

Finansiell samordning på Hisingen
FÖRSÄKRINGSKASSAN • PRIMÄRVÅRDEN • SOCIALTJÄNSTEN
I samarbete med
LÄNSARBETSNÄMNDEN • PSYKIATRIN • VUXENUTBILDNINGEN

SOPHIE projektet

Samverkan Okonventionellt på Hisingen

**Ett samverkansprojekt mellan socialtjänsten, primärvården
försäkringskassan och arbetsmarknadsinstitutet på Hisingen**

SOPHIEs arbetsgrupp

Berit Björnered, Arbetsmarknadsverket
Inga Brodin-Jansson, Primärvården
Birgitta Eriksson, Försäkringskassan
Anita Johansson, Socialtjänsten
Susanne Slettengren, Socialtjänsten

Berit Björnered projektledare

Hisingen 1 maj 2001

► Utvärderingsrapport ◀

INLEDNING

Utvärdering har varit ett centralt och integrerat inslag i DELTA-samverkan som bedrivs på Hisingen i Göteborg sedan 1997. Tillsammans med ett drygt tjugotal rapporter utgör denna rapport en del av den lokala utvärderingen av DELTA-samverkan.

Uppdraget

DELTA-samverkan har sin grund i den så kallade SOCSAM-lagstiftningen. SOCSAM är en försökslagstiftning, som medger att resurser från socialtjänst, försäkringskassa och sjukvård läggs samman för att användas för ökad välfärd, effektivare hushållning med de gemensamma resurserna samt ökad professionalitet hos de samverkande organisationernas medarbetare. Försökslagstiftningen upphör i och med årsskiftet 2002/2003.

I sin ansökan om att få bedriva försöksverksamheten preciserade de dåvarande huvudmännen, Göteborgs allmänna försäkringskassa och Göteborgs stad, att man ville bedriva försöket med fokus på grupper i åldrarna 16 till 64 år som inte på effektivt sätt nås av välfärden. Försöket skulle bedrivas i form av avgränsade, gemensamt finansierade delprojekt. I den gemensamma finansieringen skulle sjukvården företräddas av primärvården. I ansökan angavs också att samverkan, utanför den finansiella samordningen, skulle sökas med Länsarbetsnämnden i dåvarande Göteborgs- och Bohus län.

Organiseringen

Försöksverksamheten har bedrivits i enlighet med de givna förutsättningarna. Från och med 1998 har psykiatrin vid länssjukvården inlemmats i samverkan. Vuxenutbildningen har ingått från och med år 2000. Dessa båda har deltagit på samma förutsättningar som Länsarbetsnämnden. Regionbildningen i Västsverige ändrade ägarbilden så att från och med 1999 består ägarna av Västra Götalands allmänna försäkringskassa, Västra Götalandsregionen samt Göteborgs stad.

Två genomgående strategier för DELTA-samverkan bör noteras. Den ena är att varje aktivitet har föregåtts av ett gemensamt kartläggningsarbete, Kunskaps-DELTA. Syftet har varit tvåfalt, dels att skapa en gemensam utgångspunkt, dels att från start försöka optimera förhållandet behov – åtgärd. Den andra strategin är att DELTA-samverkan skall ägas lokalt och stöttas centralt. Med "lokalt" skall förstås medarbetarna som i sitt dagliga arbete möter Hisingborna. Det är dessa medarbetare som bäst kan läsa av i vilka avseenden som välfärden fungerar eller inte fungerar och därmed kan vara av intresse för samverkan inom DELTA. Med "centralt" skall förstås samtliga övriga nivåer inom respektive organisation.

Utvärderingen

Uppdraget att utvärdera SOCSAM-försöken ligger på Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen. Årliga lägesrapporter har lämnats till regeringen. Senast den 1 december 2001 skall en slutrapport lämnas. I denna skall en sammanfattande rapportering och bedömning lämnas. De förhållanden som inte kan rapporteras vid denna tidpunkt skall rapporteras senast den 1 juli 2003.

Parallellt med den nationella utvärderingen har DELTA-samverkans politiska ledning, Beställarförbundet, redan i ett tidigt skede avsatt resurser för utvärdering av DELTA's olika aktiviteter och konsekvenser av dessa. Beställarförbundet har därmed betonat vikten av

systematik och konsekvens inte bara i identifiering, start och drift av aktiviteter, utan också i uppföljning med avseende på effekter och resultat för varje aktivitet.

Utvärdering av DELTA's aktiviteter har gjorts i form av självvärdering. Detta har varit ett naturligt val utifrån de två angivna strategierna för DELTA-samverkan. En strävan har även varit att uppföljning och utvärdering skall utvecklas till att bli en naturlig och integrerad del i arbetet. Varje aktivitet har därmed ägt sin egen utvärdering. DELTA's nätverk för utvärdering, sammansatt av representanter för ägarna och från olika institutioner eller motsvarande vid västsvenska högskolor och universitet, har lämnat riktlinjer för utvärderingsarbetet. Två representanter från universitetet har fortlöpande lämnat metodologiskt stöd till varje aktivitet. Varje aktivitet har uppmanats att skaffa en medbedömare som i slutskedet har gjort en så kallad kollegiebedömning av den då nästan färdiga rapporten.

Under arbetets gång har en gemensam struktur arbetats fram. Innebörden i denna är att varje aktivitet skall redogöra för sina förutsättningar, sin process och sina effekter/resultat. Dessa tre perspektiv skall anläggas på dels de Hisingebor som deltagit i aktiviteten, dels aktivitetens medarbetare, dels berörda organisationer. På detta sätt erhålls en matris med nio kombinationer. Olika instrument/redskap har använts för att beskriva och värdera innehållet i respektive kombination. Exempel är dagbok, enkäter, fokusgrupper, loggbok och EuroQol. Såväl individnivå som strukturer har belysts. I respektive rapport beskrivs det tillvägagångssätt som använts. En ambition har varit att inte enbart beskriva vad som åstadkommit och hur detta gjorts, utan även att reflektera över varför olika val och ställningstaganden gjorts

Det har varit angeläget att komplettera utvärderingen av varje aktivitet med värderingar av DELTA-samverkans effekter på dels respektive hemmaorganisation, dels samhällsekonomin. Detta har gjorts i särskilda studier. DELTA som lärande organisation har också studerats. Dessa tre studier har genomförts av representanter från högskola/universitet i DELTA-samverkans nätverk för utvärdering. Slutligen har en studie av läkemedelsförskrivningen vid Hisingens vårdcentraler genomförts.

Samtliga ovanstående utvärderingar är daterade 1 maj 2001. Under perioden fram till 1 augusti 2001 kommer sammanfattande utvärderingar att göras. En är en värdering av utvärderingen av DELTA-samverkan. En annan är en sammanfattande diskussion av de rapporter som lämnas den 1 maj 2001. Dessa båda rapporter tas fram av utvärderingsnätverkets medlemmar från universitet och högskola. De av nätverkets medlemmar som representerar huvudmännen, kommer att beskriva och värdera DELTA's arbete med utvärdering ur ett huvudmannaperspektiv. Slutligen kommer en rent beskrivande rapport att tas fram i syfte att redogöra för uppbyggnad, strategier etc för DELTA-samverkan.

I enlighet med grundprincipen för DELTA-samverkan ansvarar varje projektledare för sin rapport. Projektledarna har haft fortlöpande avstämningar med sina respektive styrgrupper, inklusive projektansvarig.

Hisingen 1 maj 2001

Johan Jonsson
Verkställande tjänsteman
Beställarförbundet DELTA på Hisingen

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning

1 Bakgrund

1.1	Problemområde	sid 1
1.2	Målsättning med projektet	sid 1
1.3	Målsättning med utvärderingen	sid 2
1.4	Metod för utvärderingen	sid 2

2 Deltagarna

2.1	Förutsättningar	sid 3
2.2	Processen	sid 4
2.3	Resultat	sid 6

3 Personalen

3.1	Förutsättningar	sid 10
3.2	Processen	sid 11
3.3	Resultat	sid 12

4 Organisation/Stödsystem

4.1	Förutsättningar	sid 13
4.2	Processen	sid 14
4.3	Resultat	sid 15

5 Slutsatser och reflektioner

sid 16

Källförteckning

sid 20

Bilagor

SAMMANFATTNING

Projektets huvudresultat är att genom samordnade bedömningar ha sett att målgruppen har en mer mångfacetterad och komplex problematik än vad som tidigare uppfattats. En problematik, som kräver stor respekt, förståelse och individinriktade insatser. Genom samsyn skapas en annorlunda helhetsbedömning, som inte är möjlig att uppnå av den enskilda myndigheten.

Målsättning med utvärderingen har varit att belysa effekterna av myndigheter i samverkan. Metod för utvärderingen har varit självvärdering kopplat till stöd från DELTAs utvärderingsnätverk samt externa medbedömare, som lämnat synpunkter på rapporten.

SOPHIE startade 1996 som samverkan mellan socialtjänsten, primärvården, försäkringskassan och arbetsmarknadsinstitutet och kom två år senare in under DELTA. Uppdraget har varit att pröva okonventionellt samarbete mellan myndigheter med inriktning på en process, där Hisingsbon får en kontinuitet i sin rehabilitering genom att individuella handlingsplaner med överenskommelser görs, vilka inbegriper alla i rehabiliteringsprocessen. Målgruppen har varit arbetslösa Hisingsbor, 20-60 år, aktuella hos minst två myndigheter och med behov av samordnad rehabilitering. Genom ett nytt integrerat arbetssätt förväntades nya kunskaper och erfarenheter växa fram. Målsättning har varit att öka deltagarnas arbetsförmåga för att kunna ta del av ami's verksamhet. En mindre del av projektets resurser skulle avsättas för samordnade bedömningar inför framtida försörjningsbeslut.

Projektets strukturerade utredningsmetodiken är central för att skapa samsyn i ärendena och för att få den nödvändiga delaktigheten från individen. Bedömningarna visar att individerna har en betydligt mer komplex problematik än vad som tidigare framkommit. Deltagarna har ofta svåra krislösningar och mycket stressymtom, vilka först måste bearbetas innan mer arbetsinriktade aktiviteter kan starta. Genom samordnad, metodisk och individinriktad rehabilitering kan arbetsförmågan öka trots en så komplex problematik.

