

Arbetsrehabilitering av utsatta grupper - samverkan mellan olika aktörer

Rafael Lindqvist

Att genomföra arbetslivsinriktad rehabilitering för utsatta grupper hos vilka arbetslöshet, ohälsa och sociala svårigheter är sammanflätade i en mångfacetterad problembild har visat sig vara svårt. Ett viktigt skäl till detta är att den svenska välfärdsmodellen är en starkt sektoriserad modell där myndigheterna tar hand om väl avgränsade aspekter av medborgarnas problem beroende på orsaken till försörjningssvårigheten i varje individuellt fall. Sektoriseringen kan förväntas bli än tydligare när bidragssystemen ska renodlas och varje sektor ska bära sina egna kostnader. En institutionaliserad samverkan mellan myndigheter kan ses som svaret på denna utveckling. I artikeln redogörs för de svårigheter och möjligheter som framkommit ur de erfarenheter som man gjort vid ett antal lokala samverkansprojekt mellan försäkringskassan, arbetsförmedling/arbetsmarknadsinstitut, socialtjänsten samt hälso- och sjukvården.

Författare är docent Rafael Lindqvist, Sociologiska institutionen, Umeå universitet.

Inledning

Under senare år har den svenska välfärdsmodellen - en modell som ger så gott som alla rätt till hyggliga bidrag, social service, hälso- och sjukvård av god kvalitet - hamnat i svårigheter. Ökad arbetslöshet, strängare regler och en allt hårdare prövning av rätten till bidrag inom respektive bidragssystem, har gjort det svårare för många att kvalificera sig till ersättning. Samtidigt ska bidragsmottagarna så snart som möjligt återgå till arbetslivet. Krav på aktiva insatser, skärpt arbetsetik och att som långtidssjuk vara beredd att flytta som ett led i rehabiliteringen är viktiga inslag i den nya s k arbetslinjen. Att driva en arbetslinje i en situation då det finns få arbeten att rehabilitera till blir lätt en politik för kontroll och disciplinering.

I det sammanhanget kan personer som har långvariga och diffusa sjukdomsbesvär och ur myndigheternas syn-

vinkel svårbedömd arbetsförmåga lätt hamna i en gråzon mellan de olika myndigheternas reguljära arbetsuppgifter - eller i en rundgång - när problemen inte passar in i välfärdsbyråkratiernas förutbestämda kategorier. Det har visat sig svårt att få till stånd rehabiliteringsinsatser när medicinska, sociala och arbetsmässiga problem är sammanflätade; när sjukdomsbesvären är långvariga och diffusa och arbetsförmågan svår att bestämma och när det är svårt att finna såväl arbets- och tränings- som sysselsättningsmöjligheter. Långtidssjuka arbetslösa har för det mesta haft kontakt med ett flertal olika myndigheter inom social- och arbetsmarknadssektorn. Kontakter som ur den enskildes synvinkel blir än mer påfrestande om man har svag självkänsla, svårt att formulera krav och dålig kunskap om hur de sociala myndigheterna arbetar. Det finns därför i dessa fall ett behov av samverkan över sektorsgränserna och ett behov av stödinsatser som går utöver de etablerade myndigheternas åtgärdsarsenal.

Välfärdspolitik, arbetsmarknad och tvåtredjedelssamhälle

Möjligheterna till samverkan för rehabilitering av utsatta grupper måste ses mot bakgrund av hur den svenska socialpolitiken konstruerats i stort. Den är generell (dvs omfattar nästan hela befolkningen), den sköts till största delen inom ramen för den offentliga sektorn av hierarkiska och byråkratiska myndigheter eller organisationer - och den ger inom vissa områden t ex sjukvården ett stort utrymme för professionella yrkesutövare. Det faktum att social service och ett flertal bidragssystem konstruerats som sociala rättigheter i lagstiftning har föranlett många att beskriva den svenska välfärdspolitiken som ett utvidgat socialt medborgarskap (1), genom vilket arbetare och tjänstemän kom att omfattas av lika villkor på ett flertal områden.

