

samverkan kring  
**VÄLFÄRD I NACKA**

underlag för strategidokument

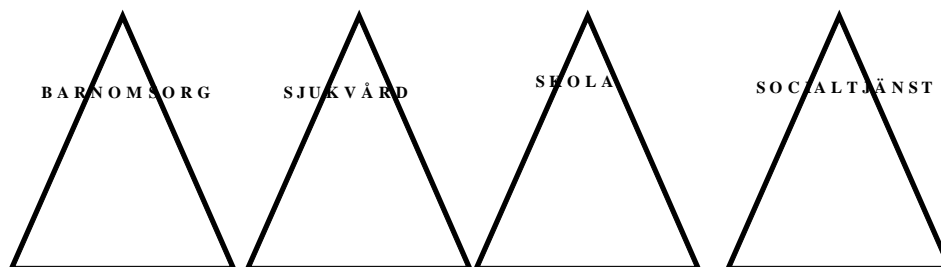
1997-04-25

**SAMVERKANSPROBLEMET I STORT**

**Problemet - exemplet utsatta barn och välfärdsgatloppet**

Välfärdssamhället är i mycket hög grad baserat på idén om professionella aktörer som representerar olika sektorssintressen och därmed olika typer av kompetenser. Modellen fungerar acceptabelt för de problem som är av sådan natur att en aktör med sin kompetens kan lösa det. Influensa - doktorn. Tillfällig sjukpenning - försäkringskassan. Barntillsyn - barnomsorg osv.

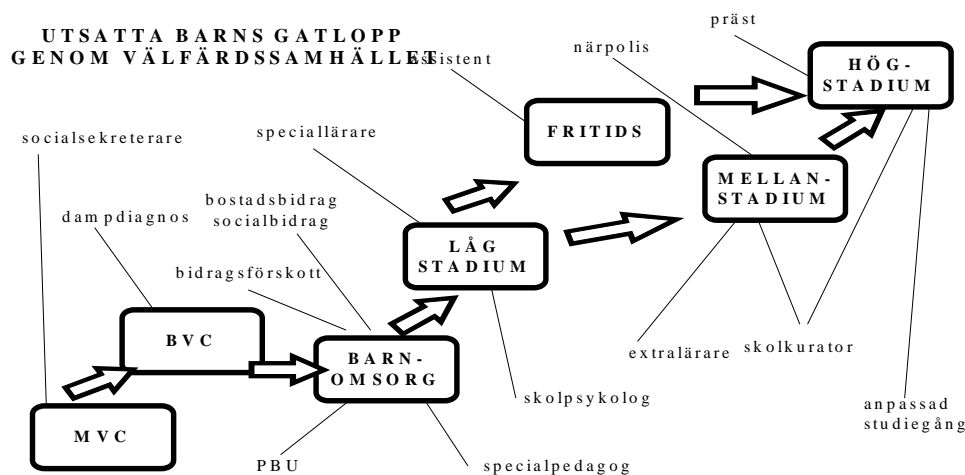
Men modellen innehåller minst två sorters begränsningar. Den ena är då problemet är sådant att många aktörers kompetens krävs för att lösa det. Ingen enskild aktör sitter inne med svaret. Låt oss ta barn i riskzon som ett exempel. Så är det ofta med dem. Många aktörer måste samarbeta för att bistå dem. Den andra begränsningen är att modellen bygger på tanken att det är experterna som sitter inne både med svaret och ansvaret för lösningens genomförande. Individerna tenderar att hjälplösförklaras. Den hjälplösa välfärds människan.



**RISKZONSBARNEN  
OCH PYRAMIDERNA**



Vi får ett mönster där den enskilda människan på kort sikt inte får någon lösning på sitt problem och på lång sikt får sin sociala hjälplöshet förstärkt. Studerar man just gruppen utsatta barn, kan man mycket klart se ett mönster där de under sin uppväxt löper ett slags socialpolitiskt gatlopp mellan olika offentliga experter.



