

Samordningsförbundet VärNa
Rapport nr 2019–038



Fungerande metoder och samverkansinsatser för Samordningsförbund

En Kartläggning åt VärNa samordningsförbund

Grape, F.D, Institutionen för Socialt arbete (Ove.grape@umu.se)
Arezo Rezvani, Institutionen för Socialt arbete



Innehållsförteckning

INLEDNING	1
SYFTE	2
AVGRÄNSNINGAR	3
METOD	3
EVIDENS OCH EVIDENSBASERAD PRAKTIK	4
EVIDENSBASERAD PRAKTIK I MÄNNISKOBEHANDLANDE ORGANISATIONERS VERKSAMHET	4
MÄTNING AV KVALITET OCH EFFEKTIVITET	5
ATT UPPMÄRKSAMMA OCH IDENTIFIERA BAKOMLIGGANDE PROBLEMATIK	8
RISK- OCH SKYDDSAKTORER	9
STANDARDISERADE BEDÖMNINGSTRUMENT	10
INDIVIDINRIKTADE INSATSER FÖR PERSONER MED KOMPLEX PROBLEMATIK	12
TIDIGARE UPPFÖLJNINGAR OCH UTVÄRDERINGAR	13
OLIKA KATEGORIER AV INSATSER	14
BIP-PROJEKTET	15
INSATSER FÖR UNGA	16
<i>Supported Employment</i>	17
<i>Biologdesignen</i>	18
DEN ORGANISATORISKA KONTEXTEN: SAMVERKANSFAKTORER OCH SAMVERKANSDIMENSIONER	20
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	22
SAMMANFATTNING	25
REFERENSER	27

Inledning

Många beställare eller ledare som arbetar med personal, som i sin tur arbetar med människor (så kallade människobehandlande organisationer Hazenfeld (2003, 1983) inom den offentliga sektorn, efterfrågar allt mer någon form av vetenskaplig grund eller validering av metoder för att stärka insatsernas kvalitet och även visa att satsade resurser används på bästa möjliga sätt. Så gör även Samordningsförbund som runt om i Sverige på olika sätt arbetar med att få de individer som ingår i dessa grupper att närma sig arbetsmarknad eller studier. Föreliggande kartläggning är beställd av Samordningsförbundet VärNa som ett led att stärka insatsernas kvalitet gentemot de individer dessa arbetar med, men också för att stärka organiseringen av arbetet i sig självt. Men hur ska vi idag förhålla oss till bedömningen av kvalitetsbegreppet i ett samverkanssammanhang och hur ska vi där veta vilka typer av insatser som verkligen ger mest resultat för varje satsad krona? Vi kommer inledningsvis att börja vår kartläggning med ge en bild av det s.k. evidens-begreppet innan vi går in på de särskilda utmaningar som finns för att bedöma metoder och kvalitetssäkra de organisationer som skall samverka inom ramen för Samordningsförbund.

Under 2000-talet har evidensbegreppet spridits från hälso- och sjukvården till i princip alla andra offentliga människobehandlande organisationer och därmed blivit en företeelse som i det närmaste all offentlig verksamhet idag måste förhålla sig till (Svanevie, 2011, 2006). I vissa fall är det tydligt att det gått ”mode” i själva begreppet ”evidensbaserad” då ordet mycket väl kan användas utan att det finns särskild substans i användningen rent innehållsmässigt eller i den praktiska verksamheten: etiketten kan användas utan substantiellt innehåll ((Svanevie)Jonsson, 2006). I svallvågorna av den tidigare debatten som förts främst mellan huvudmän och forskare för och emot användningen av begreppet EBP i människobehandlande organisationer (se t.ex. debatten mellan Sundell et. al Socialt arbete – mellan evidens och praktik, *Socionomen*, nr 2, s. 63-65) har tonen efterhand inneburit ett något öppnare förhållningssätt gällande just kraven på vetenskapliga ”effekter” och en starkare betoning av praktikernas erfarenheter, brukarens/klientens perspektiv samt den organisatoriska kontexten som omgärdar en viss verksamhet; de flesta forskare, praktiker, huvudmän som SKL och SoS är idag helt överens om att de metoder som används ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, på praktikernas erfarenhet och på klienternas/brukarnas egna önskemål, motivation och vilja till förändring av sin situation samtidigt som hänsyn tas till den organisatoriska kontexten (Oscarsson, 2009; SBU, <https://www.sbu.se/sv/var-metod/>). Arenan för Samordningsförbund skiljer sig i många avseenden från det medicinska fältets, och omfattar här det arbete som sker i syfte att stödja människor med inte bara arbetsrelaterade problem utan i många fall också sociala, ekonomiska, psykiatriska eller socialmedicinska problem som gör att de inte kommer in på

arbetsmarknaden eller kan få ett eget boende. Med en så bred målgrupp bör vi ställa oss frågan, hur vi ska kunna tala om specifika evidensbaserade metoder eller insatser i det sammanhanget och vad menar vi då med dessa? I denna rapport är syftet att ge samordningsförbundets parter en värderad och överblickbar sammanställning över ”väl beprövade” metoder inom sysselsättningsområdet. Låt oss efter syfte och metoddel, börja med ett avsnitt där vi ger en beskrivning av vad uttryck, som ”evidensbaserad” och ”EBP” står för innan vi går vidare till att beskriva de metoder och insatser som används.

Syfte

Det ursprungliga önskemålet från VärNas sida är att komma fram till vilka kombinationer av metoder och förhållningssätt som tillsammans utgör grunden för långsiktiga insatser i samverkan mellan ingående parter som långsiktigt kan planeras, implementeras och genomföras i syfte att öka insatsernas kvalitet och organisering. Med ökad kvalitet på insatserna avsågs följande: insatser som leder till en mer hållbar lösning för den enskilde som ingår i målgruppen arbetssökande och/eller långtidssjukskriven i behov av stöd från fler än en myndighet för att nå arbete och egen försörjning. Med hållbar lösning avses ”rätt beslut för rätt person” (t.ex. sjukersättning eller stöd att hitta vägar som leder till arbete eller utbildning, allt beroende på den enskildes förutsättningar hälsa och ålder) bättre nyttjande av myndigheternas samlade resurser, kortare tid i offentlig försörjning och minskat behov av vård.

Även om vi är medvetna om att kvalitet för den enskilde inte nödvändigtvis behöver vara samma sak som ett bättre utnyttjande av myndigheternas samlade resurser, avser vi att endast försöka beskriva metoder som samtidigt som de ökar kvaliteten i insatserna för den enskilde också kan gagna myndigheternas nyttjande av sina resurser. Emellertid är vår studie huvudsakligen avgränsad till kartläggningen av metoder, och inte granskning av metoder för ökad kvalitet i nyttjandet av myndigheternas resurser. Vi kommer emellertid att diskutera faktorer som ökar sannolikheten för effektiv samverkan eftersom detta är viktigt för skapandet av goda resultat som kan öka kvaliteten i myndigheternas arbete inom ramen för samordningsförbundets verksamhet. Denna kvalitetsökning antas därför också gagna den enskilde genom ökad kvalitet i utförandet av insatserna. Ökad kvalitet för den enskilde samt ökad kvalitet och långsiktighet för de medverkande myndigheterna definierar vi operativt således på följande sätt:

- a) *Ökad kvalitet för den enskilde.* Denna dimension innebär fokus på hållbara insatser som kortar tiden för individer att komma in på arbetsmarknaden, till studier, minskat behov av vård

eller att dessa får ”rätt” beslut, som i detta fall kan innebära en övergång från försäkringssystem tänka för kort tids ersättning till försörjning från försäkringssystem som är tänkta av att fungera mer långsiktigt t.ex. sjukersättning.

- b) *Ökad kvalitet och långsiktighet för de samverkande organisationerna.* Här kommer fokus att ligga på faktorer som ökar sannolikheten för att integrationen av samverkan skall kunna förbättras långsiktigt. Exempel på detta är skapandet av bättre strukturer och rutiner för koordinering, styrning och ledning av de gemensamma insatserna som operativt förväntas leda till samverkan som ger tidsvinster och bättre resultat för personal och ledning, samt individer.

Avgränsningar

Avgränsningarna är följande. Vi belyser inte ekonomiska aspekter och inte hur implementering av de faktorer som vi lyfter fram skall ske. Men vi vill också betona att ingen metod hur väl validerad den är, och ingen samverkan kan fungera utan ett omfattande fokus på implementeringsarbete i enlighet med de riktlinjer som t.ex. Fixsen et.al (2005) rekommenderar. Vi kommer heller inte att fördjupa oss i samverkansteorier eller forskning kring samverkan eftersom VärNa har för avsikt att göra just detta i en annan rapport. Däremot betonar vi att de insatser som sker inom ramen för samordningsförbunds verksamhet, måste ha en fungerande samverkanskontext för att fungera.