Samtidigt måste man komma ihåg att det är prestation på arbetsmarknaden (arbetad tid, inkomst) som avgör bidragens nivå i de viktigaste socialpolitiska

bidragssystemen. Socialpolitiken kom därmed att i hög grad också bygga på vad den brittiske socialforskaren Adrian Sinfield kallar principen om 'employmentship' (lönearbetets företrädare) och inte enbart på medborgarskap (2). Idén om lönearbetet som bestämmande för socialförsäkringsförmåner får en särskild innebörd när flexibla anställningsformer växer fram, när det sker en förskjutning från fasta (tillsvidare) anställningar till ett system av 'just-in-time' anställningar (3). Kringen en kärna av tillsvidareanställda, med anställningstrygghet, socialförsäkringsförmåner och karriärmöjligheter, knyts grupper av tillfälligt anställda som säsongsanställda, vikarier, projektmedarbetare, praktikanter, etc. Vi kan skönja en tendens till att det utbildas en segmenterad arbetsmarknad: en primär arbetsmarknad för kärngrupperna av fast anställda; en sekundär arbetsmarknad för tillfälligt anställda och möjligen en marginalarbetsmarknad med jobb som inte kräver vare sig introduktion eller någon fackutbildning alls och med dålig lön och arbetsmiljö. Arbete i denna sistnämnda sektor förutsätter att de sociala bidragssystemen utgör en kompletterande försörjningskälla.

'Social exclusion' är det begrepp som brukar användas i den europeiska debatten för att rikta uppmärksamheten på den växande grupp av befolkningen som inte kommer in på arbetsmarknaden, som helt eller delvis står utanför densamma och som efter en tid också utesluts ur socialförsäkringssystemen (4). Det talas också om ett tvåtredjedelssamhälle där en majoritet av befolkningen har hyggliga villkor i arbetslivet och omfattas av sociala trygghetssystem, men där en tredjedel har betydligt sämre villkor. Denna grupp utgörs bl a av de arbetslösa och dessas familjer, de som lever på små pensioner, ensamma mödrar som tvingas leva på sociala bidrag, marginella lönearbetare med tillfälliga jobb, män i vuxen ålder, med trassliga hem- och famil-

jeförhållanden, och ibland missbruksproblematik som varvar perioder av (tillfälligt) arbete med perioder då de tappar kontakten med arbetsmarknaden (5).

De som är i den primära sektorn och har fasta hyggligt avlönade jobb omfattas av de mest generösa villkoren: efter arbetsgivarens sjuklöneperiod tar försäkringskassan vid. Rehabiliteringsansvaret är också tydligare knutet till i första hand arbetsgivaren och i andra hand försäkringskassan. Man kan antagligen också se företagshälsovården och facket som en resurs i sammanhanget när omplacering och omskolning kommer på tal.

De som finns i den sekundära sektorn har sjukpenning och kan inte påräkna något stöd vid rehabilitering från någon arbetsgivare, företagshälsovård eller fackförening. Rehabiliteringen kan inte lika naturligt relateras till arbetsuppgifter och arbetsrutiner om den försäkrade inte har arbetat under en längre tid. Det är i stället försäkringskassan (FK) som skall utreda rehabiliteringsbehovet och sedan överlåta detta till arbetsförmedlingen (AF) och arbetsmarknadsinstitut (AMI). Liknande villkor gäller för den som befinner sig på marginalarbetsmarknaden, med den skillnaden att socialtjänsten ofta blir inblandad pga av sitt försörjningsansvar. (Figur 1)

Grundläggande tankar bakom den 'nya arbetslinjen' är att rehabilitering först och främst handlar om att sjuka och arbetsskadade ska återgå till sina tidigare anställningar eller byta arbete. De som saknar anställning eller har en svag förankring på arbetsmarknaden tycks inte vara någon särskilt viktig målgrupp i sammanhanget: de aktiviteter som kan betecknas som 'förrehabilitering', och som går ut på att stärka självkänsla och motivation, att mobilisera den sjuke i dennes sociala nätverk har inte fokuserats i förarbetena till den uppstramade rehabiliteringspolitiken (6). Samtidigt kan

Figur 1. Arbetsmarknadsposition, sjukersättning och rehabilitering.