Samordnad strukturerad bedömning ger bättre beslutsunderlag både för insatser och för försörjningsbeslut.

En tredjedel av deltagarna har börjat arbeta, studera eller ta aktiv del i arbetsförmedlingens åtgärder. För en del i gruppen bedömdes ändå inte anställning på öppna arbetsmarknaden vara möjlig. För hälften av deltagarna har rekommenderats försörjning genom försäkringskassan eller socialtjänsten pga arbetsoförmåga. Av dessa bedömdes hälften ha nedsatt arbetsförmåga under bestående tid.

Personalen har fått ett förändrat synsätt som innebär att Hisingsbon möts utifrån alla sina förutsättningar och behov och inte i första hand utifrån försörjning eller myndighetens behov. Vi har blivit mer generalister än specialister utan att vi blivit likadana. Vi har både fördjupat och breddat vår kompetens. Denna process har inte varit konfliktfri.

I projektet har följande strategiska utvecklingsområden inom rehabilitering uppmärksamats:

- systematiskt rehabiliteringsarbete i samverkan mellan myndigheter och Hisingsbor
- försörjningen under rehabiliteringstiden
- rehabiliteringsarbetsmarknad

1. Bakgrund

1.1 Problemområde

I ett dokument från juni 1995 formulerade chefsgruppen för tidig och samordnad rehabilitering på Hisingen en projektbeskrivning, där det konstaterades att 7000 personer hade sjukbidrag eller förtidspension. Hälften syntes ha erhållit detta på svaga medicinska grunder. Orsaken var mera att hänföra till arbetsmarknadsskäl. 4200 personer var utan arbete och hälften hade varit anmälda som arbetslösa mer än ett år. 720 personer var både sjukskrivna och arbetslösa. 2100 hushåll erhöll kontinuerligt socialbidrag under året pga arbetslöshet. En del av dessa Hisingbor hade flera myndighetskontakter och befann sig i en mer eller mindre ständigt pågående rundgång mellan myndigheterna utan att deras problem löstes. Chefsgruppen var enig om att en bättre samplanering mellan individ och de samverkande myndigheterna behövdes. De samlade resurserna skulle användas mer effektivt och till aktiva åtgärder istället för passiva.

1.2 Målsättning med projektet

Projektet startade 1996 efter gemensamt beslut inom chefsgruppen för tidig och samordnad rehabilitering på Hisingen. Det var ett av de projekt som angavs som exempel i Hisingens ansökan om att få bedriva försöksverksamhet i enlighet med Socsam-lagstiftningen.

Övergripande mål för projektet har varit att genom bättre samverkan bekämpa långtidsarbetslöshet och underlätta för svaga grupper, som är eller riskerar att bli utslagna, att komma in på arbetsmarknaden. Uppdraget var att pröva okonventionellt samarbete mellan ingående myndigheter med inriktning på en process, där Hisingbor får en kontinuitet i sin rehabilitering genom att göra individuella handlingsplaner med överenskommelser, som inbegriper alla i rehabiliteringsprocessen. Härigenom skulle rundgången förhindras och snabbare handläggningstider uppnås. Socialtjänsten, primärvården, försäkringskassan och arbetsmarknadsinstitutet på Hisingen skulle ingå i projektet.

När Sophieprojektet 1998 efter två års verksamhet kom med i DELTA-verksamheten, konkretiserades målen.

Inriktningsmål	- öka graden av egen försörjning genom arbete och därmed minska samhällets kostnader och individens bidragsberoende
-----------------------	---

Delmål	- genom samordnad bedömning kartlägga förutsättningar för arbetslivsinriktad rehabilitering - göra individuella rehabiliteringsplaner - föreslå framtida försörjning för de Hisingbor, som inte bedöms kunna få egen försörjning genom arbete - hitta nya arbetsformer utifrån en samsyn på ärendena - medverka till att berörda personalgrupper får en breddad och fördjupad kompetens
---------------	---

Målgruppen	- arbetslösa personer 20-60 år bosatta på Hisingen - aktuella hos minst två myndigheter - i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser
-------------------	---

Utöver bedömning och rehabilitering av de Hisingsbor, som antogs till projektet, skulle personalen ge konsultationer till handläggare i linjeorganisationerna om arbetsrehabilitering i enskilda ärenden. Den realistiska förstahandsmålsättningen bedömdes vara att deltagarna skulle bli "åtgärdsfärdiga" snarare än att direkt komma i arbete eller studier. Med åtgärdsfärdiga avses att deltagarna skulle kunna ta aktiv del av åtgärder inom af/ami. Effektmålen sattes till att **30 % skulle öka arbetsförmågan** till en sådan grad att de kunde komma ut i arbete, studier eller ta del av insatser från af/ami. **20 %** av remisserna skulle vara av typen "stoppa rundgång", där en **samordnad bedömning** behövdes för att ge ordinarie myndighet underlag för beslut om fortsatta rehabiliteringsförsök skulle göras eller ej samt underlag för beslut om framtida försörjning ifall arbetsoförmåga förelåg.

Genom ett nytt integrerat arbetssätt med en målgrupp, som har komplex problematik, förväntades nya kunskaper och erfarenheter växa fram, vilka skulle tas till vara för att utveckla rehabiliteringsmetodiken och kunskapen om målgruppen. Efterhand skulle personalen inom SOPHIE föra över vunna erfarenheter och kunskap till ordinarie verksamhet.

1.3 Målsättning med utvärderingen

Målsättning med utvärderingen har varit att belysa effekterna av samordnad rehabilitering av en målgrupp med komplex problematik om myndigheterna sitter samlade.

- Går det att få en samsyn i ärendena och i så fall hur kan detta uppnås?
- Ger den samordnade bedömningen nya kunskaper om målgruppen, vilka kan ligga till grund för utveckling av rehabiliteringsinsatser?
- Är projektets bedömningsmetodik framgångsrik som prognosinstrument för rehabilitering samt för att ge ett underlag för beslut om förtidspension?
- Blir resultatet av rehabilitering mer positivt när myndigheterna har en gemensam rehabiliteringsplan?
- Kan projektet visa på strategiska utvecklingsbehov inom rehabilitering?
- Hur kan projektets erfarenheter implementeras i ordinarie verksamhet?

1.4 Metod för utvärderingen

Personalen valde att arbeta med självvärdering för att inom gruppen få möjlighet till reflektion och analys av det egna arbetet. Dessutom önskades extern utvärdering utifrån personalens lärande-perspektiv, vilket tillgodosågs genom att SOPHIE projektet utvaldes att ingå i den studie som Mats Eriksson, Karlstads Universitet, genomförde med temat Lärande Organisation. Ingela Andreasson, DELTA och Jan Holmer, Göteborgs universitet, har varit samtalspartner angående utvärderingen och bidragit med värdefullt stöd. Inger Nyström, Länsarbetsnämnden och Eva Barregård, Göteborgs kommun har som externa medbedömare lämnat synpunkter på rapporten.

Självvärderingen har strukturerats enligt den manual, som finns beskriven i "Att utvärdera projekt" utgiven av Länsarbetsnämnden. I denna plan tas information fram avseende deltagare, personal och organisation/stödsystem om förutsättningar, process samt vilka resultat som uppnåtts. Informationsinhämtandet har bestått av datainsamling via dels för hela Socsam-försöken gemensamma frågeformulär och mätinstrumentet Euroqol, dels för projektet specifika fakta, bedömningsformulär, enkäter till deltagarna, kolleger/chefer inom hemorganisation och styrgrupp, personalens egna anteckningar bland annat via dagböcker samt diskussioner inom arbetsgruppen. Hela personalgruppen inklusive konsultläkaren har medverkat i utvärderingen och bidragit med värdefulla synpunkter på rapporten.

Olika populationer förekommer i utvärderingen. Fr o m 1998 blev Sophie ett DELTA-projekt vilket innebar en nystart. Redan då fanns deltagare igång i projektet och dessa finns med i utvärderingen. Enkäter med Euroqol och Socsam-frågor började användas 1999. Resultaten från dem omfattar endast personer, som startade tidigast januari 1999.

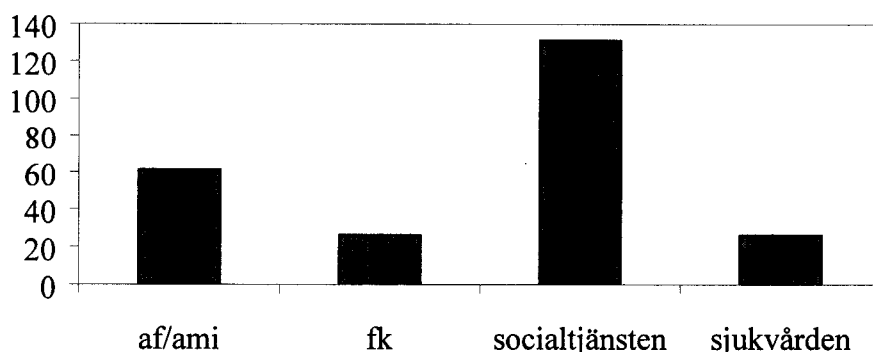
2 Deltagarna

2.1 Förutsättningar

Alla ingående myndigheter har haft möjlighet att remittera Hisingsbor till projektet för att få en samordnad bedömning av individens rehabiliteringsförutsättningar samt för att få en individuellt upplagd rehabiliteringsplan utifrån olika myndigheters ansvarsområde. Rätt snart framkom att det fanns en mängd olika tolkningar av projektets uppdrag och dess målgrupp. I den diskussion som ägde rum inför övergången till DELTA klarlades att verksamheten skulle vara en bedömnings- och rehabiliteringsverksamhet för personer, vilka inom ett år kunde förväntas komma i åtgärd, som leder till arbete. För att också vara en resurs för bedömning av de ärenden där behov av stoppa rundgången förelåg, avsattes en del av projektets resurser för detta ändamål. Framför allt inom socialtjänsten hade uppmärksamats ett stort antal Hisingsbor, som var sjuka men ej berättigade till sjukpenning. Socialtjänsten saknade ofta både resurser och metoder för att framgångsrikt arbeta med denna grupp och många remitterades till SOPHIE för att få ett underlag för eventuell pensionsprövning.