Man skulle i det här fallet kunna kalla de utsatta barnen för gråzonsmänniskorna. De som faller mellan stolarna. De för vilka skyddsneten inte är för glesa utan helt felbyggda. Man skulle också kunna säga att detta problem berör de sköra människorna. Det är om dessa människor denna strategi handlar. De är sannolikt ganska många. De är högkonsumenter av välfärd. De återkommer under sin livsbana, hos i princip alla berörda myndigheter och aktörer. De far illa och de kostar väldigt mycket pengar.

## Mekanismerna - exemplet äldre sjuka och svarte petter

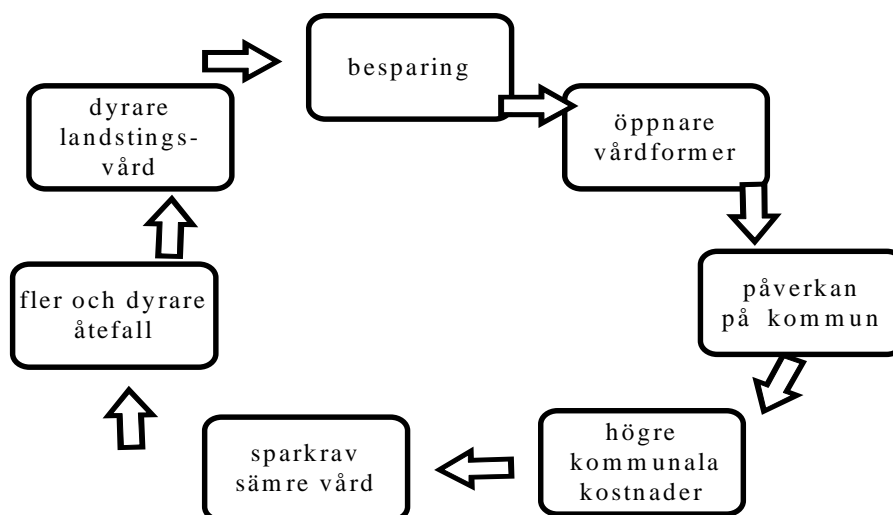
Det finns också självförstärkande och onda cirklar i gråzonsproblematiken. Låt oss titta på en grupp som idag i högsta grad är aktuell och påverkar kommun och landsting med stor kraft; äldre sjuka. Men mekanismerna nedan skulle lika väl kunna appliceras på missbrukare, svårplacerade på arbetsmarknaden eller psykiskt sköra människor. För många sjukdomsgrupper innebär vårdarbetet att man möter patienten i flera olika steg i en vårdkedja. Ofta är det så att denna vårdkedjas olika delar finns inom olika delar av den offentliga organisationen. Delar som inte alltid har en välutvecklad samverkansmetodik och stundtals direkt motstridiga intressen. Det har stundtals uppstått en sorts Svarte-Petterspel kring "olönsamma" patienter<sup>1</sup>. För äldre sjuka är behovet av samverkan särskilt tydligt. Deras vårdproblematik omfattar många olika aktörer

<sup>1</sup> detta gäller bl.a. långtidsarbetslösa, missbrukare, psykiskt sjuka med diffusa diagnoser, människor med "ont i själen", diffusa rygg-nackdiagnoser. Detta har visats bl.a. i finsam, socsam, Stenungssundsmodellen samt resam (SPU 1996:54)

I gruppen äldre sjuka återfinns åtminstone följande olika aktörsgrupper; akutsjukvården med akutmottagningar, medicinska och ortopediska vårdavdelningar, geriatrik med slutna vårdavdelningar, SAH och växelvård, primärvård med vårdcentraler, hemsjukvård och PAH, socialtjänsten med biståndsbedömning, sjukhem, hemtjänst, frivilligorganisationer samt anhöriga.