Arbetsmarknadsposition	Ersättningsform vid sjukdom	Viktigaste rehabiliteringsaktörer	Behov av samverkan
Primär arbetsmarknad Fast anställning	Sjuklön Sjukpenning	Arbetsgivare + Försäkringskassan	Begränsat
Sekundär arbetsmarknad Tidsbegränsad anställning	Sjukpenning	Försäkringskassan + AF/AMI	Utökat
Marginalarbetsmarknad Tillfälliga anställningar Arbetslöshet	(Sjukpenning) Socialbidrag	Försäkringskassan + AF/AMI + Socialtjänsten	Omfattande: mellan myndigheter

konstateras att ju sämre förankring på arbetsmarknaden, desto fler myndigheter blir inblandade i de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som ändå måste vidtas. Liksom kontantersättning kan då även rehabilitering bli följsam till den arbetsmarknadsförankring individen har.

Om socialförsäkringarna i goda tider bidrar till att integrera så gott som hela befolkningen i ett enhetligt och likformigt trygghetssystem så återspeglar de i dåliga tider - när arbetsmarknaden förändras i riktning mot allt mer tillfälliga anställningar och ökad arbetslöshet - än tydligare den socio-ekonomiska segregation som finns mellan olika yrkes- och inkomstgrupper i arbetslivet.

Genom datamaterial som insamlats av riksförsäkringsverket (det s k RIKS-LS-materialet)¹ finns vissa uppgifter om resultat från rehabiliteringsverksamheten 1991-94 (7). Där framgår bl a att de grupper som tidigast och i störst utsträckning blev föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering var de som hade en anställning, de yngre, infödda svenskar. I dessa grupper avslutades sjukdomsfallen i lägre utsträckning med sjukbidrag eller förtidspension. De arbetslösa sjukskrivna som delvis har ett annat diagnosmönster - mer socialmedicinska och främst psykiska diagnoser och fler noteringar om missbruk - faller sämre ut ur rehabiliteringsprocessen. Särskilt svårt är det att ta sig ur en sjukskrivning om individen *samtidigt* har inslag av psykiska problem, missbruk, social isolering och arbetslöshet (8).

Byråkrati, sektorisering och gränser i rehabiliteringen

Det finns ett stort antal aktörer inom rehabiliteringsområdet som var för sig verkar inom avgränsade sektorer, men som förväntas dra åt samma håll. Gränserna utgörs av de skilda regler, uppgifter och administrativa indelningar som respektive myndighet har. Tjänstemän som arbetar i organisationer som på ett eller annat sätt ska lösa människors problem och som därför kommer i nära kontakt med medborgarna i deras egenskap av sjukförsäkrade, arbetsökande, patienter, elever etc har benämnts 'gräsrotsbyråkrater' (9) eller 'välfärdsbyråkrater'. Dessa tjänstemän befinner sig i en motsägelsefull situation i och med att de ska tillämpa de regler, rutiner och procedurer som gäller *och* samtidigt göra egna bedömningar som löser klienternas sociala pro-

blem. En konsekvens av regelstyrningen är att klienterna inte kan betraktas som individer, de måste transformeras till 'fall' eller ärenden, vilket innebär att endast begränsade aspekter av den totala problembilden beaktas.

Sektoriseringen som problem förstärks av att välfärdsbyråkratierna i olika grad är regelstyrda; vissa myndigheter måste följa detaljregler strikt medan andra har ett större inslag av ramlagar att arbeta efter. Specialiseringsgraden, dvs hur många aspekter av en individs problem myndigheten ska befatta sig med varierar, liksom arbetsbelastningen, dvs kravet att behandla ett visst antal klienter per tidsenhet (10). Denna sektorisering förstärks nu också av att respektive sektor enligt statsmakterna ska bli mer renodlad, gränserna gentemot de övriga sektorerna ska bli tydligare och varje sektor ska bära sina egna kostnader (11). Detta ökar behovet av samverkan över gränserna och man kan se statens ambitioner att underlätta sådan samverkan som en kodifiering (legitimering) av en verksamhet som redan växt fram i många lokala sammanhang. I flera statliga utredningar på sistone har denna typ av samverkan diskuterats som en möjlighet för att effektivisera rehabiliteringen för personer som har en mångfacetterad problematik (12).