Socialtjänsten inom de olika stadsdelsförvaltningarna på Hisingen har varit den största inremittenten. Dess andel av remisserna har minskat under åren, medan af/ami har ökat sin andel efterhand. Antalet remisser från sjukvården och försäkringskassan har varit relativt konstant. Ofta har remissen skrivits i samförstånd mellan myndigheterna och det är därför svårt att uttala något bestämt om hur behoven varierar hos ordinarie verksamhet.

Remisser 1998-2000 N=244



555 Hisingsbor har remitterats till projektet från start 1996. Av dessa har 244 personer inremitterats under DELTA-åren 1998-2000. 95 deltagare var igång i projektet vid DELTA-starten vilket innebär att sammanlagt 339 Hisingsbor varit aktuella i SOPHIE under dessa tre år. Dessutom har 134 konsultationer gjorts i ärenden där personalen deltagit i diskussioner utan att ansvaret tagits över.

Bland deltagarna dominerar de, som när de startade i projektet uppbar försörjningsstöd. En del i denna grupp hade försörjningsstöd som komplement till sjukpenning eller arbetslöshetsersättning. Under åren har de med enbart försörjningsstöd minskat i andel medan en ökning noterats för personer, som uppbar sjukpenning eller ersättning från arbetslöshetskassa.

Ur de 244 remisser, som antogs under 1998-2000 är följande uppgifter hämtade. Variationen i ålder har varit stor med 40 år som medelålder. Kvinnorna har utgjort 2/3 av gruppen. Deltagarna har haft sitt ursprung från i stort sett hela världen, ca 30 olika födelseländer förekommer. En stor del av deltagarna kommer från forna Jugoslavien, Turkiet, Iran och Irak. Hälften av målgruppen är födda utanför Sverige. Till detta kommer att en del är andra generationens invandrare, vilket innebär att projektets deltagare har en större andel med utländsk härkomst än Hisingen som helhet. Ingen större förändring under de senaste två åren har skett avseende dessa variabler. Ur Euroqol-materialet (131 personer) kan utläsas att 29 % av deltagarna är ensamstående med barn. 41 % har högst grundskola som grundutbildning.

Ärendena delas in i två kategorier. **Bedömningsärende** är ärende där enbart kartläggning och samordnad bedömning om rehabiliteringsförutsättningar gjorts. **Rehabiliteringsärende** är de deltagare, för vilka även någon form av samordnad rehabiliteringsplanering gjorts, oavsett om rehabiliteringen har varit av medicinsk, social och/eller arbetslivsinriktad karaktär. SOPHIE-personalen har haft ansvar för rehabiliteringsplanen, inköp av aktiviteter samt startat och följt upp insatserna. Bedömningsärendena har minskat något, då vi istället har försökt att göra konsultativa insatser i en del ärenden.

När vi redovisar statistiska uppgifter i rapporten separeras inte de två grupperna. Eftersom projektet tagit emot en del remisser enbart för att göra en samordnad bedömning för att föreslå framtida försörjning, som tidigare nämnts, har vi valt att särskilja grupperna när Euroqol-värdena avseende livskvalité och hälsotillstånd redovisas i avsnitt 2.3.

2.2 Processen



När **remissen** inkommer, med samtycke om upphävande av sekretessen mellan myndigheterna, tar personalen fram respektive myndighets uppgifter i ärendet. Dokumentationen hos försäkringskassan och af/ami följer med individen oavsett flyttning och har därför varit lätt att få fram medan socialtjänsten i första hand haft dokumentation från den stadsdelsförvaltning, där personen nu bor. Sjukvårdens representant inom projektet saknar möjlighet att i detta läge få fram information utöver det som framkommer av remiss. Ofta noteras att olika myndigheter har kompletterande uppgifter, som är av betydelse för utredningen och att samverkan mellan handläggare i olika organisationer inte ägt rum. Arbetsgruppen går igenom aktuell information och tar beslut om remissen skall antas eller ej. I de fall ärendet inte tas in skrivs en rekommendation om fortsatt handläggning utifrån de uppgifter som inhämtats från respektive myndighet. Rekommendationen skickas som remissvar till inremittent.

Tiden i projektet för Hisingens börjar med **kartläggningssamtal** med fokus på förutsättningar för att starta rehabilitering med mål att komma ut på arbetsmarknaden. Deltagarna träffar under

denna fas minst två, ibland upp till fyra, av projektets myndighetsrepresentanter beroende på problematik. Projektets socionomer/socialsekreterare och sjukgymnast har haft samtal med i stort sett alla deltagarna, då den sociala situationen och hälsan/ohälsan behövs kartläggas hos alla. Vid behov deltar även en extern arbetspsykolog i kartläggningarna. Inremittentens representant inom projektet har vanligen fungerat som kontaktperson för deltagaren. Kontaktpersonen har haft ansvar för att vara sammanhållande, se till att kartläggningen fortskrider samt att ge information tillbaka till inremitterande myndighet.

Kartläggningsfasen avslutas med ett möte där projektets handläggare från respektive myndighet samt projektets konsultläkare sitter ner för att göra den samordnade bedömningen. Detta görs utifrån en metodik som kallas **STRUT (strukturerad rehabiliteringsutredning)**. STRUT-bedömningen betonar helheten och tar hänsyn till faktorer av betydelse för arbetsrehabilitering ur medicinska, psykologiska, sociala och arbetsmarknadsmässiga aspekter. Metodiken är utarbetad av två läkare, leg läk, med dr Curt Nyström och leg läk Orvar Nyström, som båda är engagerade som handledare och konsultläkare i projektet. Vid bedömningen tas hänsyn till de uppgifter som kommit fram i samtalen med deltagarna samt de uppgifter som inhämtats från respektive myndighet. Bedömningen görs av områdena: sjukdom och psykosociala hinder samt dess konsekvenser för arbetsförmågan, resurser och prognos för ökad delaktighet i arbetslivet. Tillsammans med konsultläkaren har arbetsgruppen gjort en sammanfattning och analys av individens rehabiliteringsförutsättningar och en första diskussion om möjliga rehabiliteringsinsatser har skett inom gruppen.

STRUT-bedömningen ligger till grund för den fortsatta handläggningen. Bedömningen ger underlag för förslag till beslut om försörjning, diskussion om rehabiliteringsaktiviteter och vilka tidsaspekter på insatserna som kan förväntas. Ambitionen finns att kommunicera denna bedömning till alla som deltar i handläggningen i hemorganisationerna. Som regel får inremittent hos socialtjänst och sjukvård information om bedömningen och planerade insatser, då dessa har fortsatt ansvar i ärendet. För remisser, som inkommer från försäkringskassan, övergår myndighetsansvaret till rehabhandläggaren inom projektet. På liknande sätt överlämnas oftast handläggansvaret inom af/ami till projektets ami-representant. Om den samordnade bedömningen visar att arbetsoförmåga föreligger av medicinska skäl kopplas detta tillbaka till sjukvården, för att få en diskussion med aktuell behandlingsläkare. Många av deltagarna har inte aktuella läkarkontakter. När de kontaktar vården är det ofta på akutbesök, vilket omöjliggör för sjukvården att få en helhetsbedömning av hälsotillståndet. När behov uppkommer hjälper personalen i projektet till att motivera individen för att skapa en kontinuerlig läkarkontakt.

Bedömningen diskuteras med deltagaren vid ett samtal, där en eller två av personalen medverkar. I detta möte är det mycket viktigt att ge möjlighet för individen att reflektera över om personalen uppfattat problematiken på rätt sätt och huruvida bedömningen ger en realistisk bild av de personliga förutsättningarna. En betydelsefull hörnsten i projektets arbete är att individen är delaktig. Detta skapas med hjälp av en förtroendefull arbetsrelation och tillit till individens egen förmåga. En diskussion startas om rehabiliteringsinriktning och deltagaren får ta aktiv del i beslutet. **En individuell rehabiliteringsplan** "skissas" upp där mål, innehåll, tidsperspektiv och försörjning framgår. Ofta handlar det om mycket tidiga och långsiktiga rehabiliteringsinsatser och då är det svårt att från början konkretisera mål och innehåll. En viktig del i detta skede är motivationsarbetet som sker både genom samtal och genom att deltagare och personal går på studiebesök på lämplig aktivitet. Efterhand som rehabiliteringsprocessen framskrider planeras nya insatser. Kontaktpersonen har **kontinuerlig uppföljning** med deltagaren för att stödja, reflektera över och bearbeta vad som händer samt planera nästa steg. Här finns möjlighet att snabbt koppla in en kollega om behov uppstår av en annan kompetens. En viktig del i arbetet med uppföljning är att skapa bra balans mellan krav och stöd, så att deltagaren kommer in i en positiv utveckling.

Över huvud taget krävs en stor flexibilitet i alla avseenden för att åstadkomma en god rehabilitering, där deltagaren upplever delaktighet.

Rehabiliteringsaktiviteterna ligger helt utanför SOPHIE. Projektet har egen budget för att köpa insatser och det har funnits en ambition att pröva nya och okonventionella verksamheter. Mycket tid har lagts ned på att finna passande aktiviteter och efterhand har, bland annat via DELTA, nya verksamheter startat, som underlättat rehabiliteringen. Projektet har kunnat köpa insatser utifrån individens behov oavsett vilken försörjning individen har haft.

När **arbetslivsinriktade aktiviteter** påbörjas har ami-handläggaren ett större ansvar för rehabiliteringen. Från början planerades att deltagarna i detta skede skulle remitteras vidare till ami. Det skulle finnas en "rehabgaranti" för SOPHIE-ärenden in till ami, dvs efter 6 månaders lyckad arbetsträning skulle ami ta över ärendet. Detta har dock inte helt kunnat uppfyllas, vilket lett till att väntetid och därmed avbrott i rehabkedjan uppstod. Ami har heller inte haft resurser att ha ett så individinriktat arbetssätt, som dessa deltagare behöver. Vi fortsätter därför ofta inom projektet med de arbetslivsinriktade insatserna. Ami-handläggaren yrkesvägleder, följer upp arbetsprövning och tar beslut om olika former av anställningsstöd. I perioder när ami-resursen i projektet varit liten har även övrig personal deltagit i detta arbete.

Personalen har följt projektdeltagarna fram till en varaktig aktivitet, som **anställning, utbildning eller insatser inom af/ami**. I den mån deltagaren önskat ha fortsatt uppföljande kontakt med projektet har detta skett under en övergångstid.

