genomföras som en del av organisationens arbetsmiljöansvar.

Huvudansvaret för det svenska socialförsäkringssystemet vilar på regeringen. Administrationen sköts av den svenska Försäkringskassan, en central statlig myndighet med lokala och regionala kontor. Försäkringskassan är ansvarig för samordning och övervakning av genomförda rehabiliteringsinsatser.

Det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvårdstjänster vilar på 18 landsting, två regioner och en kommun. Hälso- och sjukvården är ansvarig för att tillhandahålla medicinsk rehabilitering: läkarvård,

behandling och rehabilitering. Hälso- och sjukvården bör även tillhandahålla information för bedömning av rehabiliteringsbehov och ge anvisningar om lämpliga insatser från andra aktörer, (till exempel Försäkringskassan).

Sveriges 290 kommuner har ansvaret för social rehabilitering. De bör se till att alla som är bosatta i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Kommunens ansvar omfattar äldre, funktionshindrade, barn och unga, invandrare och människor med missbruksproblem. En persons sociala rehabilitering kan innefatta råd, stöd, insatser, sysselsättning och behandling.

Arbetsmarknadspolitiken handhas av Arbetsmarknadsstyrelsen som är ansvarig för arbetsförmedlingsverksamheten, yrkesrehabilitering och för utbildning som syftar till att hjälpa människor att hitta ett jobb. Organisationen omfattar Arbetsmarknadsstyrelsen och 20 länsarbetsnämnder, under vilka de lokala arbetsförmedlingskontoren sorterar

## **1.2 Mot bättre integrerad och samordnad rehabilitering**

Man framhöll i Sverige att om varje aktör följer sina egna mål kan detta leda till motstridande prioriteringar med konsekvenser för den enskilde. Rehabiliteringsinsatserna visade sig inte uppnå de avsedda målen eller ha den önskade effekten. Detsamma var fallet när en aktör övertog pågående rehabilitering från en annan: viktig information kan gå förlorad om rehabiliteringsplanering som involverar mer än en aktör är dålig eller otillräcklig. Detta visade sig särskilt vara fallet i fråga om rehabilitering av personer med en kombination av medicinska, fysiska, sociala och arbetsrelaterade problem. Klienterna "föll mellan stolarna" och hamnade i en obestämd "gråzon" när de insatser som ansågs nödvändiga inte täcktes fullständigt av en aktörs ansvarsområde. Detta kunde leda till en ond cirkel med många aktörer inblandade och ineffektiva insatser som resultat.

Man drog slutsatsen att aktörerna måste samordna sina verksamheter bättre. Samarbete och samordning är därför väsentliga för att säkerställa att människor med en mångfald problem och behov ändå får rehabilitering. Följaktligen har en rad pilotprojekt genomförts sedan mitten av 1990-talet, där olika aktörer varit inblandade och olika former av finansiell samordning tillämpats. Sedan 1998 har gemensamma riktlinjer gällt för samarbete i fråga om rehabiliteringsinsatser.

Lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, som trädde i kraft den 1 januari 2004, grundas på erfarenheter och iakttagelser från denna period. Finansiell samordning är frivillig och omfattar fyra parter: Försäkringskassan, landstingen, länsarbetsnämnderna och en eller flera kommuner. De viktigaste syftena är.

- en effektivare och verksammare insats som motsvarar den enskildes rehabiliteringsbehov och därigenom hjälp att återge dem försörjningsförmågan,
- en kostnadseffektiv användning av tillgängliga resurser genom att delvis kombinera de fyra huvudaktörernas resurser och områden.

Målgruppen för finansiell samordning omfattar personer i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera samarbetande parter, vilket förbättrar försörjningsförmågan. Gruppen bedöms omfatta ungefär 280 000 människor eller 5 procent av befolkningen i yrkesverksam ålder (normalt 20–64 år). Personer i behov av samordnade insatser kan lida av olika fysiska eller psykiska besvär och/eller ha sysselsättningsproblem eller sociala problem eller, vilket ofta är fallet, en kombination av dessa.

De samordnade rehabiliteringsinsatserna finansieras gemensamt av de deltagande parterna. De ska bidra med lika stora belopp<sup>2</sup>. Ett samordnande organ, det så kallade samordningsförbundet (i vilket de samarbetande parterna är representerade) är en juridisk person i lagens mening som fastställer mål och riktlinjer och finansierar rehabiliteringsinsatserna.

### **1.3 Nuvarande situation och framtidsperspektiv**

Experter från socialdepartementet uppgav att i september 2006 hade omkring 41 samordningsförbund upprättats, vilka omfattade 80 kommuner och 12 landsting. Att det inte finns fler beror på modellens karaktär av frivillighet, vilket innebär att alla fyra parterna måste samtycka till att delta. Vidare visar det sig att utarbetandet av samsarbetsmodellen tar tid eftersom det medför förhandlingar (om riktlinjer, organisation, rutiner, målgrupper och prioriteringar). Ytterligare 10 samordningsförbund förväntas bli upprättade under de närmaste månaderna.