Sett utifrån respektive organisations synvinkel kan ett deltagande i samverkansprojekt ha sin grund i flera olika motiv: den egna organisationens legitimitet kan förstärkas; man kan få del av andra (mer resursstarka) organisationers medel och osäkerheten om hur en rad faktorer i omgivningen inverkar på den egna organisationens möjligheter att förverkliga de ålagda uppgifterna kan minskas (13). I princip handlar samverkan om att åstadkomma en horisontell integration mellan olika myndigheter som verkar inom fältet arbetsrehabilitering. En sådan integration bygger i hög grad på att det finns en a) *ömsesidig medvetenhet* om att det är *gemensamma problem* som respektive myndighet arbetar med; att det b) råder en *samsyn om målen* med verksamheten och att det c) finns ett *ömsesidigt beroende mellan aktörerna* (14).

Samverkansprojekt över sektorsgränser

Det är utifrån dessa förutsättningar som olika samverkansprojekt tillkommit samt för att vidga ramarna för respektive sektor och överskrida gränserna. Projektet har på olika sätt försökt gå över de sektorsgränser som utgörs av olika mål, skilda regler (ibland mkt specialiserade regler) och stark specialisering. Under våren 1996 intervjuades företrädare för 14 olika lokala

¹ Materialet omfattar ett rikstäckande urval om ca 64.000 sjukfall som påbörjades under perioden 1991-94 och som var minst 60 dagar lång.

En samverkan bygger på en ömsesidig medvetenhet om gemensamma problem, en samsyn om målen och ett ömsesidigt beroende mellan aktörerna

samverkansprojekt inom arbetslivsinriktad rehabilitering (15). Det var projekt vars målgrupper var personer med långvarig arbetslöshet, psykosociala eller hälsomässiga problem och vilka riskerade att hamna i en gråzon mellan FK, AF/AMI, socialtjänsten - och olika sjukvårdsinrättningar.

Projektet skilde sig åt beträffande graden av gemensam problemuppfattning, samsyn angående målen och medlen samt ömsesidigt beroende. Det fanns också en skillnad med avseende på målgruppen: om den omfattade brett spektrum av långtidsarbetslösa/sjuka och socialbidragstagare - eller om målgruppen var ganska snäv t ex missbrukare eller psykiskt handikappade i åldern 20-30 år. Ibland hade projektet långtgående samverkan i form av gemensamma lokaler, anläggningar, tränings- och provningsverkstäder. Ibland bara en gemensam lokal för projektets personal. Alla projekt hade det gemensamt att de hade en stark vilja att samverka, att trycket kommit underifrån att starta projektet (15).

Några hinder i projektverksamheten

Avsaknad av gemensamma mål. Bland de principiella hinder som kan tänkas förekomma i sektorsövergripande projekt är att centrala begrepp som sjukdom, arbetsförmåga och arbetsprovning/träning definieras på ett olikartat sätt av aktörerna. Ett exempel är att FK, och AMI, utifrån sina respektive funktioner ger begreppen sjukdom och arbetsförmåga olika innebörd: medan FK bedömer arbetsförmåga utifrån de funktionshinder som sjukdomen medför (och som dokumenteras i läkarintyg och rehabiliteringsutredning), sätter AMI ofta arbetsförmågan i relation till de arbeten som finns (att uppbringa) på arbetsmarknaden. Inom vården finns olika sjukdomsbegrepp och förhållningssätt till vad som kan inrymmas i olika diagnoser.

Avsaknad av gemensamma visioner. Gemensamma visioner och mål kan utvecklas på olika sätt: ibland genom en skriftlig viljeyttring som undertecknas av representanter för de organisationer som ingår och där man kanske också preciserar vilka ekonomiska resurser olika parter ska bidra med. Det är viktigt att projektpersonalen får ordentligt med tid i början för att trimma ihop sig och ta del av varandras perspektiv och förut-

sättningar. Om denna planering inte görs ordentligt och om riktlinjer inte utformas tydligt kan följden bli att förväntningarna blir motstridiga och det uppstår bristande samsyn om vart man vill nå och vilka grupper man ska arbeta med.