Deltagarnas behov har fått styra rehabiliteringstidens längd. Variationen har varit från 6 månader upptill 5 år.

2.3 Resultat

*"Synen är noll på de långa distanserna!
På nära håll finns de många nyanserna!"
Tage Danielsson*

Projektet har tagit emot en grupp med en betydligt mer sammansatt problematik än vad som planerats. Även om en viss ändring i form av minskad komplexitet märkts, så står denna grupp som helhet långt från arbetsmarknaden. Samtliga myndigheter har ett mycket stort behov av att göra samordnade bedömningar, både för att få underlag till rehabilitering och för att få underlag för beslut om framtida försörjning. Arbetsgruppen har tillsammans med konsultläkarna gjort cirka 200 STRUT-bedömningar för att bedöma förutsättningar att starta arbetslivsinriktad rehabilitering. I vår utvärdering finns 144 stycken databearbetade. De bedömningar som utesluts är de, som gjordes det första året 1997 under upplärningstiden. Resultatet följer här nedan som en beskrivning av en del av de faktorer som tillmäts betydelse för rehabiliteringen. Uppgifterna är från bedömningen, som görs under deltagarens första månader i projektet och som sedan ligger till grund för rehabiliteringen, (STRUT IN).

Ambitionen finns att inom projektet även göra en bedömning av samma faktorer efter rehabiliteringsinsatserna för att bedöma vilka variabler som bearbetats och hur resultatet påverkats av detta (STRUT UT). På grund av den långa rehabiliteringstiden är antalet slutförda ärenden med avslutande STRUT-bedömning alltför litet för att göra statistiska beräkningar. Förhoppningen finns dock att det kan göras under den fortsatta projektiden. Detta arbete är en god grund för att

utvärdera STRUT som metod för bedömning och som prognosinstrument för rehabiliteringsresultat.

Bedömningarna enligt STRUT-metodiken har gett värdefull ny kunskap om målgruppen och dess behov.

Nästan alla, 97 % i gruppen har upplevt mycket svåra **traumatiska livshändelser** inom flera centrala livsroller. Exempel på sådana livshändelser är sexuella övergrepp, förlust av hälsa som medfört stora förändringar i livet, långvarig arbetslöshet och till följd därav bidragsberoende och ofta ekonomiska svårigheter, krigsupplevelser, flykt/flytt från sitt hemland och därmed inte sällan förlust av familj, kultur och social identitet. 96 % bedömdes ha en **krislåsning** kopplad till något eller några av de trauman individen upplevt. 44 % har så kraftig krislåsning utifrån de traumatiska händelserna, att låsningen bedömdes vara av sjukdomsvalör. 96 % bedömdes inte ha de bästa **redskapen i form av psykiska försvar** för att bearbeta dessa livshändelser, vilket bland annat kan förklara att de fastnat i en krislåsning trots att flera år gått sedan händelsen. Ett exempel är en person som upplevt ett trauma och inte vill prata om händelsen utan lägger locket på och istället fastnar i en krislåsning. Ett annat exempel är en invandrare, som egentligen inte accepterat att bo i Sverige, inte lärt sig svenska språket och har en stark hemlängtan.

Hälften av gruppen bedömdes ha en **nedsatt aktivitetsförmåga av medicinska skäl** av sådan grad att ingen eller mycket ringa arbetsförmåga kunde skönjas. Dessa personer återfanns hos alla myndigheterna och försörjningen var inte alltid kopplad till de medicinska skälen. Olika värdetillstånd, ofta utan somatisk grund, samt ångest, oro och depressioner var de diagnoser, som oftast förekom. För de flesta i denna grupp bedömdes nedsättningen av arbetsförmågan kvarstå minst ett år framåt. Dessutom framkom hos 55 % av gruppen så mycket **autonom dysfunktion/stressreaktioner** att det bedömdes utgöra hinder för att klara en rehabiliteringsaktivitet eller arbete. Stressreaktioner visade sig som sömnstörningar, oro, koncentrationssvårigheter, yrsel, illamående mm. För denna grupp blev det viktigt att först diskutera vad som låg bakom och gav stress. Aktuella behandlingsläkare hade sällan beaktat konsekvenserna av dessa stressreaktioner vid bedömning av arbetsförmågan.

Stressreaktioner/autonom dysfunktion ökas bland annat av arbetslöshet, bristande kontroll över centrala delar av livet och krislåsning. Alltför hög stressnivå gör det omöjligt att klara ett arbete eller rehabiliteringsinsats. Därför inriktas aktiviteterna i projektet på att lösa de livssituationer som ger stress. Tyvärr har många av deltagarna levt under svåra livsomständigheter under lång tid. Stresstillståndet kan till följd av detta bli kroniskt, vilket gör det svårare att påverka. Yttre faktorer, som liten efterfrågan på arbetsmarknaden och bidragsberoende, påverkar tilliten till den egna förmågan till egenförsörjning och ligger utanför projektets kontroll. För att kunna samla energi för en förändring, som leder till arbete måste individen vara i en nyorienteringsfas och ha kommit ur krislåsningsen. Många personer, som remitteras till Sophieprojektet, är inte i en nyorienterings. Linjeorganisationernas utredning är ibland alltför ytlig och visar inte ofta på individens alla behov. Då kan lätt felaktiga krav, som t ex att vara arbetssökande, ställas på personer, som inte har tillräckliga förutsättningar att klara ett arbetsåtagande. Ibland används inte den information om tidigare bedömningar och insatser som finns i ärendet, utan individen remitteras vidare till en ny bedömning och åtgärd utan att något i grunden förändrats.

Flera av deltagarna har svårt att förstå sambandet mellan kroppsliga och emotionella reaktioner. Detta är ibland svårt att motivera individerna att ta itu med. Helhetsinriktad sjukgymnastik, t ex basal kroppskännedom, gärna kopplat till psykoterapi har visat sig kunna ge påverkan. Flera av de satsningar, som gjorts inom DELTA t ex Hälsodisken, Värkstaden, Hälsoläget och utökade team

på vårdcentralerna är exempel på värdefulla aktiviteter för den här målgruppen. Behovet av psykosomatiska behandlingsinsatser är större än tillgången.

40 % av gruppen har något **språkligt hinder** vilket försvårar social funktion och arbete. Språkliga hinder innebär ökad risk för misslyckad rehabilitering. God språkförståelse ger möjlighet till kommunikation, bättre självförtroende, färre missförstånd och är en viktig merit för att komma ut i arbetslivet. 89 % av deltagarna uttrycker att de **inte har egna resurser att förändra sin situation** utan har svårigheter att se sitt eget ansvar för att rehabiliteringen skall lyckas. **Lång arbetslöshet, misslyckade rehabiliteringsförsök, inget yrke att återgå till, aldrig haft ett vanligt lönearbete, många års rundgång mellan arbetsmarknadspolitiska åtgärder och arbetslöshet** är faktorer, som utgör hinder för alla i gruppen. 94 % bedömdes ha en subjektivt upplevd **framtidssbild** som utgör ett rehabiliteringshinder. Kan beskrivas som "jag måste bli frisk först" eller "det finns ändå inget jobb till mig".

*"För den trötta samhällskroppen
vore kanske bästa boten
ifall tankarna från toppen
kom från roten."*

Tage Danielsson

Endast 10 % av deltagarna bedömdes ha full **arbetsförmåga** att använda i arbetslivet inom en snar framtid. De flesta har **låg grundutbildning och saknar yrkesutbildning eller andra yrkesmässiga meriter**. Många har haft fysiska arbeten, som inte kräver utbildning, vilka de inte kan återgå till, när hälsan sviktar. 7 % har **yrkeskunskaper/färdigheter** som är attraktiva för arbetsmarknaden och endast 1 % har **förankring på arbetsmarknaden**. En del har aldrig haft en anställning utan deras arbetslivserfarenheter består av olika arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Enbart 16 % bedömdes ha så god **prestationsförmåga** att använda sin kraft i rehabilitering/arbete att det är en positiv resurs i rehabiliteringen. 54 % bedömdes behöva en så pass **anpassad arbetssituation** att mycket resurser behöver läggas ner för att hitta lämplig arbetsplats. Det kan innebära en mycket smal nisch av arbetsmarknaden eller oftast en "alternativ arbetsmarknad", och det behövs att högt ekonomiskt stöd till arbetsgivaren ges till arbetsgivaren för att göra det möjligt.

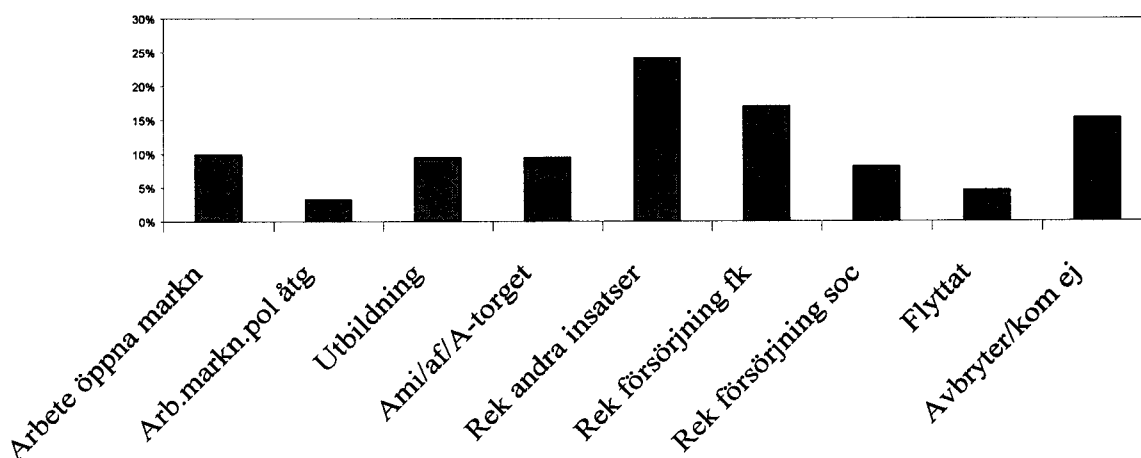
Som tidigare omtalats har projektet tagit emot två grupper av deltagare. Dels en grupp, som behöver samordnad rehabilitering inför arbetsåtergång och dels en grupp för vilka en samlad bedömning behövs för att ge underlag för framtida försörjningsbeslut. Uppdelning i de två grupperna har skett efter STRUT-bedömningen. Eftersom arbetet med dessa grupper har olika mål har vi delat upp Euroqol-värdena på resp grupp. I vårt material utgör bedömningsärenden 20 %. Vid start i projektet skilde sig grupperna åt på det sättet att rehabiliteringsgruppen hade något högre värden på frågeformulär som mäter livskvalité och upplevd hälsa. Högre värde visar på högre upplevd livskvalité och bättre upplevd hälsa. Efter ett år var skillnaden än större. De flesta i rehabgruppen hade upplevt att hälsotillståndet hade förbättrats eller var oförändrat till skillnad från bedömningsgruppen där de flesta uttryckte att deras hälsotillstånd försämrats. Även om detta material är litet kan vi se tendensen till att våra samlade bedömningar ger en bra möjlighet till prognos. De deltagare, som ingår i rehabgruppen bedömdes genom STRUT ha potential till förändring. Vi kan på grupp-nivå i enkätsvaren konstatera att en positiv förändring skett. På samma sätt kan vi se att den andra gruppen, som inte bedömdes ha rehabiliteringspotential beskriver ett försämrat hälsotillstånd efter ett år. Projektet kommer att fortsätta samla in mer data för att