Besparingar inom sjukvården leder till att man tenderar att mer och mer korta vårdtider, förkorta den inledande rehabiliteringsprocessen samt en förändring i riktning mot mer öppna vårdformer. Incitamenten för sjukvårdens olika producenter går entydigt åt detta håll.

Tillspetsat tenderar vi att få en situation där landstingets olika vårdaktörer, var och en för sig på logisk grund, överför kostnader på den öppna vården och den kommunala sektorn. Den kommunala sektorn har redan tidigare och får som en följd av det ökade vårdbehovet ytterligare brist på pengar och tvingas spara varför omhändertagandedelen inte blir tillräckligt omfattande eller tillräckligt bra vilket leder till att patienter återförs akut till landstinget men på en dyrare vårdnivå, vilket leder till att besparingskraven ökar för landstinget med ytterligare krav på de öppna vårdformerna vilket leder till ytterligare belastning på kommunen vilket i sin tur, osv.... Förloppet illustreras i följande figur



Samarbetet kring patienten har omvandlats **till en ond och självförstärkande cirkel**. Detta trots att varje enskild aktör agerar helt logiskt utifrån de incitament man har. Med nuvarande incitament är följande logik giltig; ingen tjänar på kort sikt på samverkan, alla förlorar på lång sikt på utebliven samverkan. Vi får ett **svarte petterspel om de dyra klienterna**

Men det finns alternativ. Vid en studie i Nacka har man funnit att för klientgruppen patienter med stroke, innebär övergången till en samverkansmodell att man för varje enskild patient har en sparpotential på cirka 1 miljon kronor under en femårsperiod efter insjuknandet.

## Intressentbilden - exemplet svårplacerad på arbetsmarknaden

Låt oss nu titta på en tredje mekanism; intressentbilden. Kring alla de behovsgrupper vi studerat med utgångspunkt i samverkansproblematiken kan man tämligen snabbt se att de berör en stor grupp av intressenter. Låt oss nedan se hur det kan se ut för behovsgruppen svårplacerade på arbetsmarknaden.



Betraktar man verkligheten på detta vis kan man konstatera några olika saker. För det första så är det strängt taget ingen aktör som på allvar placerar klienten i centrum. Man placerar sin egen organisation och dess behov i centrum. Alla jobbar för sig. Sänkta socialbidragskostnader eller halverad öppen arbetslöshet för att nämna två mål.

Det finns för processen ingen gemensam ledning. Många aktörer arbetar med en komplex fråga under lång tid, med olika syften och olika metoder med en och samma människa utan att i egentlig mening koordinera sina insatser. Det finns ingen som tar ansvar för helheten. Inte ens individen själv som blir klientifierad. Detta betyder också att man inte bara arbetar oberoende av varandra utan också att man stundtals motarbetar varandra och har motstridiga intressen. Det som blir tydligt då man ser världen på detta vis är behovet av en gemensam plattform samt gemensamma mål och strategier för arbetet med samma grupp av människor.

### Slutsatser

Slutsatserna av detta är att vi får en verksamhet som blir onödigt **dyr**, som inte ger den effekt vi kan förvänta, som blir **ineffektiv** och som skapar onödigt mänskligt **lidande**. Det är också en modell som för den enskilda människan **förstärker hjälplösheten och fragmenterar livet**. Vi får med andra ord inte full valuta för de resurser vi använder.