Otydlig målgrupp. Om myndigheternas övergripande mål inte överensstämmer (vilket vanligtvis är fallet) kan det uppstå problem med att definiera projektets huvudsakliga målgrupper. Det är önskvärt att man är överens om detta redan vid projektstarten så att man inte lanserar olika typer av projektdeltagare. Då kanske man bygger in olikartade förväntningar i projektgruppen därför att det är oklart om man ska satsa på åtgärder som syftar till arbetsplacering eller en mer förutsättningslös prövning av arbetsförmågan. Den risken finns om FK vill få ut sina försäkrade via arbetsrehabilitering; AF vill att projektet ska ta emot tunga ärenden som inte var aktuella för placering på arbetsmarknaden; socialtjänsten och psykiatrien vill få hjälp med svårplacerade som i första hand behöver få sin arbetsförmåga prövad. Men det kan också vara så att FK:s syfte med en arbetsprovning är att få klarlagt att klienten måste få förtidspension - medan AMI har motsatt syfte med att engagera sig i en arbetsprovning.

Ekonomiska resurser. I alla projekt har man omfattande diskussioner om ekonomin. De konkreta resurser som behövs är medel för att *administrera projektet* (sammanhållande projektperson), för att *genomföra åtgärder* (åtgärdsmedel) samt medel för att *försörja klienter*. Det finns åtminstone tre olika sätt att i princip hantera de ekonomiska resurser som behövs:

- respektive huvudman lägger pengar i en gemensam pott (gemensam hushållskassa)
- respektive huvudman tar med sig medel till ett gemensamt bord (knytkalas)
- respektive huvudman har sina egna sektorsbundna resurser (man tar med sig matgästen hem)

Eventuella övervärtringseffekter av kostnader är ett spöke som finns i bakgrunden - om de gemensamma målen och visionerna är svagt utvecklade kan detta bli ett stort problem. Ett annat samarbetsproblem som aktualiserades i flera projekt var om myndigheterna ska

Otydlig målgrupp - FK vill vill få ut sina försäkrade via arbetsrehabilitering; AF vill att projektet skall ta emot tunga ärenden; socialtjänsten och psykiatrien vill få hjälp med svårplacerade

Tre olika sätt att i princip hantera de ekonomiska resurser som behövs; gemensam hushållskassa - knytkalas - man tar med matgästen hem

få hjälp från projektet i den utsträckning som de tillhandahåller basresurser för projektet. Samverkansproblem kan uppkomma till följd av att vissa myndigheter har gott om åtgärdsmedel och därmed gör anspråk på att få bestämma, medan andra inte har några egna rehabiliteringsinstrument och måste ta skeden i vacker hand. Det kan också uppstå problem till följd av att vissa åtgärdsmedel bara får användas till vissa ändamål (FK:s köp av tjänstepengar kan bara användas till "arbetslivsinriktad" rehabilitering och inte till medicinsk och social rehabilitering.

Olika bidragsformer. Alla projekt kommer i kontakt med en flora av bidragsformer som baseras på skilda regler och krav. Det är inte lätt att sammanföra dessa till en gemensam pool som kan användas tämligen fritt. Ersättningsarnas storlek, bundenhet till en specifik orsak till arbetsoförmåga och de korta tidsperioderna ses som stora hinder i verksamheten. Det faktum att ersättningar har olika nivå, kan då verka styrande på vilka rehabiliteringsåtgärder som vidtas. Ur många projektets synvinkel vore det lättast om en enda rehabiliteringsersättning utgick oavsett om det är medicinska, sociala eller arbetslivsfaktorer som ligger till grund för behovet av insatsen. Men problemet är att detta kan leda till att ytterligare en ersättningsform med vidhängande regelverk skapas och kanske också en ny organisation som bidrar till att stigmatisera grupperna ifråga.