möjliggöra säkrare statistiska bedömningar. Vi har för avsikt att följa upp deltagarna längre än ett år eftersom denna målgrupp behöver lång rehabiliteringstid.

Genom projektets breda utredning, där flera yrkeskompetenser samverkar, upptäcks ofta ytterligare behov hos individerna. Vid flera tillfällen har medicinska problem identifierats, där SOPHIE remitterat vidare till medicinsk undersökning. STRUT-utredningen har gett en mer nyanserad bild, som kunnat förklara tidigare misslyckade rehabiliteringsförsök.

Vad har hänt efter bedömning och rehabilitering

Under Deltaåren 1998-2000 har 225 Hisingbor avslutat projektet.



32 % av deltagarna **har fått ökad arbetsförmåga** och gått vidare till arbete, utbildning eller fortsatta insatser på af/ami/a-torget vilket var projektets primära målsättning. Målet var 30 %. I denna grupp har 10 % fått arbete med eller utan lönesubvention från af/ami.

24 % har avslutats med **rekommendation om medicinska, psykologiska och sociala insatser av behandlings- eller rehabiliteringskaraktär**. Dessa personer bedömdes ha behov av ytterligare insatser under minst ett år, varför projektets rehabiliteringsaktiviteter inte tidsmässigt kunde komma ifråga. För dessa deltagare fick socialtjänsten eller försäkringskassan rekommendation utifrån STRUT-bedömningen om vilka insatser, som skulle behövas.

25 % bedömdes ha så nedsatt arbetsförmåga att de i framtiden behöver en **offentlig försörjning**. För denna grupp rekommenderades framtida försörjning i form av förtidspension från försäkringskassan eller i form av försörjningsstöd från kommunen, beroende på om arbetsförmågan var nedsatt av medicinska skäl eller av sociala och psykologiska skäl. Socialförsäkringsnämnden har beslutat i enlighet med projektets rekommendationer och endast i några ärenden har nämnderna bett om kompletterande uppgifter inför beslut. Vid olika tillfällen har representanter från nämnderna berättat om sin uppskattning av projektets samlade och nyanserade bedömningar, vilka ligger till grund för rekommendationerna om sjukbidrag eller förtidspension. Socialtjänsten har alltmer godtagit de slutgiltiga bedömningarna om fortsatt försörjningsstöd och därmed inte ställt krav på arbetsinriktade insatser.

19 % **flyttade från Hisingen eller avbröt** sitt deltagande i projektet. Dessa personer kom företrädesvis från socialtjänsten. Ofta fanns en komplex problematik, som förklarar bortfallet. En

del av dessa har remitterats för tidigt, då motivationen eller förmågan till förändring inte varit tillräckligt stor. De som avbröt gjorde det oftast under kartläggningsfasen.

Deltagarna har ofta uttryckt sin uppskattning av att vi lyssnat på dem, bekräftat dem och att rehabiliteringen gått i deras egen takt. Många har varit positiva till att aktiviteterna varit skraddarsydda för dem och tillkommit på deras eget initiativ. De har lätt kunnat få kontakt med handläggare från de olika myndigheterna, eftersom vi suttit samlade. Andra positiva omdömen har varit att deltagarna har känt trygghet, då projektet har kunnat följa dem under en lång tid, ibland flera år.

Vårt arbete visar att samordnad, metodisk och individinriktad rehabilitering för en målgrupp med så komplex problematik ger resultat. En del får ökad egenförsörjning genom lönearbete. Rehabilitering är dock en långsiktig process och effekter kan inte förväntas förrän efter 3-4 år. En af-resurs måste finnas för att skapa möjligheter för deltagaren att få framtidstro om arbete, ge arbetslivsinriktning i rehabiliteringen samt för att undanröja glapp i rehabkedjan även om SOPHIEs insatser sker på en tidig nivå.

3 Personalen

3.1 Förutsättningar

Personalsammansättningen har sedan våren 1997 varit stabil. Den består av 2 socialsekreterare representerande socialtjänsten, 1 rehabhandläggare representerande försäkringskassan, 1 sjukgymnast representerande sjukvården, 1 handläggare representerande arbetsmarknadsinstitut/arbetsförmedling samt 1 projektledare. Alla har varit på heltid. Ami-representanten har dock i olika perioder tjänstgjort på deltid i projektet och den övriga tiden på ami.

En viss omsättning av personal har förekommit under åren. Främst är det representationen från ami som av olika anledningar bytts flera gånger. Sjukvårdens handläggare har nyrekryterats, då den första sjukgymnasten återgick i sin gamla tjänst. Omsättningen på ami-tjänsten kanske kan förklaras med att tjänsten aldrig utannonserats utan tillsatts utifrån omdisponeringar i ordinarie verksamhet. Från början rekryterades projektledaren från socialtjänsten eftersom kommunen var projektansvarig. Efter två år slutade den första projektledaren och dåvarande ami-tjänsteman tillsattes som projektledare. Detta sammanföll med DELTA-starten.

Personalgruppen har sedan starten av DELTA bestått av 6 kvinnor med liten variation i ålder. De flesta har haft lång erfarenhet i sitt yrke och från sin hemmamyndighet. Några i personalgruppen hade sin yrkestillhörighet på Hisingen och hade därmed ett uppbyggt nätverk, medan andra i arbetsgruppen tidigare inte arbetat inom dessa stadsdelar.

Personalen har haft olika förutsättningar från de olika samverkande myndigheterna. Myndighetsutövning, tillgång till myndighetens dataregister, information från hemorganisation, kompetensutveckling och styrning har varierat. Försäkringskassans och ami's representant i projektet har haft myndighetsutövning. De har även fått förutsättningar i form av datoruppkoppling, internutbildningar, kontinuerlig information och krav/önskan att närvara/medverka vid olika personalsammankomster inom sina hemorganisationer. Socialsekreterarna har haft sina projektjänster kopplade till projektansvarig stadsdel, där ingen av dem tidigare varit verksam, men de har fått representera alla sex stadsdelsförvaltningarna på Hisingen. Under åren har deras kontakt med hemorganisationen varierat men de har efterhand uppmärksammats mer och inbjudits till personalmöten och utbildningar. De har inte någon myndighetsutövning utan alla beslut i biståndsfrågor har handlagts av hemorganisationen. Tidigt under projektiden fick projektet

tillgång till socialtjänstens datasystem. Ur detta kan uppgifter hämtas om deltagaren är eller har varit känd inom socialtjänsten. Hösten 1999 fick socialsekreterarna datoruppkoppling till kommunens intranet medan sjukvårdens representant fortfarande (april 2001) ej är ansluten till sjukvårdens digitala informationssystem. Projektets sjukgymnast var från början finansierad via Dagmarmedel och senare via DELTA, vilket innebar att hemorganisationen inte haft resurser för kompetensutveckling, datoruppkoppling mm. Organisatoriskt har tjänsten tillhört primärvårdsrehab, som också inbjudit till personalmöten. Sjukgymnasten har inte något kliniskt behandlingsansvar. Socialsekreterarna och sjukgymnasten har varit helt frikopplade från sina ordinarie tjänster och åtaganden i hemorganisationen medan främst rehabhandläggaren från fk och i viss mån ami-representanten har haft krav från sin linjeorganisation att utföra uppgifter, som inte varit kopplade till projektet.

3.2 Processen

"Vi byggde vägen under tiden som vi gick den".

Personalen förde med sig olika kulturer, arbetsmetoder och språk. Det var svårt att hitta ett gemensamt arbetssätt, då det fanns en mängd olika uppfattningar om både mål och metod såväl inom linjeorganisationerna som inom projektet. Projektbeskrivningens visioner stämde inte överens med den verklighet i form av inkommande remisser som fanns. Detta skapade stor frustration i arbetsgruppen och det uppstod lätt konflikter mellan våra roller. Den frustration, som Hisingsbo fick bära när hans ärende skickades mellan olika myndigheter, fick nu projektgruppen känna på själva. Konflikterna i regelsystemen och myndigheternas egna målsättningar lämnade en gråzon, där nya lösningar fick konstrueras och gränserna tänjas med syfte att skapa en lämplig rehabiliteringsplan. Till en början var det inte lätt att hitta lösningar och det kunde då uppstå konflikter i personalgruppen.

En del studiebesök på liknande verksamheter gjordes och efterhand kunde en struktur börja byggas. Cirka ett år efter starten hade projektet en utbildningsdag i STRUT-metodiken efter tips av försäkringskassans representant i styrgruppen. Under andra verksamhetsåret hade personalen återkommande handledningstillfällen av de två läkare, som utarbetat STRUT. Metoden var ny och ingen i personalgruppen eller myndigheterna hade tidigare arbetat med denna metodik. Projektgruppen kunde utveckla arbetsformen och sina yrkesroller utifrån den nya kunskapen. Det tog ändå över ett år efter första utbildningsdagen i STRUT innan gruppen kunde enas om att göra alla samordnade bedömningar med utgångspunkt i metodiken. Detta ledde så småningom till att metoden blev det centrala inslaget i bedömningen, och därifrån byggdes projektets struktur. O:et i SOPHIE står för okonventionell och det har hela tiden varit en ledstjärna att pröva nya tänkesätt och metoder. Personalen har lagt ner stor möda på att hitta nya rehabiliteringsinsatser utifrån den enskilda deltagarens behov. "Vi byggde vägen under tiden som vi gick den". Arbetet utifrån STRUT har fått arbetsgruppen att hitta gemensamt språk, förhållningssätt och kunskap, vilket efterhand har blivit en framgångsfaktor.