Svenska myndigheter har två alternativ när det gäller rehabiliteringstjänster: antingen finansiell samordning eller en lösare form av icke-finansiellt samarbete. Även den senare samsarbetsformen kan åstadkomma en hel del men saknar den struktur och sammanhållning som karakteriserar modellen med finansiell samordning. Eftersom 23 % av befolkningen är beroende av offentlig försörjning anser regeringen finansiell samordning vara oundgänglig för att få människor med flerfaldiga problem tillbaka i arbetet. Den nyvalda svenska regeringen anser det nödvändigt med större flexibilitet. Därför betraktas systemet med finansiell samordning som ett viktigt verktyg för att på nytt integrera människor i arbetslivet.

Sedan 2003 följer en statlig arbetsgrupp, Nationella arbetsgruppen för finansiell samordning, resultaten av samarbete och finansiell samordning. Vidare håller det svenska Statskontoret på med en utvärdering. Resultaten visar att verksamheterna är i överensstämmelse med lagstiftningens syften och förbunden har effektiva arbetsmetoder men budgetarna och därmed omfattningen av insatserna varierar mycket. Det anses för tidigt att dra några generella slutsatser om hur framgångsrik modellen är. En slutlig utvärderingsrapport kommer att föreligga i maj 2008.

## **2. Länkar till EU-policy och strategier**

Kollegiegranskningsförfarandet<sup>3</sup> är ett viktigt verktyg för den öppna samordningsmetoden. I mars 2006 antog Europeiska rådet en ny struktur med avseende på hanteringen av socialt skydd och social integration. De öppna samordningsmetoderna på områdena social integration och pensioner samt den pågående processen med samordning på områdena hälsovård och äldreomsorg integrerades i den öppna samordningsmetoden för socialt skydd och social integration.

Ett av de viktigaste målen för den öppna samordningen är främjandet av social sammanhållning, jämställdhet (mellan män och kvinnor) och lika möjligheter för alla. Detta bör förverkligas med hjälp av en politik för social integration och system för socialt skydd som är tillgängliga, tillräckliga, finansiellt hållbara och anpassningsbara samt effektiva. Vidare bör denna politik stimulera till god ledning, transparens och engagemang av intressenter (i planering, genomförande och övervakning av politiken). De viktigaste målen på området social integration avser

---

<sup>2</sup> Se not 1 (översättarens anm.).

<sup>3</sup> Termen i EU-terminologi är "Peer Review" (översättarens anm.)

- tillgång för alla till de resurser, rättigheter och tjänster som behövs för delaktighet i samhällslivet
- aktiv social integration av alla
- politik för social integration bör vara väl samordnad och omfatta alla ledningsnivåer och relevanta aktörer innefattande människor som är drabbade av fattigdom.

I europeiskt sammanhang är vidare behovet av att samordna olika intressenters verksamhet för att öka social integration allmänt erkänt. Inom EU:s integrationsstrategi bör alla relevanta organisationer mobiliseras för att bekämpa fattigdom och socialt utanförskap. Detta bör ske genom dialog och partnerskap mellan alla relevanta organisationer, offentliga och privata. Även kommunikationen om den nya starten för Lissabonstrategin (*Working together for growth and jobs, 2005 - Arbeta tillsammans för tillväxt och arbetstillfällen, 2005*) betonar deltagande av flera aktörer. Att föra människor från arbetslöshet eller överksamhet tillbaka till sysselsättning kräver en modernisering av sociala skyddssystem. I sin rapport *Social Inclusion in Europe 2006* fäster Europeiska kommissionen uppmärksamheten på behovet av att medlemsstaterna "utvecklar integrerade och samordnade insatser mot flerfaldig utsatthet för att säkerställa synergier mellan de olika politikområden som fastställts i de gemensamma mål som ligger till grund för den sociala integrationsprocessen".

Deltaprojektet visar att detta behov av modernisering redan har uppmärksammats och utgjort ett mål som man strävat mot sedan 1997 när de första förändringarna i den finansiella samordningen såväl som i institutionssammanhang (strukturer och rutiner) infördes i syfte att förbättra samarbetet mellan olika aktörer, vilka alla har ett ansvar på området social rehabilitering.

Kollegiegranskningen visar att den svenska modellen med finansiell samordning av social rehabilitering i många avseenden försöker motsvara den öppna samordningsmetoden vad gäller socialt skydd och social integration.