Metod

Metodologiskt är detta en litteraturgenomgång där vi i huvudsak kommer att förhålla oss till forskning som består av forskningsöversikter över a) metoder och insatser som primärt används av Samordningsförbund och sekundärt kretsar kring arbetsrehabilitering som används i samverkan mellan flera aktörer inom detta rehabiliteringsområde. Metoderna och insatserna ska vara målinriktade mot integration på arbetsmarknaden/studier eller avförande från arbetsmarknadspolitiska insatser genom t.ex. sjukersättning. b) faktorer och dimensioner som ökar sannolikheten för framgångsrik samverkan. I vissa avseenden kommer dessa rapporter kompletteras med annan forskning som erbjuder fördjupning av vissa av de begrepp som framkommer som relevanta. Eftersom det också ingår i vårt uppdrag att koppla litteraturgenomgången till begreppen evidens och evidensbaserad praktik inleder vi först med en förklaring av hur begreppet evidensbaserad praktik kan användas på detta område.

Evidens och evidensbaserad praktik

Evidensbaserad praktik i människobehandlande organisationers verksamhet

Evidensbaserad praktik är ett begrepp som överförts från det medicinska området till det samhällsvetenskapliga området. Begreppet skapades först av medicinaren David Sackett, och hans ursprungsförklaring av begreppet var följande:

”...the conscientious (medvetet, engagerat), explicit (tydligt) and judicious (förståndigt, klokt) use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients” (Sackett 1997)

Evidensbegreppet brukar förklaras som bestående av tre komponenter: bästa forskningsunderlag som finns tillgängligt (evidens), klinikerns, eller praktikerns egna erfarenheter samt brukarens/patientens/klientens egna uppfattningar och önskemål om behandling (Oscarsson, 2009). I den tidiga EBP debatten fokuserade mycket kritik och argumentation från forskare inom socialt arbete mot huvudmännens fokus på den första evidens-komponenten. Precis som inom medicinen betonade organisationer som IMS och SKL främst forskningsunderlag baserade på stora randomiserade studier med kontroll och experimentgrupper (RCT-studier) (Tengvald i IMS rapport 2007), medan de två andra benens betydelse tonades ned (Bergmark och Lundström 2006). Efterhand har debatten lagt sig och de olika parterna har närmast sig varandra i en förståelse av att värderingen av insatser i människobehandlande studier dels behöver kompletteras med andra former av studier än inom det medicinska området, dels i att det *är* viktigt med studier som kan användas för att bedöma om metoder är effektiva, verkningslösa eller t.o.m. skadliga för klienter.

En grundläggande definition och ofta använd definition av EBP betonar att de kunskaper som används samt de insatser som genomförs ska vara bättre än de tidigare, och helst billigare, inte mycket dyrare, men definitivt inte skadliga eller meningslösa (Bergmark, Bergmark, och Lundström, 2011). En insikt är att det kan vara stor skillnad på en studies statistiska *effekter* och begreppet *effektivitet*, som handlar om hur effektiv en insats är i operativa verksamheter: dvs. om insatser är väl fungerande i praktiken, kan vara en annan sak än om det har visat effekter i en experimentell eller kvasi-experimentell studie (a.a). I SOU 2008:18 menar man att EBP står för följande: ”med *evidensbaserad praktik* menar vi en praktik som är baserad på en sammanvägning av brukarens erfarenheter, den professionelles expertisen samt bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap” (SOU 2008:18, s. 10). Medarbetaren ska alltså ha tillgång till bästa tänkbara kunskapsbas på området, själv ha god klinisk kompetens och expertis, god teknisk kompetens samt ha rutiner och teknik för att få tillgång till databaser för att kunna kolla upp all tillgänglig uppdaterad forskning på området och utifrån det fatta beslut om rätt insats vid rätt tillfälle. Detta kan i teorin vara

önskvärt men knappast sannolikt i dagens slimmade organisationer. En mer sannolik modell är att det på en arbetsplats eller i ett nätverk av aktörer finns en grupp människor som har i uppgift att göra denna kunskapskontroll och sedan sprida det till den operativa personalen (Bergmark, Bergmark och Lundström, 2011). Det sistnämnda förhållningssättet kallar författarna (a.a.) för evidence informed practice, vilket förefaller vara en fungerande praktisk hållning.

I tidigare nämnda rapport från IMS (Tengvald, 2007) betonas också att utvärderingar av en viss behandlingsmodell bör innehålla information om eventuella skillnader mellan klientens situation, före respektive efter genomgången behandling (Andréasson i IMS rapport 2007). Detta perspektiv är det som kanske enklast kan föras över till sociala insatser som förutsätter personlig kontakt mellan personal och klient. Med ett alltför strikt evidensperspektiv kan således studier som inte är experimentella att falla bort som evidensbaserade och således leder till att många behandlingsmetoder som tidigare sett som acceptabla plötsligt ses som oklara gällande värdet av de insatser som görs (se t.ex. debatten om KBT vs Psykodynamisk terapi, t.ex. Maroti och Granberg, Dagens Medicin, 2018-01-25 07:00). Insatser skall enligt det striktare synsättet vara kostnadseffektiva, ha en hög intern trovärdighet, dvs. att resultat som uppkommer skall bero på insatsen och ingenting annat, extern trovärdighet, som innebär att metoderna ska vara effektiva i vardagsarbetet. Enligt ett mjukare synsätt gäller allt lika med ovanstående formulering, men med skillnaden att det inte alls är säkert att fastställa *exakt* vad en insats beror på när RCT studier saknas, och om det alls är nödvändigt att veta detta. Med något mindre krävande utvärderingsmetodik än RCT studier kan man åstadkomma mätningar där inte effekter utan effektiviteten i behandlingsinsatser kan mätas före, under och efter insatsens genomförande. Genom före-under-efter studier i insatsernas naturliga miljöer går det att komma fram till om effekterna har varit goda, effektlösa eller negativa utan att exakt kunna säga något om netto-effekten av en viss insats innehåll, s.k. brutto-effekter. Ett bredare perspektiv utesluter således inte att s.k. experiment eller kvasi-experimentella studier görs, utan breddar perspektivet av vilka studier som är möjliga att göra. Vi ska se lite närmare på skillnaderna mellan brutto- och nettoeffekter nedan.

Mätning av kvalitet och effektivitet

Graden av evidens, eller styrkan i studiers evidens, brukar ofta mätas. Bl.a. kan evidens enligt t.ex. Farrington m.fl. mätas på en enkel femgradig skala (Farrington m.fl. 2002, s.16–17). Fem eller sju gradiga skalor är konstruerade för att på ett enkelt sätt göra interna validitetsprövningar av olika studier begripliga för utomstående. Evidensgrad 1 (låg grad av evidens), utgörs t.ex. av sambandsstudier vid ett tillfälle, och i ökande grad ställs krav på vetenskaplig stringens upp till grad

5 (högsta grad av evidens) som är multipel randomisering (slumpmässighet) mellan behandling och jämförelsegrupper.

Oavsett vilka metoder som används för att mäta effekter i olika studier är det oftast mycket svårt att utesluta att en påverkan har skett av externa faktorer som inte har med behandlingen att göra. Många forskare inom det samhällsvetenskapliga området menar snarare att det är bättre att försöka inkludera dessa faktorer och ta hänsyn till den kontext som insatserna sker i, de s.k. bruttoeffekterna. Bruttoeffekterna utgör summan av alla insatser och de positiva och negativa sidoeffekter som dessa insatser resulterat i vid en tidpunkt då mätningar görs efter det att insatserna avslutats. Betydelsen av relationen mellan klient/klienter och behandlande personal är väl utforskad. En viss metods specifika karaktär har i många studier jämförts med de s.k. allmänna komponenternas karaktär. Dvs. de som finns i alla typer av mänskliga relationer eller möten. Forskningen på området (Wampold, 2014; Messer och Wampold, 2002) visar beroende på studier att endast mellan 4–10% av variansen (skillnaden) mellan olika specifika metoder kan förklaras av den specifika metodens karaktäristika, dvs. netto-effekten av en insats. Resten av behandlingseffekterna åstadkommes av de allmänna faktorernas utförande och karaktär. Det brukar ibland i vetenskapliga sammanhang kallas för ”The dodo bird verdict” (från Alice i Underlandet) (Bergmark, Bergmark och Lundström, 2011) och innebär att de allmänna faktorerna skapar ca 90–95% av de sociala insatsernas resultat. Alla metoder är med detta resonemang ungefär lika bra, eller lika dåliga (”alla vann och alla måste få ett pris” som Dronten säger i Alice i Underlandet). Allmänna faktorer kan exempelvis röra sig om externa kontextuella faktorer i form av arbete, bostad, etc. och interna i form av professionell behandlingsmiljö, terapeutiska allianser med socialarbetare, klientens förväntningar, tillitsskapande, trovärdiga förklaringar, etc. Viktigt att notera här är att EBP i dess mest sammansatta form (vetenskaplig evidens, brukarens/klientens/patientens perspektiv och behandlarens professionella bedömning) faktiskt rör alla dessa faktorer och dimensioner: såväl de specifika som de allmänna kan mätas!