I den samordnade bedömningen deltar alla myndigheter, som ingår i projektet, tillsammans med konsultläkaren. Sjukgymnasten träffar alla deltagare för kartläggning och har ansvar att återkoppla bedömningen till behandlande läkare. Detta är en stor arbetsbelastning, då det många gånger är svårt att få kontakt med läkarna på vårdcentralen. Allt oftare är STRUT-bedömningen ett viktigt underlag för sjukskrivning och det blir betydelsefullt att få till stånd en dialog med behandlingsläkaren. Socialsekreterarna är två och träffar som regel alla deltagare men de delar upp deltagarna mellan sig efter stadsdel. Även de har ett ansvar att lämna information om bedömningen till ansvarig handläggare på socialtjänsten. De två socialsekreterarna har mestadels ett större ansvar än övriga att skriva ut STRUT-bedömningen, som underlag för kommunikering

med hemorganisation samt avslutande sammanfattning efter rehabiliteringsinsatserna. Projektets handläggare från fk och ami träffar ett mindre antal av deltagarna vid kartläggningen och kan ofta använda sig av befintligt utredningsmaterial från hemorganisationen. I gengäld har de myndighetsutövning, som kräver att utredning och beslut dokumenteras fortlöpande och i enlighet med hemorganisationens krav. Personalen har således olika arbetsuppgifter och krav. Detta har hanterats väl i gruppen för att så långt som möjligt utjämna arbetsbelastningen. Arbetsgruppen har ett gemensamt ansvar för bedömning och rehabilitering men huvudansvar att driva processen åligger kontaktpersonen. Med tanke på att deltagarna har en komplex problematik har vi valt att flera ur personalgruppen är engagerade under rehabiliteringsfasen.

Utbildningar i "Kognitivt förhållningssätt" och "Motiverande samtal" har genomförts men det som betytt mest i lärandet är nog de ständigt återkommande diskussionerna såväl avseende deltagarnas rehabilitering som konflikter mellan regelsystemen. Personalgruppen träffas varje vecka vid remissmöte, möte för ärendediskussion eller STRUT-bedömning samt personalmöte, vilket innebär många möjligheter till dialog och reflektion. Gruppen har lagt ner mycket tid på gemensamma sittningar då den mångfacetterade problematiken hos deltagarna kräver en mångfacetterad kompetens. Personalen har gått på studiebesök, föreläsningar och seminarier i syfte att skaffa mer kunskap om gruppen och dess behov.

3.3 Resultat

Personalens lärandeprocess finns mer ingående beskriven i Mats Erikssons utvärdering med temat Lärande Organisation.

Personalen har fått ett förändrat synsätt som innebär att Hisingsbon möts utifrån alla sina förutsättningar och behov och inte i första hand utifrån försörjning eller myndighetens behov. Arbetsgruppen har skapat samsyn genom interdisciplinärt teamarbete, dvs vi har åstadkommit en kreativ arbetsprocess där vi tillsammans gör en bedömning om individens rehabiliteringsförutsättningar. Från början fogar varje handläggare sin del till kartläggningen men sedan kan vi tillsammans göra mer. En annorlunda helhetsbedömning skapas, som inte är möjlig att uppnå av den enskilde handläggaren eller myndigheten. Olika infallsvinklar ger mer kunskap och mer nyanser i kartläggningen av Hisingsbon. 1+1=3!!!!!!

För att denna samsyn kring individens rehabiliteringsförutsättningar skall uppnås behövs

- rätt kompetens finnas samlad
- beredskap att lyssna på varandras kompetens
- respekt och tillit till varandras kompetens
- att alla i personalteamet har träffat individen eller har tillgänglig information från hemorganisationen
- gemensam metodik

Projektet har hittat en arbetsmetodik, som ger tydligare arbete tillsammans med Hisingsbon. Utifrån den samordnade bedömningen och dess fokusering på hinder och resurser skapas via dialog med deltagaren en medvetenhet om vad en rehabiliteringsplan bör innehålla. Personalen har genom sin nyvunna kunskap och erfarenhet om rehabilitering i detta tidiga skede fått större möjlighet att hitta lämpliga och genomförbara rehabiliteringsinsatser. Lösningar kräver samverkan med hjälp av mångas ögon. Vi har lärt oss att inte starta rehabiliteringsinsatser förrän deltagaren är i en nyorienteringsfas. Först då har individen tillräckligt med energi och kraft att satsa på konkreta arbetsrelaterade insatser. Vi lyssnar in deltagarnas behov och önskemål och låter

individen ge förslag till lösningar och ger därmed möjlighet att utveckla det egna ansvarstagandet. Dessutom har vi insett att rehabiliteringsarbetet måste få präglas av uthållighet och långsiktighet.

Arbetsgruppen har utvecklat sin projektkompetens men inte i samma grad sin specialistkompetens. Vi har blivit mer generalister än specialister utan att bli likadana. Vi har både fördjupat och breddat vår kompetens. Det har varit svårt att uppehålla kontakten med yrkesprofessionen i hemorganisationen för de handläggare, som inte deltagit i hemorganisationens personalmöten, internutbildningar etc. Detta kan göra det svårt att efter projekttiden återgå i ordinarie verksamhet i linjeorganisationen.

På grund av den mångfacetterade problematik, som finns hos målgruppen, har personalen lagt mycket tid på att utreda och sammanställa grundfakta. Mer tid har krävts för utredning än vad som kanske var beräknat från början. En konsekvens av detta är att arbetsgruppen haft stor arbetsbelastning trots att antalet ärenden inte varit så stort som planerats. Då de allra flesta deltagare i projektet har en psykosomatisk problematik finns behov av att ha en läkare tillgänglig för att göra en medicinsk bedömning.

4 Organisation/Stödsystem

4.1 Förutsättningar

En styrgrupp med en representant från var och en av de fyra hemorganisationerna har under DELTA-tiden stått för styrningen av projektet. Projektansvaret ligger på socialchefen i SDF Backa. Under en kortare del av 1999 var ansvaret överflyttat till SDF Tuve-Säve pga vakans på socialchefstjänsten i Backa. Under de fem år som projektet funnits har därför tre personer innehaft projektansvaret och tillika ordförandeskapet i styrgruppen. De övriga medlemmarna i styrgruppen har under hela DELTA-tiden varit desamma. Styrgruppen har haft olika mandat från sina hemorganisationer, då tre av dem haft chefsställning på olika nivåer och en har inte alls haft linjeansvar under dessa år. Socialchefen i Backa är till exempel en av 6 socialchefer på Hisingen medan chefen för ami har ansvar för hela ami-verksamheten på Hisingen. Sedan mars 2001 ingår af-chefen pga att af och ami nu är samma organisation.

Finansieringen av projektet har varierat under åren. Från början söktes EU-bidrag men när detta inte beviljades sänktes ambitionen. Socialtjänsten behöll sin personal medan Försäkringskassan och Ami minskade sina resurser. Under en tid var ami-representanten finansierad via kommunens budget. Sjukvården beviljades Dagmar-medel för sin medverkan i projektet, vilket innebar en reduktion av tänkt personalstyrka. Sjukvårdens representant i projektet fanns på plats först hösten 1996. Dagmarprojektet blev ett eget projekt inom SOPHIE med krav på redovisning varje halvår.

När projektet blev ett DELTA-projekt finansierades de flesta tjänsterna (projektledare samt socialtjänstens och försäkringskassans handläggare) av DELTA. Dagmar-medel erhöles för åren 1998-99 för sjukvårdens representant, men när de upphörde, har tjänsten gått över DELTAs budget. Länsarbetsnämnden har bekostat sin ami-handläggare.

Projektet skulle följa ordinarie regelsystem. När SOPHIE kom in under DELTA-paraplyet fick projektet egna medel för att köpa rehabiliteringsinsatser. Detta möjliggjorde köp av sådana insatser som inte rymdes i ordinarie verksamhet eller för aktiviteter, där beslut i hemorganisationen skulle innebära onödig väntan. Försäkringskassan kan t ex inte köpa en längre tids psykoterapi, af kan varken köpa psykoterapi eller sjukgymnastinsatser för en person med arbetslöshetsersättning.

Arbetsgruppen har hela tiden suttit tillsammans i lokaler som finns i närheten av försäkringskassan och af/ami men ändå skilda från dessa verksamheter.

4.2 Processen

Styrning från hemorganisationen har varit tydligast från försäkringskassan. Övrig personal har inte upplevt någon direkt styrning från sin hemorganisation.

Styrgrupp och projektledare träffas regelbundet ca fyra gånger per termin. Vid två tillfällen per år har arbetsgruppen varit med. Vid varje möte sker uppföljning av verksamheten i form av statistik över hur många deltagare som börjat, finns igång i eller har avslutat projektet. Uppföljningen har oftast inneburit ett samtal grundat på hemorganisationernas perspektiv och mindre utifrån DELTA-synsätt. De diskussioner, som förts i gruppen om uppdrag och ansvar för styrgrupp och projektledare samt om implementering, har bidragit till en bättre DELTA-samverkan inom styrgruppen. Styrgruppen har fått ta del av projektets erfarenheter och har med intresse följt projektets utveckling, frustrationer och glädjeämnen. Gruppen har uttryckt sitt stöd för verksamheten och uppmuntrat fortsatta framsteg. Personalen har känt stor frihet i att utforma metoder och arbetssätt. Projektledaren har haft en viktig roll som förmedlare av styrgruppens tankar och intentioner.