- a. Den finansieringsmodellen och uppdragen såväl som organisationen av arbetet syftar till att bidra till att förbättra den sociala sammanhållningen av sårbara grupper i samhället, särskilt personer med flerfaldiga problem på sysselsättnings- och hälsoområdena. Klienter som tidigare inte fick tillräcklig hjälp av dem som tillhandahöll tjänsterna, på grund av organisationen av ansvarsområden och finansiering, bemöts och kontaktas nu mer direkt.
- b. Den finansiella samordningsmodellen uppfyller målet om transparens och deltagande av olika intressenter (nämligen myndigheter med ansvar för socialförsäkring, arbetsförmedling, socialbidrag och hälsovård). De deltar inte endast i den löpande finansieringen och operationella organisationen utan även i utveckling och experiment med nya strukturer, arbetsrutiner och insatser. Klienternas åsikter har tagits tillvara i olika utvärderingsstudier.
- c. Den finansiella samordningen handlar också om att samordna aktörer med ansvar på olika politiska nivåer (nationell, landsting, kommun). Modellen visar att strukturer för finansiell samordning och gemensamt ansvar kan skapas för aktörer med ansvar av olika omfattning.
- d. Den finansiella samordningsmodellen medger även ett brett fokus på en av de målgrupper som nämns eftersom meddelandet från Kommissionen betonar att "insatser behövs [även] för unga människor" Flera av de preventiva åtgärderna i Deltaprojektet avser unga arbetslösa medborgare med flerfaldiga problem (t.ex. problem med psykisk hälsa och drogberoende).

- e. Den finansiella samordningsmodellen innefattar även dem som tillhandahåller hälsovård. Utvärderingar av såväl professionella som patienter under implementeringen av de nya strukturerna ger vid handen att tillgängligheten har förbättrats för de klientkategorier som tidigare inte fått tillräcklig hjälp. Alla deltagare i samordningsstrukturen får ta initiativ till att föreslå hälsovårdsinsatser för sina målgrupper.

Hugues Feltesse från Europeiska kommissionen, generaldirektoratet för sysselsättning, socialpolitik och lika möjligheter (enheten för social integration, socialpolitiska aspekter på migration, rationalisering av socialpolitiken) påminde i sitt inledningsanförande om att mobilisering av lokala aktörer även var temat för ett tidigare kollegiegranskningsprogram i april 2004 när lokala överenskommelser för att stoppa segregation i utsatta storstadsområden granskades (se <http://www.peer-review-social-inclusion.net/peer-reviews/2004/review-7>). Nu granskades en verksamhet bedriven i samverkan mellan myndigheter för rehabilitering av människor med frånvaro eller arbetslöshet och lidande under lång tid med hänsyn tagen till olika medicinska, fysiska, psykiska, sociala och arbetsrelaterade problem som måste angripas. Han betonade att politik för social integration måste vara väl samordnad och inbegripa alla ledningsnivåer och relevanta aktörer innefattande människor som lider av fattigdom eller socialt utanförskap. Följaktligen är de frågor som detta möte inriktar sig på av största betydelse för Europeiska kommissionen.

### **3. God praxis, integrerade rehabiliteringsinsatser – om samordning av organisation och finansiering**

#### **3.1 Deltaprojektet på Hisingen: några organisatoriska och finansiella särdrag**

Samordningsförbundet Delta<sup>4</sup> på ön Hisingen bildades 1997. Hisingen tillhör Göteborgs kommun och omfattar sex stadsdelar.

Syftet med projektet var att komma underfund med om samordning av resurser skulle bidra till att minska enskilda personers lidande och reducera de kostnader som uppstår i samband med frånvaro från arbetet beroende på sjukdom, arbetslöshet och socialbidrag.

Efter vissa anpassningar i organisationsstrukturen efter en utvärdering 2001 ingår för närvarande olika aktörer och strukturer i Deltamodellens organisation:

- a. Styrelsen för samordningsförbundet, vilken består av representanter från länsarbetsnämnden i Västra Götaland, Göteborgs stad, Västra Götalandsregionen och försäkringskassan i Västra Götaland. Alla parter som är med i styrelsen bidrar med lika delar till budgeten<sup>5</sup>. Styrelsen bestämmer vad som ska prioriteras och anslår budget för gamla och nya verksamheter.
- b. En beredningsgrupp bestående av lokala chefer på Hisingen har till uppgift att förbereda ärenden för styrelsen och handlägga andra policyfrågor. Gruppen ger också feedback på nya idéer som utvecklats av tjänstemän inom olika myndigheter.
- c. Styrelsens sekretariat består för närvarande av en ansvarig tjänsteman, en processtödare och administrativt stöd på halvtid för uppföljningsuppgifter. Målet är att hålla den administrativa

---

<sup>4</sup> Delta startade som en försöksverksamhet inom ramen för Socsam 1997 och permanentades genom bildandet av samordningsförbundet Delta år 2005 (översättarens anm.)

<sup>5</sup> Se not 1 (översättarens anm.).

apparaten på lägsta möjliga nivå för att säkra korta beslutsvägar och att beslutsfattarna i Delta aldrig ska vara långt från dem som är engagerade i verksamheten.

- d. Vidare kan i varje stadsdel Deltagrupper verka som består av tjänstemän från de samarbetande myndigheterna, och vars uppgift det är att fastställa vilka behov de i distriktet bosatta har som inte effektivt har ombesörjts av myndigheterna när de arbetade var och en för sig.