## Att betrakta behovsgrupper i stället för produktionsstruktur

Det vi här talar om är alla de typer av klienter, kunder, patienter till offentliga tjänster som är sådana att deras problem inte kan lösas ensamt av en enda offentlig aktör utan där problemlösning förutsätter samverkan mellan många olika aktörer. Människornas behov överensstämmer inte med strukturen i det offentliga utbudet. Som vi har illustrerat ovan möter vi då minst tre sorters problem; **det sociala gatloppet och de hierarkiska pyramiderna (den sociala hjälplösheten), svarte petterspelet kring olönsamma klienter samt den komplexa ledningslösa intressentbild.**

Detta betyder att då man ska tackla välfärdsproblemen för dessa grupper måste man ta en annan utgångspunkt än dagens rådande organisationsstruktur. Det kanske mest meningsfulla perspektivet är då att utgå från de kund- eller behovsgrupper som är mest intressanta. Då dyker tre typer av frågor upp. Vilka är dessa grupper? Hur stora är dessa grupper? Hur ser deras behovsbild ut och hur kan man tackla den? Nedan ska vi försöka besvara dessa tre frågor

### Behovsgrupperna och problemets omfattning

Vid studier, både i hela landet, för hela Södertörn och för Nacka specifikt, är mönstret sådant att samma målgrupper eller behovsgrupper ständigt återkommer. Följande behovsgrupper har identifierats som särskilt intressanta i Nacka;

- utsatta barn och ungdomar i riskzon	2.000
- personer med rygg-nackbesvär	400
- personer med missbruksproblem	400
- långtidsarbetslösa och svårplacerade på arbetsmarknaden	2.000
- personer med psykisk ohälsa	400
- äldre sjuka	500
- <b>summa</b>	<b>5.700</b>

## ERFARENHETER AV SAMVERKAN I NACKA

### Vad finns idag

I Nacka sker idag samverkan på ett flertal olika nivåer där två, tre, fyra eller fler aktörer är engagerade. Denna samverkan kan indelas i några olika ambitionsnivåer

- \* **vardagssamverkan** mellan handläggare på olika nivåer kring rena klientärenden, t.ex. kontakt mellan BVC och barnomsorg kring ett barn
- \* mer **strukturerad samverkan** som sker mer eller mindre regelbundet inom ramen för ordinarie organisation, t.ex. vårdplanering äldre
- \* konkreta **samverkansprojekt** mellan kommun och minst en annan aktör, t.ex. Nacka samarbetsprojekt
- \* övergripande samverkan kring politisk **ledning för samverkansfrågor** i Nacka t.ex. Nacka Kontakt- och Samrådsgruppen (representanter från kommunstyrelse och sjukvårdsstyrelse)
- \* **strategisk ledning, projektering och planering för samverkan**, t.ex. i projektet samverkan för välfärd i Nacka

Vi får en sorts samverkanstrappa



**Slutsatser;** det finns positiva erfarenheter på strängt taget alla nivåer utom den översta. Vi vill här stärka samverkan på alla dessa nivåer. Men, vad som är särskilt viktigt är att den strategiska samverkan och nätverksledningen av samverkansfrågorna ges legitimitet och beslutskompetens

## Konkreta hinder för samverkan

I olika sammanhang har aktörer i Nacka angett följande hinder för utvecklad samverkan

- \* bristande kunskap om varandra
- \* ej överens om den verklighet man arbetar i (olika mentala kartor)
- \* bristande insikt om (effekten av) att man har olika uppdrag - leder till konflikt
- \* gemensamt synsätt och referensram saknas
- \* olika syn på medborgarens ansvar respektive hjälplöshet
- \* olika syn på frågan om att hjälpa medborgaren att bli försörjd eller hjälp till självhjälp
- \* revirkamper kring gränserna om medel och klienter
- \* orken att driva det som ligger utanför det vanliga ledningsuppdraget
- \* sparbetingen leder till att de gråzoner där samverkan sker minskar
- \* bristen på gemensamma och konkreta mål
- \* bristen på drivande gemensam och övergripande ledning kring dessa frågor
- \* bristen på mätmetoder för att mäta framgång
- \* brist på eldsjäljar som kan och vill driva samt *har mandat*
- \* hur fördela kostnader och intäkter av samverkan

## Dynamiken bakom dessa hinder

Bakom dessa konkreta problem finns en mer underliggande dynamik. Denna dynamik måste man komma åt för att lyckas i ett samverkansarbete. I punktform handlar det bl.a. om;