Under det första DELTA-året tog styrgruppen initiativ till en temadag med linjeorganisationerna om SOPHIEs verksamhet. Anledningen till detta var att remisserna var få och att frågeställningen alltför ofta avsåg pensionsutredning. Utifrån de synpunkter som framfördes under temadagen, diskuterade styrgruppen fram ett antal åtgärder. Det handlade om att förbättra dialogen med inremittenter/hemorganisationer och att anordna en temadag om projektets arbetssätt. Dessutom fastslog styrgruppen att målgruppen skulle vara Hisingen med mångfacetterad problematik och med möjlighet att inom ett år komma i åtgärd, som leder till utbildning, arbete eller ami-insats.

Vid de dagliga kontakter som personalen har med handläggare i hemorganisationerna förs diskussioner om rehabilitering av deltagarna. Detta är tillfällen till ömsesidigt lärande. Även styrgruppen har i uppgift att föra tillbaka kunskap om projektets vunna erfarenheter och hur verksamheten kan användas av myndigheterna.

Efterhand som projektets arbetssätt blivit känt i linjeorganisationerna har efterfrågan på att få ta del av SOPHIEs kunskaper och erfarenheter ökat. Både andra samverkansgrupper och enskilda handläggare har varit på studiebesök. Förfrågan har kommit från Hisingen, övriga Göteborg och från platser runt om i landet. Flera politiker har besökt oss, vilket har gett upphov till givande diskussioner om våra erfarenheter. Dessa olika möten har också inneburit ett lärande för projektet, då vi behövt konkretisera våra erfarenheter för att kunna informera. Personalen har medverkat vid tematräffar och seminarier både inom DELTA och som inbjudna gäster i övriga landet.

*"Om man tittar grovt och slarvigt
så ser man bara nåt gult i största allmänhet
där det ligger en guldklump."*

Tage Danielsson

Myndigheternas olika regelsystemen om försörjning under rehabilitering skapar problem. Ambitionen har varit att deltagaren har kvar sin försörjning under kartläggningen. STRUT-bedömningen får sedan ligga till grund för beslut om försörjningen under rehabiliteringsfasen.

Regelverket har inneburit att deltagarna ofta har valt insats efter försörjning och inte efter behov. Vi har klarat detta genom att hitta individuella lösningar utifrån DELTA-tanken och försökt hjälpa dem att lösa försörjningen så långt det är möjligt. Följden av detta har blivit att personalen behöver ägna mycket mer tid åt diskussioner med linjeorganisationerna om aktuell försörjning. Allt oftare innebär det en oro för deltagaren och en frustration i personalgruppen.

Under de fem år som projektet funnits har det förekommit en del "brus" i hemmamyndigheterna. Främst är det där både omorganisation och stor variation i tillgång på åtgärds pengar haft påverkan på projektet. När ami har haft brist på pengar till utbildning och arbetsprövning, har istället de gemensamma DELTA-pengarna använts till insatser. År 2000 var DELTA-budgeten osäker långt in på hösten och då kunde en del åtgärder bekostas av fk eller ami. Projektet har på så sätt alltid haft tillgång till pengar för köp av rehabiliteringsinsatser och den individuella planen har kunnat genomföras utan avbrott. De omorganisationer, som genomförts inom ami och fk har påverkat myndigheternas representanter, eftersom dessa varit mer kopplade till sina hemorganisationer än de övriga i arbetsgruppen.

4.3 Resultat

Kostnaden för projektet under DELTA-åren 1998-2000 har uppgått till 10,3 miljoner kr. DELTA har bidragit med 9 miljoner och Länsarbetsnämnden med 550 000 kr. Dessutom har 711 000 kr erhållits i Dagmar-medel. Medlen har använts till personalkostnader inklusive fortbildning, lokaler, drift och inköp av olika rehabiliteringsinsatser för deltagarna. Både försäkringskassan och ami har dessutom haft kostnader i linjeorganisationen för ett mindre antal av deltagarna för köp av utbildning och rehabiliteringsaktiviteter.

I Socsam-enkäterna finns uppgifter om hur offentlig försörjning och vårdkonsumtion förändras över tid. Eftersom SOPHIEs målgrupp har behov av lång rehabiliteringstid är ett år för kort tidsperspektiv för att se effekter. Ofta ökar kostnaderna i början då rehabiliteringsaktiviteter startar. Utifrån våra resultat kan vi utläsa att 10 % kom ut i anställning och på sikt kan kanske några fler i gruppen, som började utbildning eller program via af, också få anställning och därmed lämna den offentliga försörjningen. Många ur målgruppen bedöms, som tidigare nämnts, inte ha chans att få anställning på ordinarie arbetsmarknad och kommer då även i framtiden att vara beroende av offentlig försörjning.

Både personalgruppen och styrgruppen upplever att det inom ordinarie verksamhet nu finns en större kunskap om denna mångfacetterade målgrupp och en större förståelse för dessa Hisingsbors behov. Projektets rekommendationer har efterhand getts mer legitimitet i linjeorganisationerna. Arbetsgruppens synsätt och arbetsmetoder har bidragit till insikten att en helhetsbedömning är nödvändig för en effektiv rehabilitering och som underlag för beslut om insatser och försörjning.

Styrgruppen uppger att de fått ett positivt lärande om övriga organisationers arbete samt en vidgad syn på rehabilitering.

Några stora effekter i form av avlastning i hemorganisationerna har troligen inte SOPHIE-projektet bidragit till, då antalet deltagare varit begränsat sett i ett Hisingsperspektiv. Den stora vinsten torde vara den kunskap om denna speciella målgrupp som personalen byggt upp. Gruppens behov kräver samverkan för att få en realistisk helhetsbedömning och en annan organisering av myndigheternas resurser. Dessutom behövs en satsning på en större mångfald av rehabiliteringsinsatser. Efter implementering av vunna erfarenheter kan effekten av SOPHIEs arbete bli stor. Kunskaperna bör ligga till grund för en annan organisering av resurserna kring denna målgrupp.

Ofta har vi erfart att denna målgrupp lågprioriteras inom ordinarie verksamhet. Anledningen kan vara att bra metoder och djupare kunskaper saknas samt att myndigheterna inte är organiserade på ett lämpligt sätt. Även ansvarsfrågan är ibland otydlig. Detta har ofta inneburit att det blivit en rundgång vilket lett till ännu mer marginalisering och bidragsberoende.

Myndigheternas olika mål kan innebära konflikter. Genom de samordnade bedömningarna fås en nyanserad bild av samspelet mellan ohälsa och livsbetingelser, som kan visa på psykiatriska grunder till ohälsan. Detta leder till ett bättre underlag för fortsatta insatser men också att projektet gör många fler rekommendationer om förtidspension och sjukbidrag än vad som förväntats. Detta kolliderar till exempel med försäkringskassans mål om att minska ohälsotalet. Myndigheternas strävan att uppfylla mål och klara budgeten leder ibland till snabba åtgärder utan analys ur ett helhetsperspektiv. Det kan innebära att Hisingsbon inte får chans till en långsiktig rehabilitering.

Olika förutsättningar för handläggare i samverkansprojekt påverkar men går att överbrygga om tillit skapas till varandras kompetens samt till linjeorganisationernas verksamhet och regelsystem.

SLUTSATSER OCH REFLEKTIONER

Går det att få en samsyn i ärendena och i så fall hur kan detta uppnås?

Genom vårt arbete under fem år med SOPHIE projektet kan vi konstatera att det går att få samsyn kring Hisingsbons rehabilitering. Förutsättningar för att nå en samsyn är att personalgruppen har en mångfacetterad och rätt sammansatt kompetens, en gemensam bedömningsmetodik samt respekt och tillit till sin egen och varandras kompetens. En annan betydelsefull hörnsten är att skapa delaktighet från individen. Andra viktiga aspekter är tid och geografisk närhet. Vår arbetsgrupp har suttit samlad, vilket gett många tillfällen till gemensamma reflektioner över metoder, synsätt och rehabiliteringsproblematik. Utifrån våra erfarenheter kan vi se att det tar 1-2 år att hitta ny struktur, metod och förhållningssätt. Utan denna möjlighet att låta processen ta tid hade det inte varit tänkbart att skapa en samsyn kring Hisingsbons problematik.

En rehabiliteringsplan förutsätter bland annat en aktuell läkarbedömning. En läkare med kunskaper om rehabilitering måste delta i arbetet för att göra bedömning utifrån den medicinska information som behandlingsläkaren lämnat.

Även i ett tidigt skede av rehabiliteringen måste af-kompetens finnas representerad, så att helhetsbedömningen verkligen speglar de realistiska förutsättningarna att komma ut på arbetsmarknaden.

Rätt kompetens för samordnade bedömningar av rehabiliteringsförutsättningar är en arbetsgrupp bestående av personal från socialtjänsten, försäkringskassan, sjukvården och arbetsförmedlingen.

Ger den samordnade bedömningen nya kunskaper om målgruppen, vilka kan ligga till grund för utveckling av rehabiliteringsinsatser?

Ja! Samordnad bedömningen ger mer nyanser i problematiken. Framförallt upptäcker vi psykosociala och psykosomatiska faktorer, vilket innebär att rehabiliteringsarbetet måste vara mycket individinriktat.

I stort sett alla deltagarna hade en krislösning kopplad till tidigare upplevda trauman i livet. Detta var sällan uppmärksammat av sjukvården eller annan myndighet. Ett annat stort rehabiliteringshinder, som vi funnit, är de konsekvenser som stressreaktioner/autonom dysfunktion ger på arbetsförmågan. Stress och krislösning kan, om det pågår under lång tid, ge upphov till sjukdom. Många i målgruppen har behov av tidiga rehabiliteringsinsatser för att bearbeta krislösningar och stressreaktioner i kroppen innan mer arbetsinriktade insatser kan startas. Psykoterapier och en större mångfald av helhetsinriktade sjukgymnastiska behandlingsmetoder behövs. Vi kan notera att behovet av psykologsamtal och psykosomatiska behandlingsinsatser är större än tillgången. Flera av de satsningar, som gjorts inom DELTA t ex HälsoDisken, Värkstaden, HälsoLäget, DELTA-psykologerna och utökade team på vårdcentralerna är exempel på värdefulla aktiviteter för den här målgruppen. Om stressreaktioner och krislösningar uppmärksammas och behandlas på ett tidigare stadium skulle sannolikt de kroniska besvären minska och chansen till lyckade rehabiliteringsinsatser skulle öka.