I inledningskedet ägnades avsevärd tid åt kommunikationsprocessen och projektutveckling. En annan strategi som tillämpades från början är det så kallade Kunskaps-Delta. Det säkerställer att varje ny åtgärd eller insats i Deltamodellen föregås av en omfattande granskning som inbegriper alla berörda myndigheter. Strategin har ett tvåfaldigt syfte: att skapa en uppsättning gemensamma värderingar, ett gemensamt sätt att angripa problemen grundat på Hisingsbornas behov och möjligheter och att se till att varje insats, verksamhet eller projekt – så långt som möjligt – är grundad på gemensamma kunskaper och erfarenheter.

Deltamodellens budget är ungefär 4,7 miljoner euro (2006). Huvuddelen används för insatser (3,7 miljoner) medan medel för nya projekt 0,5 miljoner, Kunskaps-Delta 0,3 miljoner och organisationen (förbundet och sekretariatet) 0,2 miljoner upptar resten

### 3.2 Målgrupper och verksamheter

Hisingen har 125 000 invånare av vilka ungefär 78 000 är i yrkesverksam ålder. Omkring 15 000 av dem är arbetslösa, funktionshindrade eller socialbidragstagare. Deltamodellen fokuserar på dessa klienter, vilka de samarbetande parterna när de agerade åtskilda inte har förmått att rehabilitera effektivt. För närvarande kommer ungefär 4 000 Hisingsbor om året i kontakt med olika Deltaverksamheter. Deras huvudsakliga underliggande problem utgörs av psykiska problem, muskelo-skeletala besvär, komplexa sociala problem eller långvarig arbetsförmåga. Målgrupperna innefattar sjukskrivna och arbetslösa personer, unga människor med problem med den psykiska hälsan, unga kvinnor och ensamma mödrar såväl som invandrare och flyktingar som står långt från arbetsmarknaden.

Pågående verksamheter inom Delta omfattar tre kategorier:

- a. *Preventiva och stödjande verksamheter* som handlar om insatser för att förhindra sjukfrånvaro, kamp mot socialt utanförskap och hjälp åt människor att bli säkrare förankrade i det svenska samhället. Insatser och arbetsmetoder innefattar intervjuer och diskussioner, temabaserade sammankomster, gruppverksamhet, spridning av information och undervisning.
- b. *Sociomedicinska verksamheter* syftar till att minska väntetider och korta patientbehandlingar såväl som att påskynda återgången till arbete/rehabilitering. Vidare syftar den till att minska kostnaderna för offentliga försörjningsstödsystem och förbättra yrkeskunskaperna. Verksamheten bedrivs av tvärprofessionella team vid sex primärvårdscentraler.
- c. *Arbetslivsinriktade verksamheter* syftar till att få folk tillbaka i arbete snabbare eller i rätt rehabiliteringsprogram med mindre dröjsmål. Insatserna bör också minska passiviteten och öka deltagarnas självförtroende och självmedvetande. Ett exempel är Arbetsmarknadstorget. Arbetsmarknadstorget drivs av socialtjänsten och det lokala arbetsförmedlingskontoret: de delar lokal och har en gemensam reception. Det är tänkt för unga arbetslösa med socialbidrag eller andra kategorier av människor som står långt från arbetsmarknaden.

De verksamheter som bedrivs inom den finansiella samordningsmodellen sysslar inte med beslut om förmåner i individuella fall<sup>6</sup>.

### 3.3 Utvärderingar

En utvärdering av Delta som gjorts av Göteborgs universitet visade att myndigheter ofta inte klarar av att organisera insatser för personer som behöver samordnade rehabiliteringsåtgärder. Tid, samarbete och gemensam stånpunkt saknas för sådana insatser.

Studien visade att den finansiella samordningsmodellen klarar av att skapa ett sådant gemensamt ansvar, och den säkerställer struktur och kontinuitet i insatser för klienter med problem av många slag. Man fann också att modellen visade gynnsamma resultat vad gäller kostnader för sjukpenning och socialbidrag etcetera. De nya organisations- och samarbetsstrukturerna hade ökat projektdeltagarnas kunskaper och förmåga. Ett nytt sätt att arbeta hade införts där beslut grundades på en gemensam infallsvinkel som man kommit fram till via nya kommunikationsvägar. Denna ökade professionella erfarenhet alstrar också nya idéer om sätt att ta emot brukare och att genomföra rehabiliterings- eller behandlingsinsatser. Även klienterna angav att de hade upplevt insatserna som positiva. De kände att de hade behandlats med respekt och att de blivit tagna på allvar.

Å andra sidan fann ytterligare forskning – som endast inriktades på klienter med muskelo-skeletala besvär – inget bevis på att modellen resulterade i bättre hälsa eller minskad sjukfrånvaro. Trots de nya arbetsmetoderna och förfarandena fick patienterna hos Deltas primärvårdscentraler samma slags behandling och rehabilitering som patienter vid kontrollvårdcentraler. Resultaten visade ingen skillnad i förändring av hälsostatus mellan grupperna.

Slutligen visade en analys av Deltas effekt på offentliga system för bidragsinkomster en tendens mot lägre kostnader på Hisingen. Den nationella utvärderingen (perioden 1997 till 2004) visade att samordnade insatser hade stärkts med gynnsamma resultat på Hisingen i fråga om kostnader för sjukpenning, socialbidrag och trender för långtidssjukfrånvaro.