Såväl vetenskapligt såväl som operativt går det inte säkert att utgå från att det alltid finns väl dokumenterade metoder som alltid går att tillämpa schematiskt, för en viss behandling eller insatsområde. Alla människobehandlande verksamheter kräver som vi sett anpassning till brukarens vilja (och motstånd), behandlingsallianser, till organisationens resurser, till kontexten för den enskilda personens specifika problembild etc. Blom och Morén (2007) menar att man borde se att frågan om ”rätt form” av kunskap, eller ”fungerande” kunskap, sätts i relation till vem eller vilka kunskapen riktar sig till och under vilka situationer, samt fråga sig hur de generativa

mekanismerna bakom ett visst resultat ser ut. D.v.s. vilka kausala orsakssamband finns mellan resultatet en viss form av insats och de faktorer som ligger till grund för att detta resultat uppstår? Detta synsätt sägs mer rikta sig till hur praktiker skall kunna förhålla sig till kunskap i en viss situation än vad riktlinjer, programtrohetsskalor och scheman gör. Dvs. en framkomlig och realistisk väg för praktiker att förhålla sig till kunskap. En viss insats sammantagna evidens ses t.ex. av Blom och Morén (2019) på grundval av detta, utifrån att kontextuella faktorer som t.ex. samhällsstruktur och socialförsäkringssystemens utformning och de psykologiska faktorer som utgör en viss persons närmaste kontext, påverkar aktörernas (personalens samt gästens, klientens, brukarens) tolkning och sedan utformning av insatserna och därmed utlöser olika reaktioner som i sin tur genererar lång- och kortsiktiga resultat. Detta sammanfattas som den s.k. KAIMEr-modellen: kontext, aktör, insatser, mekanismer samt resultat (a.a. 2019). De kortsiktiga effekter som kan synas efter mätningar av specifika insatser kan visserligen ofta mätas men den verkliga nyttan framkommer först i hur det gått för klienten på lång sikt (Hultkranz, 2015). Dessa måste dock estimeras och bedömas i form av kausala kedjor. Dvs. som bruttoeffekter. Samhällsekonomiska vinster av att bryta utanförskap, säger således inget om själva insatsernas kvalitet i det givna tillfället (a.a., 2015).

Det förefaller därför klokt att fokusera på helheten av faktorer, såväl det tekniska utförandet som de allmänna faktorernas utförande. Att personalen över tid träffar klienten, bedömer hjälpbehovet, pratar, skapar en allians där personerna kan vinna varandras förtroende och behandlingsallianser parat med specifika metoder för arbetssökande, utbildning i en rörelse mot arbetsmarknad eller studier eller beslut som sjukersättning etc. verkar således vara centralt. Viktigt för utförandet är även att skapa stödstrukturer för personalen i deras arbete som gör att de kan maximera stödet till de insatser som faktiskt används, oavsett vilka dessa är vid bedömning av metodens effektivitet i det operativa arbetet. Vi sammanfattar detta avsnitt med att säga följande: metoder och insatser består av två delar. Ett metods specifikt tekniskt utförande (som kan mätas med programtrohetsskalor) och en stor komponent av det som kallas för ”allmänna faktorer”. Metodens utförande är viktigt eftersom detta inbegriper en behandlingsallians mellan utförare och klient. Klientens inställning till att delta som aktiv part i insatsen är lika viktig som de ovanstående delarna. Den organisatoriska kontext i vilken metoden ges är också viktig eftersom den skapar förutsättningar för den person eller det team som skall ge och leda insatsen. I nedanstående avsnitt går vi nu vidare med denna tankefigur genom att först belysa insatser och metoder för den enskilda individen. Sedan går vi vidare till den organisatoriska kontext där samverkan sker och de faktorer och dimensioner som kan stärka personalens arbetsinsatser i samverkan med varandra.

Att uppmärksamma och identifiera bakomliggande problematik

Personer med försörjningsproblem är en heterogen grupp med skiftande individuella behov och behöver många gånger stöd från flera aktörer samtidigt för att komma tillrätta med problemen och bli självförsörjande. Behov av ekonomiskt bistånd beror till stor del på arbetslöshet, oftast på grund av att man saknar arbetslöshetsersättning (Socialstyrelsen, 2011; SOU 2011:11). Vilka insatser som kan vara relevanta, vilka verksamheter som behöver samverka och på vilket sätt beror på personens individuella behov. Om den enskilde behöver insatser från flera samhällsorgan ska socialnämnden, enligt 3 kap. 5 § SoL, samverka med dessa om den enskilde ger sitt samtycke. Den som är arbetsför på hel- eller deltid ska i regel vara aktivt arbetssökande, delta i kompetenshöjande aktiviteter och vara inskriven hos arbetsförmedlingen för att ha rätt till försörjningsstöd. Arbetsförmedlingen är en viktig samverkanspart när det gäller stöd och insatser för att arbetslösa personer ska bli självförsörjande. Därmed underlättar det handläggarens bedömning av vilka insatser som kan vara relevanta, om denne har kännedom om dessa insatser och regelverk. Emellertid finns det vissa personer som kan behöva komma tillrätta med problem av annat slag innan ett arbete kan vara aktuellt. Det är därmed viktigt att framhålla att självförsörjning inte alltid är detsamma som försörjning genom förvärvsarbete. Således kan inte ekonomiska problem ses isolerat från människors livssituation i övrigt (Socialstyrelsen, 2013). Många faktorer såsom familjesituation, psykisk ohälsa, användning av alkohol och droger, spelmissbruk, funktionsnedsättning eller utsatthet för våld, kan påverka den sociala funktionen och förmågan att hantera vardagslivet.

Det är av ytterst betydelse att socialsekreterare inom ekonomiskt bistånd uppmärksammar och identifierar eventuell bakomliggande problematik för att personen i fråga ska få rätt insats. Den professionelle behöver således kunna känna igen tecken och problematiska livssituationer eller levnadsvanor genom att ställa frågor som kan underlätta för den enskilde att berätta. Helhetssyn är viktigt kring personer med komplexa livssituationer och handlar framför allt om ett synsätt och innebär bland annat att se människor i hela deras livssammanhang och beakta olika aspekter av deras liv (Socialstyrelsen, 2013). Därmed hör helhetssyn ihop med samverkan varvid ett helhetsperspektiv på den enskildes situation förutsätter att socialnämnden samarbetar med andra på olika sätt. En bedömning och planering för insatser görs lämpligast i samråd med andra verksamheter inom socialtjänsten samt med andra aktörer, t.ex. försäkringskassan och hälso- och sjukvården med flera. Ibland kan det vara nödvändigt att göra avsteg från kravet på aktivt arbetssökande för att underlätta förändring av andra delar av livssituationen, även om den nedsatta förmågan inte är kopplad till sjukdom. Det kan exempelvis röra sig om våldsutsatthet, vilken kan vara en bidragande orsak till långa eller upprepande sjukskrivningar med diffusa symptom. Estrada

och Nilsson (2004) visar att 28 procent av ensamstående mödrar som mottagit ekonomiskt bistånd varit utsatta för våld och hot. Många gånger kan rehabilitering underlätta vägen till egen försörjning och att samverka med hälso- och sjukvården är centralt. Det medicinska intyget eller läkarutlåtandet som socialsekreteraren får ta del av är en viktig del i planeringen av insatser för återgång eller inträde på arbetsmarknaden. Arbetsmarknadsinsatser och hälsofrämjande insatser parallellt med vårdinsatser kan förkorta tiden med arbetsoförmåga (Socialstyrelsen, 2017a). Vid behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan det upprättas en samordnad individuell plan (SIP), om personen det gäller vill det (Socialstyrelsen, 2015, 2017a).