Bidragstypernas olika nivåer skapar ofta problem genom att klienter på samma "arbetsplats" kan få olika stor ersättning för "samma" prestation. Att de flesta åtgärder är starkt tidsbegränsade är ett problem; efter sex månader måste ny åtgärd till. Detta skapar en ryckighet i rehabiliteringsarbetet. Det ständiga pusslandet med ersättningsfrågor nämns som det viktigaste problemet i verksamheten och att detta tar för mycket tid från den egentliga arbetsrehabiliteringen. Det framgår också hur viktigt man anser det vara med kontinuitet i ersättningsformen, speciellt i övergången från en avslutad försörjningsform till en annan. Går klienten från en relativt hög lön i ett beredskapsarbete till ett bidrag med lägre ersättningsnivå försvinner lätt motivation att arbeta.

Olika beslutsnivåer. Det finns vanligtvis också ett flertal olika beslutsnivåer att ta hänsyn till och man

måste vara överens om projektets mål på alla nivåer för att samverkan ska bli effektiv. Dessa nivåer ser lite olika ut inom respektive myndighet och det är viktigt att samverkan förekommer på alla nivåer. Det är därför alltid viktigt att få cheferna "med på noterna" när man startar projekt. Om dessa inte inser värdet av att samverka kommer de inte att kunna uppmuntra samverkan mellan handläggarna. Det är förstås också viktigt att få med den övriga organisationen i processen. Styrgrupper, referensgrupper, utvecklingsgrupper kan vara ett sätt att överbrygga kontakten. Att känna önskan tillhörighet till hemmamyndigheten är viktigt. Om projekt-handläggaren är helt frikopplad från sin egen organisation försvåras erfarenhetsutbytet och man riskerar att bli okunnig om regelförändringar och annat som inträffar löpande.

Motivation till åtgärder eller till arbete? Bristen på arbetstillfällen gör det många gånger svårt att upprätthålla motivation att genomgå olika rehabiliteringsinsatser. Mycket tid går åt att pröva rätten till olika ersättningar och ryckigheten - att åtgärder genomförs i sexmånadersperioder - skapar en kortsiktighet i planeringen. Åtgärder tar förr eller senare slut - men arbetslösheten sjunker mycket långsamt (om den gör det alls).

Möjligheter och positiva erfarenheter

Det finns ett flertal tänkbara fördelar med att samverka över sektorsgränser när det gäller klienter med mångfacetterade problem.

Ökad professionalitet. Professionaliteten kan öka genom att den egna kompetensen fördjupas och genom bättre överblick över andras kompetens. Genom att samverka sprids kunskap om de olika aktörernas förutsättningar och möjligheter, vilket innebär att arbetsmetoder kan utvecklas i praktisk handling. Tvärgruppsdiskussioner i samband med starten och sedan fortlöpande täta träffar kan lägga grunden för ökad kännedom och förståelse för andra myndigheters sätt att arbeta och leda till en samsyn genom att man gemensamt diskuterar sig fram till en ansvarsfördelning baserad på olika myndigheters kompetens i varje individuellt fall. Det skapas förutsättningar för att respektive organisation blir en "lärande organisation" genom spridningseffekter. Något man säger sig ha lärt sig i flera projekt är att "lägga saker och ting på bordet"; diskutera fram saker gemensamt, ej bara på chefsplanet, utan även handläggare emellan. Handläggarna anser ofta att de blivit mer kreativa och mindre regelstyrda av hemmamyndigheten.

Ökad kvalitet i utredningarna. Kvaliteten anses ha blivit bättre både vad gäller utredningar och konkreta åtgärder i form av arbetsträning, praktik, utbildning m m. Flera typer av handläggare med olika kompetenser är en viktig anledning till detta.

Snabbare insatser. Olika insatser kan också tänkas komma igång snabbare, bli mer adekvata och träffsäkra. Det blir mindre rundgång, och färre personer faller mellan stolarna. Bättre utredningar och arbetsträningar resulterar också i att ärenden i större utsträckning hamnar hos rätt myndighet när arbetsträningen slutförts. Att människor hamnar i rätt instans menar man vara en viktig kvalitetsaspekt på rehabiliteringen. I många projekt finns en "sluss" där man tar ställning till om klienten ska skrivas in. Därefter görs en ordentlig utredning och sedan de olika insatserna. Man gör ofta rätt från början är en erfarenhet som många projekt gjort, vilket inte innebär att man aldrig misslyckas.