## 4. Relevans och överförbarhet

### 4.1 Inledning

Under det senaste decenniet har ansträngningar gjorts i olika länder för att erbjuda bättre och framgångsrikare tjänster till personer med sjukpenning, handikappersättning eller arbetslöshetsunderstöd. De syftar till att förbättra utsatta grupper anställningsbarhet och sysselsättning genom olika strategier såsom tidiga och skräddarsydda insatser, efterfrågegrundat utbud av tjänster eller erbjudande av bättre planerade och samordnade insatser. Deltamodellen är ett exempel på den senare kategorin där personer i behov av insatser och tjänster från olika tjänsteproducenter föll mellan två stolar.

<sup>6</sup> Beslut om förmåner fattas av respektive tjänsteman inom ramen för sin ordinarie myndighetsutövning (översättarens anm.).

Representanter från flera deltagarländer i kollegiegranskningen rapporterade om försök att förbättra samordning av insatser från olika intressenter eller att fylla luckan mellan dem när det gäller klienter med en mångfald problem. Det visade sig att det kan finnas en mängd olika institutionella konstruktioner och antal intressenter som deltar i sådana nya strukturer. De aktörer som oftast är engagerade i strukturella samarbetsmodeller är myndigheter ansvariga för handläggande av "ersättningar" och "integration", nämligen försäkringskassor och arbetsförmedlingar (t.ex. Norge, Nederländerna, Storbritannien). En utvidgad konstruktion utgör inkludandet av hälsovårdstjänster, vilket förefaller att tillämpas mindre ofta och för närvarande är föremål för pilotstudier i Storbritannien. Deltamodellen förefaller vara den mest koncentrerade och omfattande konstruktionen för samordning av flera intressenter eftersom även kommunerna är involverade.

Följaktligen väckte erfarenheterna och lärdomarna från Hisingen betydande intresse, vilket ytterligare stimulerades av att verksamheterna och erfarenheterna är väl dokumenterade och utvärderade. Därför bidrog besöket på arbetsplatsen och samtalen med tjänstemännen, frågorna och svaren såväl som utbyte av erfarenheter till fruktbara diskussioner om effekt och överförbarhet.

## 4.2 Kommentarer från deltagarländerna i kollegiegranskningen

Representanter från **Irland** angav att en överenskommelse gjorts om bättre samarbete mellan olika regeringsdepartement för att erbjuda bättre hjälp till personer med funktionshinder. I landet finns det vidare många exempel på gott samarbete på den lokala nivån, vilka stimulerar regeringen att tänka på det på nationell nivå. Det finns emellertid även exempel på motsatsen: brist på samarbete, dubblering av tjänster, och luckor i tjänsteutbudet kan fortfarande förekomma i vissa områden.

Under 2003 startades ett samordningsförsök med tvärsektoriella team som består av personal från den offentliga arbetsförmedlingen, socialtjänsten samt utbildnings- och hälsovårdsstyrelser. Granskningen av denna modell (2004) visade på flera positiva resultat såsom bättre kommunikation mellan deltagande tjänsteleverantörer, bättre kunskap om insatser och tillgänglig expertis såväl som samordnat stöd åt klienter. Svårigheter har också identifierats: de gäller regionala variationer i samarbete, en ökande administrativ börda på grund av samarbetet och ofullständig täckning av alla tjänsteleverantörer. Problem beträffande kundtillhörighet uppstod också på så sätt att otydlighet rådde om vilken intressent som bar det yttersta ansvaret för klienten

Dessa erfarenheter ledde till några frågor om Deltamodellen. De viktigaste frågorna gällde genomförandet (t.ex. Hur skapar man en uppsättning gemensamma värderingar? Hur löser man tvister?), relationer med andra potentiella intressenter (frivilliga organisationer, arbetsgivare, fackföreningar) samt kvalitetsövervakning och utvärdering (vilka slutsatser drar man när utvärderingarna visar små skillnader mellan Deltamodellens sätt att tillhandahålla tjänster och andra kontrollgrupper?).

Representanten från **Nederländerna** erkände behovet av bättre samarbete mellan de aktörer som tillhandahåller tjänster. Vissa reformer har införts på detta område i Nederländerna men färre intressenter än i Sverige är involverade. De viktigaste aktörerna som nu i allt högre utsträckning arbetar i samma lokaler med gemensam reception är försäkringskassan och den offentliga arbetsförmedlingen. Representanten betonade att i nederländsk politik ligger fokus mer på (ekonomiska) incitament för olika intressenter: arbetsgivare, arbetssökande, (privat) sökande efter arbete samt tillhandahållare av yrkesrehabilitering och offentliga tjänster. När en kommun till exempel lyckas rehabilitera och överföra mottagare av socialbidrag till sysselsättning kan en del av det sparade understödet läggas till den kommunala budgeten. Och när en arbetare är sjukskriven måste arbetsgivaren fortsätta att betala hans

eller hennes lön i maximalt två år, vilket stimulerar arbetsgivaren att vidta åtgärder för återgång i arbete. I Nederländerna framträdde en del operationella problem när samarbetet med olika intressenter startades: tekniska svårigheter med överföringar eller IT-problem (intressenterna hade ursprungligen ingen åtkomst till varandras datafiler).