Risk- och skyddsfaktorer

Vad gäller forskning kring insatser som är effektiva för att unga vuxna arbetslösa ska nå egen försörjning, finns mer forskning om Arbetsförmedlingens insatser än kommunala arbetsmarknadsinsatser (Socialstyrelsen, 2017a). Det finns svårigheter med att applicera forskning om arbetsmarknadsinsatser till den målgrupp som socialtjänstens verksamhet möter eftersom dessa ofta har något svårare ställning på arbetsmarknaden. Många arbetssätt och metoder är inte väldefinierade eftersom mycket verksamhet bedrivs i projektform, och dokumentation om dessa finns främst i form av utvärderingar av projekt. Det man däremot kan uttala sig om är risk- och skyddsfaktorer. Enligt Socialstyrelsen (2017a) riskerar vissa grupper av unga att möta större svårigheter än andra på arbetsmarknaden. Unga som har högre risk för arbetslöshet är framför allt utrikesfödda, unga utan gymnasieutbildning och unga med funktionsnedsättning. Vidare visar studier att arbetslöshet har en mer varaktig negativ påverkan på hälsan för de i tidiga vuxenåren än äldre vuxna (Strand, Nilsson, Nordlund & Hammarström, 2015). Som mått på ungas etablering används ofta uppgifter om unga som varken arbetar eller studerar (på svenska UVAS och internationellt NEET).

Enligt en studie från Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) finns ingen större skillnad mellan män och kvinnor vad gäller att befinna sig i en situation där man varken arbetar eller studerar. Emellertid finns det skillnader i orsaker till detta varvid det är betydligt vanligare att kvinnor anger vård av andra (framför allt barn) som en orsak (OECD, 2016). Socialtjänsten kan således ha stöd av risk- och skyddsfaktorer i samband med etablering på arbetsmarknaden. Förutsättningarna för etablering påverkas av både individuella och strukturella faktorer (Socialstyrelsen, 2017a). För målgruppen unga vuxna kan de individuella orsakerna vara brist på kunskap, utbildning och/eller erfarenhet, medan de strukturella orsakerna kan vara tillgången på arbete och utbildningar. Vidare kan föreställningar, normer och ideal som dominerar

i det närmast omgivande samhället avseende att utbilda sig, skaffa ett arbete och bilda familj, vara av stor betydelse (Kåks, 2007). Studier (se t.ex. Engdahl & Forslund, 2016; Hensvik, Müller & Nordström Skans, 2017; Mörk, 2011), visar att det finns faktorer som ökar chanserna för en ung vuxen att ta sig in på arbetsmarknaden:

- Att den unge kan söka arbete på ett ändamålsenligt sätt
- Tidigare anställningar (ger både formell erfarenhet och en positiv signal till potentiella arbetsgivare)
- Ha ett privat nätverk där de flesta har god anknytning till arbetsmarknaden.

Faktorer som försvårar för unga vuxna på arbetsmarknaden (se t.ex. Engdahl & Forslund, 2016; Joyce, 2015) är:

- Inte fullföljt en gymnasieutbildning
- Bo geografiskt långt ifrån arbetsplatser
- Sjukdom eller funktionsnedsättning
- Potentiella arbetsgivare har en negativ förhandsuppfattning om den unges produktivitet (riskgrupper är utlandsfödda, personer med många barn samt de med långa perioder utan sysselsättning).

Standardiserade bedömningsinstrument

Som tidigare nämnts har socialsekreterare en viktig roll att uppmärksamma bakomliggande problem för att personen det gäller får rätt insats. Väl beprövande standardiserade bedömningsinstrument kan användas av professionella inom socialtjänsten som ett stöd för att fördjupa utredningen (Socialstyrelsen, 2017b). Att använda en standardiserad bedömningsmetod innebär att bedöma en situation, funktion eller behov med hjälp av ett vetenskapligt prövat bedömningsinstrument (t.ex. en checklista eller ett index), samt en manual som beskriver hur instrumentet ska användas. Syftet med standardisering är att uppnå ett enhetligt tillvägagångssätt som är oberoende av vem som använder bedömningsinstrumentet (Socialstyrelsen, 2012; 2017b). Enligt 4 kap. 4 § SoL ska de insatser som erbjuds (däribland de som är förändringsinriktade) utformas med skälig hänsyn till den enskildes önskemål och förutsättningar. Några relevanta bedömningsmetoder för verksamheten ekonomiskt bistånd är FIA (förutsättningar inför arbete), AUDIT (alcohol use disorders identification test) och DUDIT (drug use disorders identification test), samt FREDA för att identifiera våldsutsatthet (FIA innehåller samma frågor) (Socialstyrelsen, 2017b).

Målgruppen för FIA är personer som är arbetsökande biståndsmottagare med oklara försörjningshinder (Socialstyrelsen, 2017b). Detta bedömningsinstrument ger klienten möjlighet att berätta om sin situation, vilket ökar möjligheterna att ge klienten individuellt utformade stöd- och hjälpinsatser. Med utgångspunkt i att socialtjänsten kan ställa krav på biståndsmottagare att delta i anvisade aktiviteter, är det viktigt med möjligheten att ta individuella hänsyn. Detta eftersom individen kan ha svårt att leva upp till kraven på grund av omständigheter som inte framkommit till socialtjänsten. Att det ställs krav på att delta i insatser är inte ett problem i sig eftersom majoriteten av biståndsmottagare vill arbeta och vill ha mycket stöd för att komma i arbete (Angelin, 2009; Nybom, 2014). Ändock tyder forskning på att de arbetsmarknadsinsatser som biståndsmottagare erbjuds långt ifrån alltid ökar deras chanser till arbete (Smedslund, Hagen, Steiro, Johme, Dalsbø & Rud, 2006). Vidare påvisar studier att själva kravställandet i sig kan ha både positiva och negativa effekter, beroende dels på hur långt ifrån arbetsmarknaden individen står, dels på vilken sorts insats kravet kombineras med (Dahl, 2003) Det innebär att det är viktigt att anpassa aktiveringsinsatser och krav till den enskildes situation.

Som tidigare poängterats är personer med försörjningsproblem/biståndsmottagare en heterogen grupp där variationen i försörjningshinder och förutsättningar är stor. Ett strukturerat stöd i bedömningen av den enskildes förutsättningar kan hjälpa att klargöra vilka slags insatser som är relevanta för individen i fråga, vilket kan underlätta samarbetet mellan socialtjänsten och arbetsförmedlingen kring målgruppen (Socialstyrelsen, 2017b). Avsaknaden av metoder i allmänhet inom ekonomiskt bistånd bekräftas i ett flertal kartläggningar (Billquist & Dellgran, 2003; SOU 2007:2). Verksamma praktiker har under den senare delen av 2010-talet uppmärksammat Socialstyrelsen på behovet av metoder för bedömning av biståndsmottagares situation och behov.

Avslutningsvis kan nämnas att samhällliga förändringar har medfört nya utmaningar i socialtjänstens arbete med biståndsmottagare och ett behov av professionellt stöd. Kraven på arbetskraftens kvalifikationer har ökat och utbudet av okvalificerade arbeten har minskat (Brulin & Bäckström, 2006; Esping-Andersen, 1996; Åberg, 2003). Biståndstagare som generellt sett har svårast att etablera sig på arbetsmarknaden är ensamstående män, ensamstående kvinnor med barn, vissa invandrargrupper och ungdomar (Bergmark & Bäckman, 2004, 2008; Bergmark & Palme, 2003). I arbetet med att hjälpa biståndsmottagare in på arbetsmarknaden är det viktigt att ta reda på hur personens förutsättningar ser ut. Enligt registeruppföljningar är långvarigt biståndsmottagande särskilt kopplat till låg utbildning samt fysisk och psykisk ohälsa (Halleröd, 2003; SOU 2007:2). De utvecklingsarbeten som tidigare pågått i landet med bland annat Addiction

Severity Index (ASI), motiverande samtal (MI), och Dokumentation Utveckling Resultat (DUR), har visat att omständigheter man tidigare inte känt till om klienten och som kunde bidra med förklaringar till varför klienten inte kommit ut i arbete, upptäcktes när man systematiskt gick igenom klientens situation. Vidare visade erfarenheten att andra verksamheter så som missbruksenheter, tog remitteringar av biståndsmottagare på större allvar när individens situation och behov beskrivits strukturerat och överskådligt (Socialstyrelsen, 2017b). Således finns skäl att använda en standardiserad bedömningsmetod som FIA i förändringsarbetet. De livsområden som ingår i FIA:s del om den sociala livssituationen motsvarar de problem som enligt forskning och praktiskt verksamma är kopplade till långvarigt biståndsmottagande. Livsområden som fysisk och psykisk ohälsa, missbruk och utsatthet för våld i nära relation och utsatthet för andra brott har stöd i forskning om vilka problem som är överrepresenterade bland långvariga biståndsmottagare. Livsområden som boende, socialt nätverk, situationen hemma, skulder, rättslig situation samt närståendes situation har inkluderats på basis av erfarenheter hos de praktiker som deltagit i utvecklingsarbetet med FIA (Socialstyrelsen, 2017b).