Klienten involveras i rehabiliteringen på ett handfast sätt. I samverkansprojekt finns ofta förutsättningar att följa och 'ta tag i' klienten på ett mer handfast sätt: att både ge socialt stöd och utöva social kontroll. Detta kan ske genom att man skriver "kontrakt" (eller gör andra överenskommelser om regler som ska följas) med klienten: angående närvarotider, uppförande, prestationer etc som klienten måste rätta sig efter. Det förekommer också ofta att klienten anmodas ge fullmakt som tillåter de olika handläggarna att ta del av och sprida information mellan varandra som annars omfattas av tystnadsplikt. Genom den nära och täta kontakten med projektmedarbetarna har klienten fått ett ökat personligt stöd som ger bättre förutsättningar för en framgångsrik rehabilitering och i förlängningen ökade försörjningsmöjligheter.

Ökad motivation och självkänsla hos klienten. Ur klientens synvinkel kan rundgång och väntetider förkortas och motivation och självkänsla öka genom bättre överblickbarhet av hela processen. Klienten deltar ju ofta frivilligt i projekt. Som klient behöver man ha färre myndighetskontakter; olika informationer om de sektorsbundna myndigheternas bidrag och åtgärder sätts tydligare in i klientens egen rehabiliteringsprocess. "Förrehabilitering", motivationsarbete kan genomföras i större utsträckning - än i reguljär sektorsverksamhet.

Slutdiskussion

Hur arbetslösa långtidssjuka med en mångfacetterad problembild hanteras i den svenska välfärdsmodellen kan ses som ett test på modellens hållbarhet. Det största

hotet är en hög och permanent arbetslöshet som exkluderar stora grupper både från arbete och hyggligt socialförsäkringsskydd. Även om nedskärningar och åtstramningar skett i de flesta bidragssystem kvarstår modellen i sina huvuddrag, men med ambitionen från statsmakternas sida att renodla och tydliggöra gränser i form av uppgifter och kostnadsansvar. Samverkan mellan myndigheter kan ses som ett svar på att gränserna för de olika bidragssystemen görs mer svårforcerade.

De projekt som denna artikel baseras på aktualiserar viktiga aspekter av välfärdspolitikens organisatoriska sidor. Medan de flesta medborgare som har relativt väl definierade problem - en begränsad period av arbetslöshet eller entydiga tillfälliga sjukdomsbesvär - förmodligen är mest betjänta av en sektoriserad välfärdsstat som ger ett specifikt stöd vid i förväg bestämda risksituationer, hamnar de grupper som har diffusa och mångtydiga sociala och hälsomässiga besvär ofta i kläm. I samband med arbetsrehabilitering ställer sålunda sektorsgränserna ofta till problem, när människors problem inte sammanfaller med de avgränsade uppgifter, skilda regler och delvis olikartade mål olika myndigheter har. Då krävs en samverkan som hitintills inte institutionaliserats eller blivit föremål för några entydiga och kraftfulla policyformuleringar. Samverkan är emellertid möjlig om den tillåts växa fram lokalt med stöd av politiker och myndighetschefer och om man vinnlägger sig om att utveckla ett gemensamt synsätt. Utmaningen är att stimulera en horisontell integration mellan myndigheter som arbetar med samma grupp klienter, utan att den sektoriserade modellens förtjänster, vilka kommer en majoritet till godo, går förlorade.

REFERENSER

2. Sinfield A (1986): Poverty, privilege and welfare. In Bean P & Whyne D (eds) Barbara Wootton: Social Science and Public Policy: Essays in her Honour, Tavistock, London.
3. Aronsson G, Sjögren A (1994): Samhällsomvandling och arbetsliv, Arbetsmiljöinstitutet, Solna.
10. Johansson, R (1992): Vid byråkraterns gränser, Arkiv, Lund.
11. Prop 1996/97:28 Kriterier för rätt till ersättning i form av sjuk-penning och förtidspension.
12. SOU 1996:113, En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering, Del 1, s 177-190; SOU 1996:34, Aktiv arbetsmarknadspolitik; Samt SOU 1996:86 Egon Jönsson - en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet.
15. Projekten liksom huvudlinjerna i artikeln finns beskrivna i SOU 1996:85, Egon Jönsson.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.