Hur har dessa Hisingsbor med så mångfacetterad psykosocial problematik tagits emot under 1990-talet när arbetslösheten steg och trycket på våra myndigheter ökade avsevärt? I projektet har vi sett att dessa personer ofta inte mötts med tillräcklig kunskap, vilket lett till misslyckade åtgärder och rundgång mellan myndigheterna. Detta har bidragit till ökad ohälsa, sänkt självförtroende, ökat bidragsberoende och därmed ytterligare försämrade möjligheter att ta sig tillbaka till arbetslivet.

Det är viktigt att skapa förutsättningar för förebyggande insatser för att inte antalet Hisingsbor med komplex problematik skall öka. Rehabiliteringen tillbaka till arbetslivet tar lång tid och är ibland omöjlig, när ohälsan redan har blivit manifest och marginalisering från arbetsmarknaden samt bidragsberoende varat i flera år.

Är projektets bedömningsmetodik framgångsrik som prognosinstrument för rehabilitering samt för att ge ett underlag för beslut om förtidspension?

Samordnad rehabilitering för denna målgrupp med så mångfacetterad problematik är en process som tar lång tid. Vi kan idag se tendenser i ett eget datamaterial som pekar på att STRUT-bedömningen ger goda prognosmöjligheter beträffande upplevd hälsa. Vi hoppas kunna fortsätta utvärderingen under den kvarvarande projektiden. Vi har erfarit att STRUT-metodiken är lämplig att använda för att göra samordnade bedömningar. Arbetssättet ger en nyanserad helhetsbedömning, som är ett värdefullt underlag för planering av rehabiliteringsinsatser och för framtida beslut om försörjning. Metoden ger också en bra grund för att Hisingsbon skall kunna vara delaktig i sin rehabiliteringsplan. STRUT kan användas för alla målgrupper där rehabiliteringsförutsättningar behöver utredas och bedömas.

Vid uppföljning av hur socialförsäkringsnämnderna beslutat i de ärenden, där projektet bedömt att förtidspension är möjlig, kan vi konstatera att nämnderna fattat beslut i överensstämmelse med den bedömning, som Sophie gjort. Vårt arbete har inneburit att vi fått kunskap om

psykosomatiska faktorer och dess påverkan på arbetsförmågan. Vi kan därmed foga nya pusselbitar till bedömningarna, vilket uppskattats av nämndernas ledamöter.

Blir resultatet av rehabiliteringen mer positivt när myndigheterna har en gemensam rehabiliteringsplan?

Vi kan av våra resultat utläsa att det går att öka arbetsförmågan och därmed öka möjligheten till arbete/egen försörjning för en del i denna målgrupp om myndigheterna med sina olika kompetenser samverkar. På individnivå kan vi se detta men vi har inte tillräckligt material framme för att uttala oss om konsekvenserna på gruppnivå. Grunden är en gemensam handlingsplan, som bygger på en samordnad bedömning och utgår ifrån ett gemensamt synsätt.

Kan projektet visa på strategiska utvecklingsbehov inom rehabilitering?

Ja! Behov av utvecklingsarbete finns inom följande områden

- systematiskt rehabiliteringsarbete i samverkan mellan myndigheter och Hisingsbor
- försörjningen under rehabiliteringstiden
- rehabiliteringsarbetsmarknad

Systematiskt rehabiliteringsarbete i samverkan

Ett mer systematiskt rehabiliteringsarbete, som anpassas och organiseras efter målgruppens behov, kan skapas. Rehabiliteringsinsatserna måste styras av Hisingsbons personliga förutsättningar och behov och inte utifrån försörjningen eller myndigheternas mål. Om delaktighet skapas finns det större förutsättningar till en bra avvägning mellan stöd och krav. Processen måste få ta tid, och det måste finnas kontinuitet och uthållighet i kontakten mellan Hisingsbo och personal. Genom en gemensam bedömning av berörda myndigheter kan individuella handlingsplaner skapas med överenskommelser om mål, aktiviteter, försörjning och tidsperspektiv. En gemensam bedömningsmetodik skapar goda förutsättningar till samverkan. Utbildningsinsatser inom rehabilitering för personal från alla samverkande myndigheter ökar möjligheterna till fler gemensamma referensramar, vilket underlättar samsyn.

Deltagarna har ofta uttryckt sin uppskattning över att vi lyssnat på dem, bekräftat dem och att rehabiliteringen gått i deras egen takt. Många har varit positiva till att aktiviteterna har varit skraddarsydda för dem och har tillkommit på deras eget initiativ. Andra positiva omdömen har varit att de har känt trygghet, då projektet kunnat följa dem under en lång tid, ibland flera år.

Försörjningen under rehabiliteringstiden

En ersättning under rehabiliteringen, som gör det möjligt för Hisingsbon att, oavsett försörjningssystem, välja lämplig rehabiliteringsinsats utifrån behov och inte utifrån ekonomisk ersättning.

Rehabiliteringsarbetsmarknad

För åtskilliga i Sophieprojektets målgrupp kan rehabiliteringen ge ökad livskvalité och ökad arbetsförmåga. Även om arbetsförmågan ökar är ett lönearbete på dagens öppna arbetsmarknad ouppnåeligt för många på grund av arbetslivets allt hårdare villkor. Stora psykosociala och psykosomatiska hinder gör det svårt att klara en utbildning, som skulle kunna öka chansen till anställning. Ändå har de flesta en önskan om att få ha ett arbete och på så sätt vara delaktiga i samhället.

Ur arbetsförmedlingens synpunkt är det tveksamt om dessa Hisingsbor står till arbetsmarknadens förfogande. De upplever sig som sjuka, men sjukvården anser inte att deras arbetsförmåga är nedsatt av medicinska skäl och de är då inte berättigade till ersättning från socialförsäkringen. Alternativet kan bli försörjningsstöd från socialtjänsten, men detta var inte tänkt som en permanent försörjning.

Vilka möjligheter till förändring av arbetslivets villkor finns? Kan anpassning av arbetsplats och förändrat arbetsinnehåll vara en lösning? Ja, troligen för en del, under förutsättning att höga ekonomiska stöd ges till arbetsgivaren. Här kan det behövas högre bidrag än vad som är vanligt idag. För att få till stånd en sådan anställning krävs ett mycket individinriktat och därmed resurskrävande arbete av arbetsförmedlingen. En utökning av arbetstillfällena inom Samhall skulle också ge fler chans till anpassat arbete.

En annan lösning kan vara att bygga upp en rehabiliteringsarbetsmarknad med lägre krav än vad som finns inom Samhall. En arbetsmarknad, där Hisingsbor utifrån förmåga kan få ta sina steg ut mot arbetslivet i en positiv miljö och på så sätt höja tilliten till sin egen kraft. Möjligheten till anställning under arbetsliknande förhållanden och en chans för individen att få uppbära lön ger tillfälle att öka tilliten till egna förmågan och det egna ansvaret. En del kommer efterhand att kunna få anställning på ordinarie arbetsmarknad men det måste finnas möjlighet att vara kvar den tid det krävs. En alternativ arbetsmarknad med chans till långsiktiga åtgärder och lön istället för bidrag är av stor betydelse för att få till stånd positiva rehabiliteringsresultat, inte minst ur motivationssynpunkt.

Hur kan projektets erfarenheter implementeras i ordinarie verksamhet?

Hur stort behovet är av gemensamma bedömningar är svårt att uttala sig om. Inom socialtjänsten fanns hösten 1999 drygt 350 personer som var sjuka utan sjukpenning enligt en genomförd undersökning. Till ami har de senaste åren kommit 400-500 remisser per år. SOPHIE har tagit emot 80 remisser per år. 150 av aktuella arbetssökande på Arbetsmarknadstorget bedöms ha behov av samordnad bedömning.

Samverkande myndigheter behöver organisera sina resurser för Hisingsbor med komplex problematik utifrån målgruppens behov och inte med utgångspunkt i samhällets behov. Mer kunskap om målgruppen behövs i linjeorganisationerna för att tidigt identifiera de Hisingsbor, vars arbetslöshetssituation kräver samverkan. Som tidigare påtalats behövs en för myndigheterna gemensam bedömning och rehabiliteringsplan. Viktigt att hitta en organisering för att säkerställa att kompetensen att göra dessa kvalificerade bedömningar kan finnas kvar.

En möjlig väg kan vara att föra ut kunskapen till handläggare i linjeorganisationen. Fördelar är då att Hisingsbons vanliga myndighetskontakter engageras och att ingen onödig väntan för remissförfarande behöver uppstå. Nackdelar är svårigheten att få rätt kompetens samlad från samtliga berörda myndigheter samt att det tar tid att få samsyn och gemensamt förhållningssätt i en

tillfällig grupp. Dessutom svårt, om inte omöjligt, att säkerställa kvalitén i bedömningen om antalet bedömningar, som varje tjänsteman deltar i är få.

En annan väg är att ha ett Hisingsgemensamt bedömningsteam på samma sätt som SOPHIE idag är organiserat. Genom att göra många bedömningar kan kunskapen bevaras och även fortsätta att utvecklas och därmed kan kvalitén säkerställas. En annan fördel är att bedömningen görs mer myndighetsneutral till gagn för Hisingsbons delaktighet. Nackdelar är att det blir någon form av remissförfarande.

Personalen inom SOPHIE har byggt upp en stor kunskap om målgruppen, bedömningmetodik och om samordnad rehabilitering. Redan nu är vi engagerade i att på olika sätt föra ut våra erfarenheter av och tänkesätt om rehabilitering i samverkan. Oavsett hur myndigheterna organiserar sig för att klara av kvalificerade samordnade bedömningar, finns ett stort behov av mer kunskap i linjeorganisationen för att förstå målgruppens mångfacetterade problematik och tidigt identifiera vilka Hisingsbor som har behov av samverkan. SOPHIE-personalen kan användas för till exempel utbildningsinsatser och handledning.

KÄLLFÖRTECKNING

Ansökan till DELTA/projektbeskrivning, 1997

Att utvärdera projekt, Länsarbetsnämnden 1988

Försäkringsmedicinsk utredning, bedömning och dokumentation, S-O Krafft, Försäkringskassaförbundet Debatt nr3:1998

Projektbeskrivning, Chefsgruppen för samordnad rehabilitering på Hisingen 1995

Tankar från roten, Tage Danielsson 1974