Individeriktade insatser för personer med komplex problematik

Det finns en samsyn om att de flesta människor har arbetsförmåga i någon omfattning om man kan hitta rätt kombination av arbetsuppgifter, arbetsförhållanden och arbetsmiljö utifrån den enskilda individens specifika behov. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) skriver i sin rapport (ISF Rapport 2019:4) att samordningsförbunden finansierar rehabiliteringsinsatser för individer med en komplex problematik och kan därmed ha en avgörande roll för dessa individer. Dessa personer är oftast unga, har låg utbildning och varit i offentlig försörjning under långa perioder. Samordningsförbundens uppgift är dels att se till att de personer som behöver samordnade insatser får det stöd och den rehabilitering som möjliggör för dem att bli självförsörjande, och dels se till att personer hamnar rätt eller ”kommer till ett avslut”. Detta innebär att alla personer som blir föremål för en insats finansierad av ett förbund inte nödvändigtvis närmar sig arbetsmarknaden, utan det handlar framförallt om att hitta rätt åtgärd för personen. Vidare finansierar samordningsförbunden både individeriktade insatser riktade till personer med en komplex problematik och strukturövergripande insatser för att stärka samverkan mellan de fyra parterna; kommun/er, landsting eller region, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Syftet med denna del av kartläggningen är att öka kunskapen och kompetensen hos samordningsförbundet VärNa om olika metoder i förhållande till olika målgruppers behov och förutsättningar. Syftet med metoderna handlar i huvudsak om att skapa förutsättningar för målgruppen för samordningsförbundet att ta tillvara sin arbetsförmåga och på sikt bli

självförsörjande genom arbete. Målgruppen för den finansiella samordningen är individer med behov av samordnad rehabilitering och som därmed behöver rehabiliteringsinsatser från fler än en aktör för att bli självförsörjande genom eget förvärvsarbete. Inledningsvis redogörs för en sammanfattning kring tidigare utvärderingar av den verksamhet som samordningsförbunden finansierar. Därefter görs en sammanställning kring olika metoder och insatser för den generella målgruppen för samordningsförbunden vilka är individer med medicinska, psykiska, sociala och arbetsmarknadsrelaterade problem som behöver stöd från flera aktörer.

Tidigare uppföljningar och utvärderingar

För att ta reda på vilka insatser som visat sig vara framgångsrika i den specifika kontexten behövs en överblick över redan existerande utvärderingar. Det myndighetsgemensamma rapporteringsverktyget SUS (sektorsövergripande system för uppföljning av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet) är det verktyg som möjliggör en utvärdering av insatser som finansieras av samordningsförbunden. Emellertid finns det vissa problem med SUS som försvårat uppföljningar och utvärderingar för att kunna uttala sig om insatser när avsedda effekter (ISF Rapport 2019:4, s. 13). Det beror bland annat på att det är frivilligt för deltagarna att låta deras uppgifter registreras i systemet, samt att olika förbund definierar individriktade respektive strukturövergripande insatser på skilda sätt. Under de första fyra åren hade Statskontoret i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Vidare har ISF (2010) på regeringens uppdrag tidigare presenterat en sammanställning av uppföljningar och utvärderingar av olika samverkansaktiviteter som genomförts inom FINSAM. Därefter gjordes ingen formell utvärdering fram till senare år, utan utvecklingen finns istället beskriven i uppföljningsrapporter från Försäkringskassan som publiceras varje hel- och halvår.

På senare år har ISF enligt regeringens uppdrag utvärderat den verksamhet som samordningsförbunden finansierar och hittills redovisat resultaten i två av totalt tre rapporter. I den första rapporten granskas samordningsförbundens organisering och verksamhet (ISF Rapport 2019:1), och i den andra rapporten undersöks om samordningsförbund gör någon skillnad (ISF Rapport 2019:4). Den tredje delen som kommer att slutrapporteras år 2021 är en effektutvärdering av samordningsförbundens insatser på individnivå där individer randomiseras till insatser, och kan tänkas vara den del som bidrar med mer ändamålsenlig kunskap för syftet med denna kartläggning än de två andra rapporterna.

Det som emellertid är möjligt att uttala sig om utifrån de utvärderingar som är tillgängliga (se t.ex. ISF rapport 2019:4) är att det under perioden 2013–2016 var fler kvinnor än män som tog del av individinriktade insatser, samt att större andel unga fick en insats. Fördelningen av män och kvinnor var i stort sätt oförändrat vid år 2018 där 54 procent av deltagarna var kvinnor och 46 procent män (Försäkringskassan, 2019). De flesta hade en grundskoleutbildning som högsta utbildningsnivå. En stor variation råder i hur länge personerna varit i en insats varvid en del är inskrivna i insatser som pågår någon månad, medan andra kan delta i insatser under flera år (ISF rapport 2019:4). Många som tar del av insatser finansierade av samordningsförbund har en lång historia av offentlig försörjning och andelen med mindre än ett år med offentlig försörjning har minskat över tid. Enligt ISF:s andra rapport (2019) har tio procent av kvinnorna och sju procent av männen haft offentlig försörjning i minst nio år.

Olika kategorier av insatser

Försäkringskassan (2019) anger i sin rapport *Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018*, att totalt 32 715 personer deltagit i de individinriktade insatserna vilket är en ökning med 15 procentenheter jämfört med 2017. De individinriktade insatser som samordningsförbunden finansierar syftar i huvudsak till att deltagarna ska förbättra sin arbetsförmåga. Dessa insatser kan delas in i fem olika kategorier med olika innehåll. Kategorin rehabilitering till arbete/utbildning kan till exempel innehålla individuell coachning eller handledning, gruppaktiviteter och arbetsträning (Försäkringskassan, 2019). Här ingår även insatser där personer med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning får hjälp av utbildade coacher genom metoden Supported Employment. Den andra kategorin är förberedande insatser med syfte att förbereda individen för att kunna ta nästa steg till inträde eller återgång i arbete. Den innehåller fysiska och sociala aktiviteter enskilt eller i grupp och kan även omfatta arbetsträning för att förbereda deltagaren till mer arbetslivsinriktad rehabilitering. Kategorin kartläggning av individer innebär bland annat att identifiera stödbehov och kan resultera i en individuellt utformad handlingsplan och rekommenderad fortsatt planering för arbete. Det förekommer även förebyggande insatser som syftar till att förhindra att individer hamnar i utanförskap, arbetslöshet och ohälsa. Det kan till exempel röra sig om sömn- eller stresskola (Försäkringskassan, 2013), öppna verksamheter dit personer som är arbetslösa och isolerade eller som har/haft problem med alkohol och droger kan vända sig (Försäkringskassan, 2019). Sista kategorin innehåller exempelvis fortsatt stödkontakt efter en tidigare avslutad insats, samlat stöd till nyanlända och friskvårdsaktiviteter för långtidssjukskrivna. Av försäkringskassans senaste rapport framgår att av samtliga individinriktade insatser har 52 procent haft inriktningen rehabilitering för

arbete/utbildning, 26 procent har varit förberedande insatser, 11 procent har varit inriktade på kartläggning av individer, 6 procent har varit förebyggande insatser och 5 procent har haft annan inriktning (Försäkringskassan, 2019).

BIP-projektet

Vad gäller verksamma komponenter för att nå egen försörjning har en dansk studie visat relativt tydliga resultat. Beskæftigelses Indikator Projektet (BIP) är både nationellt och internationellt den mest omfattande vetenskapliga progressionsmätningstudien hittills som undersökt vad som faktiskt har betydelse för att komma ut i arbete och nå egen försörjning. Studien genomfördes från år 2011 till 2016 där omkring 4 000 arbetslösa personer samt över 300 arbetsförmedlare medverkade i projektet (Vaeksthusets forskningscenter, 2018). Man har systematiskt mätt utvecklingen hos de arbetslösa individerna genom 11 indikatorer som validerats och som fungerar som ett verktyg för att mäta progression hos mottagare av arbetslöshetsersättning. Indikatorerna talar om huruvida arbetssannolikheten ökar. En fördel med att man använt olika indikatorer är att vägen till egen försörjning sällan sker genom en enda insats utan är snarare ett resultat av långsiktigt arbete utifrån individens resurser, potentialer och tillkortakommanden, vilket även den danska studien visar. Genom att använda dessa validerade indikatorer på arbetsmarknadsberedskap har man kunnat mäta hur bra insatserna är för att skapa utveckling inom specifika områden som är kopplade till ökade chanser att få ett jobb. Indikatorerna mäter alltifrån arbetsmarknadsorienterade dimensioner till mer sociala, personliga och hälsorelaterade förhållanden (Vaeksthusets forskningscenter, 2018). Några exempel på indikatorer är jobbsökningsaktivitet, målmedvetenhet, möjlighet att skapa kontakt, samarbetsförmåga, hälsa, stöd från nätverket, individens tro på att få ett jobb samt personalens tro på att individen får ett jobb.