- \* multiproblem kräver **multikompetens**
- \* den avsedda rehabiliteringstrappan saknar flera trappsteg ;**glappet i rehabtrappan**
- \* **Svarte-Petterspelet** med den olönsamme klienten
- \* de självförstärkande **onda cirklarnas** problematik
- \* den **digitala människosynen**; tendensen att se människor som helt arbetsföra eller helt utslagna

- \* de **hierarkiska strukturerna** och den **fragmenterade välfärdssynen**
- \* den **hjämlösa välfärdsmänniskan**; klienten som behandlat objekt i stället för agerande subjekt
- \* **utslagningsryssjan**; en gång utslagen alltid utslagen (den sociala brännmärknigen)
- \* **in-the-long-run-we're-all-dead-syndromet**; ingen ser och beaktar effekter på lång sikt
- \* **ingen stämmer i bäcken**; ingen aktör har incitament att agera tidigt och arbeta preventivt
- \* **någon annan betalar notan - effekten**, aktörer gör insatser som leder till kostnader för andra och negligerar detta
- \* **enfald i stället för mångfald** i klientsyn; diagnos ställs utifrån den sektor där klienten "råkar" hamna - inte utifrån ett samlat perspektiv på individen
- \* **stamkundssyndromet**; godartade klienter behålls för att ge handläggaren/behandlaren tillfredsställelse eller intäktskällor (naturligtvis sker detta ytterst sällan medvetet)
- \* **tron på den sanna läran**; varje sektors föreställning om att äga den rätta klientsynen

## NACKAMODELLEN FÖR SAMVERKAN

De erfarenheter av samverkan som växt fram i samspel mellan olika aktörer i Nacka har lett till att en gemensam grundsyn, ett synsätt och en arbetsmetod för att initiera, stödja och utveckla samverkan har växt fram. Den bygger på ett antal komponenter, nämligen följande;

- \* i grunden en **nätverksmodell** baserad bl.a. på ett antal gemensamma värderingar
- \* en gemensam och övergripande **ledningsfunktion i nätverksform** med en **strategisk** och långsiktig avsikt
- \* en gemensam och övergripande **vision** för vad som ska uppnås och gemensamma mål för det kortsiktiga handlandet samt en gemensam kalkylmodell för att värdera förskjutningar av kostnader och intäkter
- \* en identifiering av de **behovsgrupper** som är centrala för samverkan samt att huvuddelen av allt operativt samverkansarbete sker kring dessa behovsgrupper som leds i nätverksform
- \* arbetet sker bl.a. som genomförandet av ett antal **försöksprojekt** med syfte att utveckla och utforska arbetsmetoder
- \* samverkansarbetet baserat dels i en **välfärdssyn och klientsyn**, dels i en **organisationssyn** för imaginära organisationer och nätverksorganisationer



- \* **arbetsseminarier** med en genomarbetad pedagogik gemensamt för flera/alla behovsgrupper som en **kommunikations- och återkopplingsmodell** samt en modell för ständigt lärande och förändring
- \* samspelet starkt **person- och relationsbundet** - det normala för nätverk - och utvecklas ständigt i en medveten och systematisk kommunikationsprocess

## STRATEGI, MÅL OCH AKTIVITETER

### Långsiktig vision - strategisk inriktning

#### *Bärande principer*

- \* **kommuninvånarnas behov i fokus** (en gemensam kundsyn bör råda - denna står delvis i motsats till en producentorienterad klientsyn) och verksamheten ska vägledas av en gemensam vision och gemensamma mål
- \* **helhetssyn** kring problem, behov och klient ska råda och de **gemensamma och samlade resurserna** ska vara en utgångspunkt vid problemlösning
- \* **samverkan** utgör del av **professionaliteten** inom "vårdförsektorn" och samverkan ska utgå från och respektera **de olika aktörernas uppdrag och kärnkompetens**
- \* bygger på **gemensam klient/människosyn**, där människan betraktas som en ansvarstagande vuxen person med förmåga att både vilja och kunna (i större eller mindre omfattning) ta ansvar för sitt eget liv
- \* samverkan ska utgå från och respektera **de olika aktörernas uppdrag och kärnkompetens**