För **Norge** förefaller Deltamodellen mycket intressant även om typen av problem är lite annorlunda (låga arbetslöshetstal, hög sjukfrånvaro och höga tal för beroende av sjukersättning). Norska representanter skisserade överenskommelsen mellan arbetsgivarorganisationer, fackföreningar och regering för att minska sjukfrånvaron och öka rekryteringen av personer med nedsatt arbetsförmåga. Vidare syftar den nya arbets- och välfärdsförvaltningen (från 2006) till en sammanslagning av tre intressenter: offentlig arbetsförmedling, försäkringskassa och kommunal socialtjänst. På den lokala nivån kommer det att innebära att klienten får en enda kontaktpunkt. Initiala erfarenheter visar att inte endast organisationsstrukturerna utan även arbetsrutinerna måste ändras när man handlägger särskilda målgrupper (t.ex. när det gäller att hjälpa personer med förtidspension tillbaka till arbetet). Även på lokal nivå testar man olika organisationsstrukturer (t.ex. att integrera nya uppgifter i en befintlig struktur, upprätta en ny projektorganisation eller starta en nätverksorganisation). Det senare verkar vara det mest effektiva, men utvärderingar pågår fortfarande. Norska erfarenheter visade vidare betydelsen av att involvera arbetsgivarna liksom den roll den interna personalpolitiken spelar när det gäller rekryteringen av personer med funktionshinder. Vidare relaterades erfarenheter från några kategorier funktionshindrade som sade att deras önskan att fortsätta arbeta hade "övermannats" av den medicinska auktoriteten eller av handläggare vid försäkringskassan. Slutligen betonade norska representanter att frågor kan uppkomma om hur man ska garantera samarbetet i det långa loppet eftersom det visade sig svårt i deras land.

Representanter från **Polen** framhöll också behovet av bättre samarbete mellan tjänsteleverantörer i deras land och noterade från de svenska erfarenheterna att intressenterna aktiveras att även tänka på den lokala utvecklingen av tillhandahållandet av tjänster. Samarbete mellan olika intressenter (socialtjänst, hälsovårdscentraler och arbetsförmedling) har hittills inte varit särskilt framgångsrikt i Polen

Även i **Storbritannien** har diverse erfarenheter vunnits med försök till bättre samarbete i tillhandahållandet av tjänster till sjuka och funktionshindrade klienter. I "JobcentrePlus" kombinerades mönstertjänster medan försäkringskassan i "Pathway to Work pilot" kan beställa tjänster som tillhandahålls av hälsovården. Från dessa erfarenheter har en del problem och lärdomar noterats i ett dokument från Storbritannien. Det konstateras att en handfast utvärdering är svår att utföra i sådana projekt. Deltamodellen skulle under rådande omständigheter inte vara så lätt att genomföra i Storbritannien där systemet är mer centraliserat. Vidare funderade representanten från Storbritannien över grunderna för utvärderingen av erfarenheterna från Hisingen: positiva åsikter från klienter och tjänsteleverantörer skulle inte vara en tillräcklig grund i Storbritannien för positiva utvärderingar, när inverkan på återgång till arbetet är oklar.

Representanten från **Grekland** framhöll att i hans land står tillhandahållandet av tjänster inför en del elementära administrativa problem så att samordning av olika tjänsteleverantörer ännu inte har prioriterats. Landet har ett mycket komplicerat välfärdssystem utan nätverkande mellan departement som handhar hälsovård och sysselsättning. Vidare är många människor omedvetna om sina rättigheter och hanteringen av program för social integration är beroende av betydande EU-finansiering.

De bulgariska representanterna framhöll att i **Bulgarien** har olika åtgärder vidtagits för att öka sysselsättningen och lika behandling av personer med funktionshinder. Incitament till arbetsgivarna är

ett viktigt verktyg. Det huvudsakliga ansvaret för att öka sysselsättningen av personer med funktionshinder vilar på myndigheten för arbetsförmedlingskontoren. Initiativ för att förbättra tillhandahållandet av tjänster genom att förbättra samarbetet har inte nämnts.

### 4.3 Kommentarer från EU:s intressentorganisationer

Representanten från *European Social Network* (ESN, ett nätverk för socialchefer i 24 länder över hela Europa) framförde kommentarerna från ESN-medlemmar och nätverkets tematiska integrationsnätverk. Han nämnde tre områden som väcker frågor om Deltasystemet: kunden som prioritet, problem med tvärsektorielt arbete och intressenter som fattas: arbetsgivare och fackföreningar.