Totalt har 21 olika insatser kategoriserats i fyra olika kategorier; arbetsorienterade, uppkvalificerande/utbildning, sociala och hälsorelaterade insatser. Hälften av deltagarna har deltagit i en typ av insats (någon av de fyra olika kategorierna). En fjärdedel har haft en kombination av två eller flera insatser. En fjärdedel har inte deltagit i några åtgärder alls under senaste tre månaderna. Det är 24 procent som deltagit i en arbetsorienterad insats, 14 procent har fått någon hälsofrämjande insats, 6 procent har deltagit i en uppkvalificerande insats och 6 procent har fått sociala insatser. Vidare har 26 procent av samtliga deltagare fått en kombination av insatser varvid 18 procent har fått en kombination där en arbetsorienterad insats ingår (Vaeksthusets forskningscenter, 2018). Resultaten visar att i de fall individer inte får någon insats alls, leder det inte bara till stagnering utan individen går bakåt i sin utveckling, dvs. situationen förvärras.

Arbetslivsinriktade insatser leder till framsteg, och där man kombinerar arbetslivsinriktade insatser med till exempel uppkvalificerande och hälsofrämjande insatser leder det till större framgång. Utvecklingen mot arbetsmarknaden går alltså snabbare vid parallella insatser. Forskningen från danska Växthuset visar således att det är när man åstadkommer en väv av åtgärder som verkar parallellt kring individen som resultaten kommer.

Ytterligare intressanta resultat från det danska BIP-projektet visar även vikten av personalens inställning. I de fall där personalen har en tro på individens arbetsmöjligheter ökar sannolikheten för att komma i arbete med 32 procent (Væksthusets forskningscenter, 2018). I denna studie visade sig att endast en fjärdedel av personalen hade en positiv inställning. Man har kategoriserat personalen i fyra olika kategorier. De minst framgångsrika får i genomsnitt 7 procent i arbete och de mest framgångsrika får 23 procent i arbete. Det är alltså en skillnad på 16 procent. Här har man även kontrollerat för om de mest effektiva/framgångsrika i personalen har de mest resursstarka klienterna. När man kontrollerat för kön, ålder, etnicitet, försörjningshistorik, familjestatus, utbildningsbakgrund, fysiska och psykiska diagnoser samt individernas egna svar på BIP-frågorna ökar skillnader från 16 procent till 26 procent. Det innebär att de mest effektiva är bättre på att få individerna i arbete trots att individerna inte är de mest resursstarka.

Sammanfattningsvis visar resultaten från BIP-projektet att det är av avgörande betydelse vilka insatser som individerna erbjuds och om personalen har en positiv tilltro till individens arbetsmöjligheter. En kombination av insatser visar sig ha bäst effekt medan inga åtgärder alls inte endast stannar utvecklingen mot arbetsmarknaden, utan utvecklingen går faktiskt bakåt. Arbetsrelaterade åtgärder såsom praktik i kombination med andra insatser visar sig generellt ge bäst effekt för att närma sig arbetsmarknaden. Uppkvalificerings- sociala och hälsofrämjande insatser leder inte i sig till framsteg mot arbetsmarknaden – de gör det bara om de kombineras med en arbetsorienterad insats. På liknande sätt skapar en arbetsorienterad insats den största effekten om den kombineras med andra insatser.

Insatser för unga

Det har även gjorts studier för att skapa mer kunskap om insatser som görs specifikt för unga i samordningsförbunden. I största allmänhet beskrivs målgruppen för FINSAM som individer med behov av samordnat stöd. Behovet anges bero på olika former av problem såsom funktionsnedsättning, psykisk ohälsa, komplex och tung problematik eller behov av särskilda insatser på grund av arbetslöshet (Tranquist, 2015). Det finns emellertid inga styrande riktlinjer vad

gäller målgrupper för samordningsförbundens insatser. Detta beror främst på den bärande idén att insatser ska utformas efter lokala behov. Efterhand har dock mer uttalade önskemål riktats mot att den finansiella samordningen framför allt ska omfatta målgruppen unga. Detta eftersom gruppen unga mellan 16–29 år visat sig vara en tongivande målgrupp inom samordningsförbundens verksamhet och utgör mer än hälften av deltagarna i samordningsförbundens insatser (Tranquist, 2014, 2015).

När det gäller insatser för unga inom FINSAM har målgruppen till stor del handlat om unga med psykisk funktionsnedsättning. Denna slutsats dras av Nationella rådets studie där man låtit genomföra en studie om insatser för unga inom FINSAM (Tranquist, 2014). Framför allt har unga med psykiska funktionsnedsättningar angetts vara den grupp inom ramen för målgruppen unga som förbunden arbetar med. Av studien framgår att 75 procent av förbundscheferna uppgett att deras förbund drivit insatser som riktat sig till unga med psykisk funktionsnedsättning (Tranquist, 2014). Här konstateras att insatser för unga inom FINSAM omfattar individer med sammansatta problem som utgår från psykiska funktionsnedsättningar, ofta med en neuropsykiatrisk karaktär. Enligt Riksförbundet Attention är de vanligaste neuropsykiatriska funktionsnedsättningarna ADHD, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom och tvångssyndrom. Gruppen har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden samtidigt som daglig verksamhet (LSS) inte är ett alternativt med utgångspunkt i deras arbetsförmåga (Tranquist, 2014). Således är dessa individer i behov av samordnade insatser där samordningsförbunden fyller en viktig funktion genom att erbjuda ett samlat stöd. Insatser till denna målgrupp handlar främst om olika former av långvarig individuell coaching, ofta med tankemässig grund i metoder som Supported Employment (SE), Individual Placement and Support (IPS) och i viss utsträckning Case Management.

Supported Employment

Det finns inga nationella riktlinjer om användandet av olika metoder. Emellertid verkar metoden Supported Employment fått en utbredd tillämpning inom FINSAM. SE är ett samlingsnamn för en typ av arbetsrehabiliteringsinsats och är den metod som ofta tillämpas och lyfts fram som framgångsrik i olika utvärderingar. Detta gäller specifikt för gruppen unga med psykisk funktionsnedsättning. Enligt Tranquist (2014) har implementeringen av denna metod försvårats på grund av en låg kunskap om metoden och dess utgångspunkter. Det är framför allt pragmatiskt anpassade varianter av metoden som tillämpats. Detta kan kopplas till den centrala utgångspunkten i den finansiella samordningen som tidigare nämnts, dvs. anpassningen till lokala behov. Det som förenar de olika ansatserna inom SE är en gemensam syn på människan (synsätt) och hur arbetsrehabilitering ska bedrivas (arbetssätt). Forskare i rehabiliteringsvetenskap anser

sammanfattningsvis att SE utgår från att personer med funktionsnedsättning ska få det stöd och den vägledning som behövs för att kunna få och behålla ett arbete på den öppna arbetsmarknaden (Gustavsson, 2014). Det som är väsentligt är att individen själv får bestämma över sitt stödbehov, att funktionshinder ses som miljörelativt samt att arbetsrollen värderas högt för individens delaktighet i samhället.

Förutom att SE anges som en mycket vanligt förekommande metod i olika projektutvärderingar som genomförts, lyfts den även fram som en framgångsrik metod för de unga som insatserna riktat sig till. Det som generellt framkommer i utvärderingar som Tranquist (2014) analyserat, är att en redan etablerad samverkansstruktur inom förbunden underlättat implementeringen av metoden. En annan fördel är att SE metoden är en relativt tydlig metod att jobba efter och att det finns evidensbaserade riktlinjer att utgå ifrån. Att införa en metod som SE kan även anses underlättas med utgångspunkt i att många organisationer strävar efter att introducera fler evidensbaserade metoder för att kunna kvalitetssäkra det arbete som bedrivs. Det har dock visat sig finnas svårigheter med att implementera metoden. Dessa har kopplats till en låg kunskap i organisationerna om metoden. De coacher som arbetar enligt metoden har därmed behövt göra avsteg från det egentliga arbetssättet. Detta har i sin tur inneburit att man använt de delar som gått att använda givet de förutsättningar som ges. En av utvärderingarna som gjort kring metoden inom den finansiella samordningen i Jönköpings län, kommer således fram till slutsatsen att SE-coacherna och deras chefer behöver få stöd i att utveckla SE-verksamheten samt att det fortfarande finns en osäkerhet kring SE och hur metoden ska tillämpas (Gustavsson, 2014).