#### *Tänkbar vision och strategi*

På en mer pragmatisk nivå har en mer kortfattad vision och strategi växt fram. Den skulle kunna ha följande formulering

- \* samverkan används som ett normalt och etablerat förhållningssätt och arbetsmetod inom Nacka
- \* utgångspunkten är att Nackaborns behov, inte de enskilda välfärdsproducenternas behov, sätts i centrum. Detta för att uppnå större effekt och högre kvalitet samt att skapa effektivare och billigare insatser
- \* den samverkan som sker, äger huvudsakligen rum som arbete i tillfälliga projekt, nätverk och s.k. imaginära organisationer

- \* den samverkan som sker ska präglas av en hög grad av pragmatism och entreprenörskap, lösa problem i stället för att utreda dem
- \* förebyggande och hälsofrämjande arbete ska vara arbetets tyngdpunkt och fokus
- \* projekt ska i första hand baseras på idéer som skapas "ute på fältet", den centrala ledningsfunktionens uppgift är att formulera en långsiktig och övergripande strategi, att stödja och stimulera sådana idéer, samt skapa förutsättningar för detta idéarbete
- \* en kungsväg till framgång är kunskap om varandra, attitydpåverkan och ett gemensamt synsätt kring klienten på organisationernas basnivå - förankring och dialog
- \* samverkan utgår alltid från den egna verksamhetens kärnkompetens och är ett led i att utveckla ett professionellt förhållningssätt

## **Mål att uppnå under 1997**

### *Ledning och strategi*

- \* en gemensam **ledningsfunktion etableras** och ges resurser
- \* en **metod för nätverksledning** i Nacka etableras under året
- \* accept hos alla ingående organisationers uppdragsgivare för den gemensamma samverkansstrategin, dess visioner och mål
- \* en diskussion har påbörjats om hur begreppet **framgång** i samverkan ska definieras Detta ska konkretiseras såsom exempelvis konkreta framgångsparametrar, nyckeltal el dyl
- \* påbörjat arbete med att konkret delta i varandras lednings-, uppföljnings- och styrrutiner

### *Behovsgrupperna*

- \* varje behovsgrupp ska under året ha formulerat mål, handlingsplan för 1997-98 samt en långsiktig färdriktning för sitt verksamhetsområde - strategi
- \* för varje behovsgrupp har etablerats någon form av nätverksledning med representanter från varje berörd aktör

### *Information, styrning och uppföljning*

- \* påbörjat ett arbete med att skapa/utveckla ett kommunbaserat uppföljningssystem för klient- och patientflöden inom ett eller ett par behovsgrupper
- \* påbörjat ett arbete med att skapa och pröva ett ekonomiskt informations- och utvärderingssystem för samverkansaktiviteter
- \* identifierat minst ett område där samverkan kan reducera de förvaltningsekonomiska eller samhällsekonomiska kostnaderna med minst 25% samt formulerat förslag för hur detta ska gå till
- \* inlett en dialog och utvecklingsprocess har inletts med syfte att förändra incientsstrukturen i en mera samverkande riktning t.ex. genom förändrade ekonomiska spelregler eller finansiell samordning som ska motverka svartepettereffekten

### *Skapandet av gemensam kultur*

- \* hos ett antal nyckelaktörer ska ha påbörjats ett arbete med att skapa en gemensam bild av Nacka som gemensamt intresseområde och med gemensam grundsyn kring ett antal välfärdsfrågor
- \* påbörjat arbete med att skapa en gemensam organisationskultur