Eftersom klienterna är de viktigaste intressenterna och den primära målgruppen, för vilken tjänsterna omorganiserats, bör deras åsikter om behov ha en framträdande ställning i modellen. Nu verkar modellen huvudsakligen lita på vad personalen tror att klienterna behöver.

Samarbete mellan organisationer kan säkerligen ha ett reellt värde, särskilt när det gäller människor med flerfaldiga och komplexa problem, vilket medför att man måste hitta rätt svar för att tillfredsställa klienternas behov, inte endast mellan olika tjänster utan även inom dem. Bra samordning går utöver att placera personal i samma byggnad eller att ha en gemensam budget. Den kan även kräva gemensam utbildning för chefer och tjänstemän från olika organisationer.

Avsaknaden av en roll för arbetsgivarna i modellen nämns också: att få människor i sysselsättning är beroende av goda relationer med arbetsgivarna. Vidare kunde Delta, om de arbetade närmre de lokala arbetsgivarna, identifiera brister i kompetens och hjälpa till att fylla dem, ordna subventionerade jobb, stödja anpassade arbetsplatser och marknadsföra sina egna tjänster.

Slutligen hade medlemmar i ESN väckt vissa frågor om finansiell samordning: Vem har det yttersta ansvaret? Hur löses konflikter? Vem fastställer inriktningar och prioriteringar och vilka prestationsindikatorer används?

Representanten från Europeiska federationen av nationella organisationer som arbetar med hemlösa (FEANTSA) konstaterade först att Deltas målgrupp är lik FEANTSAs eget klientel av hemlösa, vilka ofta lider av flerfaldiga sociala problem och hälsoproblem. Följaktligen är en samordningsmodell relevant för FEANTSA, så mycket mer som hemlösa inte kontaktas av organisationer som tar ett helhetsgrepp om deras situation eller ser bortom sina egna ansvarsområden. Hemlösa blir till exempel ofta utskrivna av sjukvården utan någon uppföljande kontroll av deras allmänna välbefinnande.

Som starka sidor i Deltamodellen – från de hemlösas perspektiv – framhöll hon minskningen av administrativa hinder, främjandet och förverkligandet av en samordnad verksamhet och den starka formella basen för samarbete, vilken lägger en grund för kontinuitet.

Den första frågan om Deltamodellen gäller frivilliga organisationers ställning. I många länder har de en betydelsefull roll när det gäller att ta itu med problemet med hemlöshet. Vidare lägger de offentliga myndigheterna i flera länder i allt större utsträckning ut uppgifterna på detta område på frivilliga organisationer. Följaktligen ställdes frågan om frivilliga organisationer inte borde involveras i Deltastrukturen.

Vidare efterlystes ett förtydligande av Deltas roll i fråga om bostadsproblem, eftersom bostaden är ett viktigt element i verksamhet med social integration. Vidare väcktes frågan om Deltas huvudsakliga fokus endast gällde integration i arbetslivet. Social integration borde inte fokuseras endast på sysselsättning utan även på anställningsbarhet, vilket kan innefatta utveckling av färdigheter som skulle kunna leda till långsiktig snarare än omedelbar integration i arbetslivet.

#### 4.4 Överförbarhet

Representanterna från de flesta deltagarländerna i kollegiegranskningen erkände att tillhandahållande av rehabiliteringstjänster till människor i socialt utanförskap har hög prioritet. En typ av lösning handlar om bättre samordning av intressenter som handlägger olika ansvarsområden men fokuserar samma klient. Många länder provar lösningar med olika samordningsstrukturer som varierar från bättre kommunikation och informationskanaler till sammanslagning av tjänster och konstruktioner med en enda kontaktpunkt där klienten har att göra med en tjänsteman eller rådgivare. Vidare skiljer sig länderna vad gäller samarbetets strikthet som sträcker sig från frivilligt samarbete på lokal nivå (Polen) till den lagfästa sammanslagningen på nationell nivå (Irland).

Några av deltagarna (t.ex. från Norge och Storbritannien) var tveksamma beträffande tillämpningen av finansiell samordning i sina länder. Deras system är mer centraliserade än det svenska där landsting och kommun har avsevärd finansiell autonomi. Inte desto mindre erbjuder Deltamodellen värdefulla insikter i det dagliga samarbetet med tillhandahållande av tjänster. Erfarenheterna från Delta visade också hur initiativ "nedifrån", dvs. från tjänstemän i organisationerna, till nya insatser för klienterna kan utvecklas, bearbetas och integreras i de befintliga verksamheterna.

Vad gäller arbetsgivarrollen i samband med återintegration av arbetskraft väcktes frågan om hur man ska involvera arbetsgivarna. Delta uppmärksammar arbetsgivarna på så sätt att de bjuds in till informationsmöten (som de deltar i) och de kontaktas även i individuella fall av personal från Delta. För de flesta deltagarländerna i kollegiegranskningen är involvering av arbetsgivarna ett bekymmer utom vad gäller deras lagstadgade skyldigheter. En del länder (Norge, Sverige och Nederländerna) uppgav skyldigheter för arbetsgivaren att upprätta en plan för återgång i arbete (efter en anställds sjukfrånvaro på 6 – 8 veckor) men det föreföll inte att fungera.