Biologdesignen

Biologdesignen är en metod som används för att få långtidssjukskrivna ut i arbetslivet. Det är en gruppvägledning med syftet att hjälpa deltagarna att tänka på ett nytt sätt när det gäller arbete. Metoden går ut på att hitta de unika egenskaperna hos varje individ och få dem att lära känna sig själva både vad gäller värderingar och kompetenser och fokuserar därmed på personlig utveckling. Därefter ska man kombinera sina starka sidor och hitta en ny arbetsmarknad. Deltagarna ska ta tillvara på egna resurser och drivkrafter och identifiera sin unika kompetens. I de fall förbund använt sig av denna metod har ca. 10 deltagare träffats två gånger i veckan i en månads tid där en handläggare från Försäkringskassan samt en arbetsförmedlare från Arbetsförmedlingen lett gruppverksamheten. Här har man utgått från deltagarnas intressen samt tidigare arbetslivs- och utbildningserfarenhet och haft som mål att hitta nya vägar ut i arbete i en positiv anda och samtidigt förkorta tiden i sjukförsäkringen. Således behöver personalen få utbildning i metoden Biologdesignen för att kunna erbjuda deltagare handledning.

Denna metod har använts bland annat i Coachningsprojektet som var ett ESF-projekt och genomfördes av Arbetsförmedlingen i Skåne och Blekinge, i samarbete med Försäkringskassan. Handläggarna/coacherna har arbetat med metoden utifrån ett strukturerat arbetsmaterial och man har även utvärderat projektet för att ta reda på eventuella främjande och hindrande faktorer för implementering av metoden/arbets sättet, samt deltagarnas upplevelser av metoden (Ask, 2010). I en jämförelse med deltagare som fått traditionell service av handläggare, är deltagare i coachningsgrupper mer positiva till den service de fått. Av de 269 personer som besvarat deltagarenkäten är ungefär fyra femtedelar kvinnor, ca. 40 procent är i åldersgruppen 41–50 år medan nästan en fjärdedel är 31–40 år, och endast 6,7 procent är under 30 år. Vidare har de flesta (ca. 64 procent) en gymnasial eller högskole/universitetsutbildning (Ask, 2010). Kvinnor samt de mellan 31–50 år upplever störst användning av coachningen medan de under 30 år upplever mindre användning. Vad gäller rekrytering av deltagare, bör alla som av handläggaren bedöms lämpade för insatsen (dvs. de som uttrycker ett behov av vägledning samt bedöms klara av att självständigt driva sin process tillbaka på arbetsmarknaden), erbjudas gruppcoachning. Avgörande för att rehabiliteringen ska lyckas anges deltagarens motivation och fria vilja att välja coachningsgrupp. Av utvärderingen framkommer det även att personalens kompetens är av stor betydelse för att metoden ska fungera, samt att denne är engagerad och en bra gruppleddare. Därmed behöver personal som ska genomföra metoden, få stöd och utvecklas i coachrollen. Trivseln anses också vara en avgörande faktor för att coachen ska klara av det krävande och intensiva arbetet med att gruppcoacha en relativt tung målgrupp (Ask, 2010).

Utvärderingen visar även svårigheterna med att tydliggöra deltagarens eget ansvar när man enbart träffar deltagarna i grupp. Därmed föreslås att gruppcoachning kombineras med individuell coachning. Vad gäller sammansättning av coachningsgrupper, framgår vikten av att ta hänsyn till människors olika förutsättningar för inläring (Ask, 2010). Deltagarna som ingår i coachningen kan behöva olika mycket tid eller ha olika kognitiva problem och bör därmed arbeta i grupper som är sammansatta utifrån deras olika förutsättningar. Grupperna kan ledas av en eller två coacher, varvid grupper med endast en coach kan bestå av 8–12 deltagare medan två coacher kan ha en grupp på 15–16 personer. Rekommendationen från utbildaren är emellertid att arbeta två och två, för att bland annat kunna stödja och komplettera varandra. Vidare kan tidsperioden hålla sig inom ett intervall på 8–12 veckor beroende på intensiteten i aktiviteterna (Ask, 2010).

Den organisatoriska kontexten: samverkansfaktorer och samverkansdimensioner

Insatser sker inte i ett tomrum utan i en organisatorisk kontext som behöver stödja den personal som arbetar med insatserna. De flesta svenska sammanfattningar av samverkans effekter brukar sluta i listor med faktorer som måste vara närvarande för att god samverkan ska ske, och om detta inte sker leder det till svag eller dålig samverkan. T.ex. har Danermark och Kullberg (1999), Johansson, (2010) och Grape (2001), summerat olika rapporter och utvärderingar om sociala samt hälso- och sjukvårdsrelaterade samverkansprojekt. Summeringarna visar att samverkansprojekten gynnas av gemensamma mål och lokaler, samordnad administrativ och politisk ledning, lagarbete, och klart definierade funktionsgränser samt huvudmannaskap. Faktorer som å andra sidan verkar hämma samverkan är skilda målsättningar, olika kunskapsstraditioner, ekonomiska intressen, skilda etiska regler, olika organisatoriska strukturer, oklar ansvarsfördelning, asymmetriska (besluts)relationer mellan de samverkande parterna, dålig samordning samt hög personalomsättning och arbetsbelastning. Identifieringen av framgångsfaktorer förefaller således vara kopplade till projekt som har en hög grad av integration. En rörelse mot en hög grad av integration har av de flesta svenska samverkansforskare definierats som den mest centrala övergripande processen för framgångsrik samverkan (Axelsson och Bihari-Axelsson, 2013). Man kan även med Ahrnes språkbruk kalla de sammanhållande faktorerna inom eller mellan organisationer för centripetala och de faktorer som leder till låg integration för centrifugala (Grape och Ineland, 2013; Alexandersson, 2006; Ahrne, 1994)

Frågan om varför det kan vara så svårt att nå integration i praktiken är ganska enkel att besvara men i praktiken svår att lösa. Grundprincipen är att det i praktiken ofta finns fler centrifugala krafter än centripetala. De sammanhållande effekterna måste ofta skapas med aktiva och kontinuerliga insatser. Det finns förstås flera orsaker till att organisationer drar isär men en viktig grund för detta är följande. Tänk er att det inom ett visst organisatoriskt fält (t.ex. arbetsrehabilitering eller utbildning eller sjukvård) finns flera olika organisationer som ägnar sig åt liknande verksamheter (Grape, 2001; DiMaggio & Powell, 1991). Denna grundförutsättning skapar visserligen tillfälle för att närma sig varandra, men innehåller också rent logiskt flera olika gränssnitt mellan olika institutionella logiker som inte så enkelt kan vävas samman. Logikerna kan ses som ramar som skapar en standard för vad en specifik organisation *bör* eller *ska* göra, eller vad som *kan* eller *inte kan* ifrågasättas av andra inom ett visst verksamhetsområde (Grape, 2006). För de organisationsföreträdare som företräder dessa olika logiker gäller deras antaganden som "sanna" endast inom ett begränsat institutionellt sammanhang (Grape et al., 2006; Scott, 1994).

Försäkringskassan kan exempelvis inte hävda sin socialförsäkringsjuridiska logik avseende arbetsrehabilitering när det gäller skolutbildning. Det blir orimligt eftersom de gör intrång på ett helt nytt fält. Men det blir också svårt inom ett gemensamt fält, när t.ex. Försäkringskassan ska hävda just sin logik och sitt synsätt på arbetsförmåga och rehabilitering i relation till arbetsförmedlingen som å sin sida har ett annat synsätt och andra uppdrag och regelverk: de har kort sagt olika logiker att arbeta efter. Denna diskrepans beror helt enkelt på att deras centrala verksamhetsområden, historik, uppdrag och målgrupper ser olika ut och det skapar deras inre logik. Detta driver naturligt isär samverkan som ligger i utkanterna av deras kärnområden och bidrar till en lägre integration om inte de sammanhållande krafterna är större. Vilka skulle då det kunna vara? Vi har redan varit inne på centripetala och centrifugala krafter och vi kan hålla denna enkla dikotomi i minnet när vi övergår till Horwarth och Morris genomgång och sammanställning av olika dimensioner som skapar god respektive svag samverkan.