En del representanter såg gärna att frivilliga organisationer (NGO:s) deltog i samarbetsmodeller med andra intressenter. I Polen till exempel är frivilliga organisationer partner i ett projekt som genomförs på lokal nivå och syftar till att öka sysselsättningen av människor med funktionshinder. Svenska representanter förklarade att det inte finns någon tradition av att låta frivilliga organisationer delta i tillhandahållandet av tjänster. Av reaktionerna från representanterna från deltagarländerna i kollegiegranskningen framgick att frivilliga organisationer har olika ställning såsom rådgivare om rehabiliteringsprogram, förespråkare av klienter eller medverkande i tillhandahållande av tjänster.

Flera deltagare hade fått god kännedom om den tid det tar att genomföra nya samarbetsstrukturer. Om rutiner eller ostrukturerat samarbete fungerar dåligt och inte är fruktbart visar sig införandet av en ny samarbetsstruktur kräva tid. Det finansiella samarbetsystemet utvecklades efterhand och möjliggjorde därför en gradvis förändring av arbetskulturer. Som representanten från Storbritannien anmärkte anses särskilt deltagare från hälso- och sjukvården (läkare och kliniker) ofta notoriskt ovilliga att anpassa sina arbetsmetoder. Delta förefaller att ha lyckats att åstadkomma en attitydförändring hos personalen vid vårdcentralerna.

Samstämmigheten var stor om att Delta är ett innovativt exempel på god praxis även om det kan vara svårt att tillämpa i länder med mer centraliserade stöd- och förmånsstrukturer. Finansiell samordning gör det lättare att förena myndigheternas insatser, och Deltaprojektet visar att implementering av samsamarbetsstrukturer och arbetsmetoder sannoligen kan ge resultat i rehabiliteringen av klienter med flerfaldiga problem. Detta bekräftades och speglades även i Deltapersonalens på Hisingen motivation och entusiasm.

## 5. Slutsatser och lärdomar

Den policy som granskats i Göteborg bygger på finansiell samordning på lokal nivå mellan intressenterna: försäkringskass kontor, primärvårdstjänster, kommunal socialtjänst och arbetsförmedlingskontor. Den finansiella samordningen syftar till att förbättra tjänster för sjukskrivna och arbetslösa personer, unga människor med psykisk ohälsa, unga kvinnor och ensamstående mödrar såväl som invandrare och flyktingar som står långt från arbetsmarknaden.

Vid kollegiegranskningsmötet kom man fram till att Delta är ett innovativt exempel på god praxis. Den mer än tio år långa historien om utarbetande, genomförande och "drift" av samsamarbetsmodellen erbjuder ett överflöd på erfarenheter. De kan utgöra en rik källa till vidare diskussion om utveckling av bättre strukturer för tillhandahållande av tjänster till personer med flerfaldiga problem och i behov av adekvata rehabiliteringsinsatser.

Lärdomarna från den svenska modellen har avseende på en grundläggande princip (t.ex. tillämpligheten av finansiell samordning i ett land med huvudsakligen decentraliserad finansiering och dito policystrukturer) och olika insikter relaterade till utformning och implementering av samsamarbetsstrukturer:

- a. Ett samordnat eller integrerat tjänsteutbud enligt Deltamodellen visar sig vara bättre rustat att identifiera och fylla de klienters behov och krav vilka har komplexa problem än intressenter som arbetar var för sig och fokuserar på den kompetens och de plikter som de har för närvarande. Deltametoden möjliggör en anpassning av rehabiliteringsprogrammen nedifrån, dvs. från tjänstemän i organisationerna, eftersom det dagliga arbetet i tvärdisciplinära team fäster uppmärksamheten på behov som inte fullständigt täckts av samsamarbetspartnerna var för sig.
- b. Förberedelse och genomförande av samsamarbetsstrukturer med deltagande av flera aktörer kräver tid, som gör det möjligt med en verklig förändring. Det är ett misstag att förvänta sig resultat från kortsiktiga åtgärder införda "mellan val" när en långsiktig anpassning av strukturer, kultur (attityder), expertis och arbetsmetoder krävs.
- c. Medan samordnade rehabiliteringsprogram genomförs på lokal nivå, behövs en stödstruktur på nationell nivå för att utveckla nya institutionella strukturer. Utbyte av erfarenheter mellan olika regioner som använder finansiella samordningsmodeller har varit till nytta för de regioner där processen befinner sig i inledningskedet.
- d. Att utprova och implementera samordningsstrukturer kräver vidare konstant övervakning och regelbunden utvärdering. Det svenska projektet har visat sig vara systematiskt utvärderat. Framgångsparametrarna kan dock behöva ytterligare uppmärksamhet. Medan andelen nöjda klienter, personalens åsikter och bidragskostnaderna tyder på gynnsamma resultat, framgick det även att nya arbetsmetoder och insatser inte (ännu) visade relevanta förändringar i läkarvård och gjorda insatser.