I Horwarth och Morrisons kartläggning av centrala faktorer för fungerande samverkan av insatser riktade mot barnavårdsärenden (2007) gjordes en bred forskningsöversikt av samverkansforskning där de sammanfattat alla de samverkansfaktorer som gynnar samverkan. De delar in påverkansfaktorer i fem olika kategorier eller dimensioner. a) förutsättningar, b) mandate (kan närmast översättas med befogenhet eller beslutsrätt), c) ledarskap, d) machinery, (koordinering) e) processer och f) outcomes (Resultat). Förutsättningar för samverkan (a) styrs enligt författarna mycket av de olika samverkande organisationernas historia och interna sammanhållning och sammanhang. Det påminner i stor utsträckning om de skilda logiker som nämnts tidigare och som utvecklas i organisationer över tid och genom olika regleringar och lagar. Alltför disparata organisationer kan inte samverka och inte heller om de internt är splittrade i olika uppgiftsområden. Mandat-kategorin (b) syftar på vems eller vilkas uppdrag de anställda och cheferna utför insatser, och på vem eller vilka som har remitterat personerna till verksamheten, och hur man ska nå de gemensamma målen genom en strategisk planering. Det kan exempelvis vara så att deltagare i olika slags grupperingar har olika former av mandat att själva bestämma över olika insatser vilket skapar en asymmetri i beslutandeprocesser och gör det svårt att ibland fatta beslut och komma överens. Organisationer med stor turbulens och svagt ledarskap samt dåliga resurser (c) tenderar att ha svårt att samverka med andra organisationer. Det överensstämmer helt med de faktorer som leder till svag integration. Machinery-kategorin (d) syftar på flera olika administrativa underkategorier som måste fungera för att samverkan ska kunna ske effektivt. Det handlar om klarhet över vem som har huvudansvaret över ett visst ärende och huruvida alla är klara över sitt eget specifika ansvarsområde, samt hur den formella kontrollen och samordningen mellan organisationer ser ut

och huruvida det finns tillräckligt med lokaler, tid och resurser. Den tidigare nämnda symmetrin eller asymmetrin i beslutsförmåga bland chefer i olika styrgrupper och arbetsgrupper är en viktig del av detta. I Mörndals avhandling om kommunal samverkan (2018), använder hon uttrycket ”takta” som sammanbindande process mellan socialt bemötande, tillitsskapande och anpassning till varandras rytmer. ”Taktandet” ger förmågan att synkronisera insatser: samordnade insatser sker i rätt tid och på rätt plats och för detta krävs tid för att utveckla relationer, fingertoppskänsla och smidighet (Mörndal a.a.). Process-kategorin e) syftar på interaktions och samarbetsaspekter som handlar om delade värden och värderingar, tillit mellan personal, kommunikation. Om det finns konflikter i tolkningen av värderingar och delade värden så påverkar det tilliten mellan de personer som ska samarbeta men leder också till en bristande kommunikation eftersom all relevant information inte nödvändigtvis delas om människor inte litar på varandra. Även här ser vi kopplingar till de faktorer vi nämnt tidigare nämligen engagemang och tillitsskapande och arbetsallianser mellan de deltagande parterna. Den sista kategorin, outcome f), handlar om vilka resultat som eftersträvas i det praktiska samarbetet. Dvs. om organisationerna fokuserar mer på den egna organisationens insatser än effekter och resultat för den enskilde klienten. Ju mer en organisation fokuserar på klientens utfall, desto mer framgångsrika verkar själva samordningen av insatser bli.

Diskussion och slutsatser

Ovanstående resonemang landar i följande slutsatser. Samordningsförbund kan troligen inte hitta en eller två metoder som enligt forskningen har hög grad av evidens och som kan användas som en standardmodell för alla insatser eftersom de kausala sambanden kommer att skilja sig åt beroende på vilka målgrupper det rör sig om, vilka åldersgrupper personerna tillhör och vilka problem de deltagande personerna bär med sig, vilka förväntningar behandlande personal och klienter har etc. En intressant jämförelse med samordningsförbundens målgrupper och problemområden kan göras med när vi ser på det nationella systemet för kunskapsstyrning gällande hälso- och sjukvården där Sveriges regioner i samverkan delat upp målgrupper och hälsoproblem efter olika nationella programområden (NPO) som sannolikt gör det lättare att hitta lösningar för varje enskilt programområde (Dvs. målgrupper och typer av medicinska problem) (<https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html>).

Det finns ändå några generella komponenter som verkar fungera som nycklar till ökad kvalitet för såväl den enskilde som för samordningsförbundens resursutnyttjande. Den danska BIP studien

syftade till att utvärdera olika arbetsrehabiliterande insatserns effektivitet och författarna delar där in insatser i fyra olika kategorier: arbetslivsinriktade, sociala och hälsorelaterade insatser samt utbildning. Det är en fungerande utgångspunkt för att tala om de insatser som ryms inom ramen för Samordningsförbundens verksamhet. I BIP studien (Væksthusets forskningscenter, 2018) visar författarna, i enlighet med Bergmark, Bergmark och Lundströms tankegångar (2011), att generella arbetslivsinriktade insatser leder till de största framstegen i jämförelse med de andra, och dessa resultat förstärks i kombination med andra parallella insatser som sociala, hälsorelaterade eller fortbildningsinriktade. Forskningen på området visar därmed att kvantitet är viktigt i insatser snarare än en viss specifik ”kvalitet”. Men det är en lite bedräglig tolkning. Snarare är det, om vi går tillbaka till forskningen kring EBP, så att de s.k. allmänna faktorerna behöver tid på sig för att utvecklas och det krävs en viss intensitet i kontakterna initialt för att dessa ska kunna mogna och ge resultat. Följande citat från den danska BIP rapporten visar att olika typer av insatser är av central vikt för att närma sig arbetsmarknaden:

”Analysen viser, at hvis mennesker i udsatte positioner ikke tilbydes indsatser, så går udviklingen frem mod arbejdsmarkedet ikke kun i stå, men faktisk baglæns. Det er dog ikke ligegyldigt, hvilke indsatser borgerne tilbydes. Generelt er de jobrettede indsatser (fx virksomhedspraktik og jobsøgning) bedst til at skabe progression mod Arbejdsmarkedet. Opkvalificerings-, sociale og helbredsrettede indsatser skaber i sig selv ikke progression mod arbejdsmarkedet – det gør de kun, hvis de kombineres med en jobrettet indsats.” (ref)

Betydelsen av arbetslivsinriktade åtgärder betonas här som de mest framgångsrika när det gäller att komma närmare arbetsmarknaden. Detta kan också nyanseras lite. I ett bokkapitel av Grape och Ineland (2013, se även Dahl, 2003) betonar författarna att insatser operativt alltid sker i ett kontinuum mellan två poler: mjukt (stöd) och hårt (krav). Mjuka insatser i form av stöd och social rehabilitering och social träning (motsvarande BIP-studiens sociale og helbredsrettede) fyller ett stort behov för de målgrupper som står längst från arbetsmarknaden, vilket skulle kunna förklara varför just dessa insatser inte lika effektivt leder fram mot arbetsmarknaden som de arbetslivsinriktade åtgärderna (jobbrettede enligt BIP studien). Exempelvis skulle hikikomori/hemmasittare-gruppen troligen inte hjälpas av allt för stark betoning av krav på att söka arbete eller att arbetsträna. I deras fall är de huvudsakliga insatserna också fokuserade på att övervinna de sociala- och psykologiska hindren. Den tredje typen av åtgärder som BIP studien redovisar är det utbildningsinriktade. Dessa verkar huvudsakligen riktas till nyanlända personer i BIP-studien, vilket låter som den vanliga metoden också i Sverige, där SFI och snabb

genomströmning till gymnasieskolor används i stor utsträckning för nyanlända personer och främst ungdomar (<https://www.skolverket.se/undervisning/vuxenutbildningen/komvux-svenska-for-invandrare-sfi>). Möjligen skulle just denna grupp gynnas av parallella insatser fokuserade på arbetslivsinriktad rehabilitering särskilt om gruppen bär med sig andra trauman från exempelvis krigshärjade områden i världen. Sammanfattningsvis är insatser fokuserade på arbete och att komma närmare arbetsmarknaden genom t.ex. arbetsträning och arbetssökande effektivt för de grupper som inte samtidigt har stora sociala och psykologiska hinder att övervinna. Den grupp som står närmast arbetsmarknaden kommer att lyckas ännu bättre om dessa insatser kombineras med insatser av social och stödjande karaktär. Den grupp som har sociala, socialmedicinska eller socialpsykiatriska hinder torde sannolikt behöva en slagsida mot mer av social rehabilitering (eller för-rehabilitering som det ibland också kallas) och sakta vänja sig vid de ökade krav som ställs i och med de arbetslivsinriktade insatserna (Grape och Ineland, 2013; Dahl, 2003). Här kommer också framgent att behövas omdöme avseende bedömningar av hur nära arbetsmarknaden personer är eller inte är. Nyanlända personer är ju t.ex. inte en homogen grupp och där finns både de som är i stort sett friska och arbetsföra, har en utbildningsvana och snabbt själva läser in sig på nytt språk till de som är traumatiserade och har olika funktionshinder, och dålig skolvana förutom att de inte kan språket.

Motorn som driver det hela, enligt såväl den danska studien och all annan forskning på området, verkar vara huruvida personalen har en hög grad av motivation och engagemang i tron på individens arbetsmöjligheter, tid att skapa fungerande arbetsallianser med klienterna etc. Det är också här vi kommer in på kvalitetsbegreppet i relation till ovanstående diskussion om kvantitet. Den danska studien visar 32% större sannolikhet att komma i arbete om personal tror på individens möjligheter. Detta bekräftas från andra typer av studier t.ex. Lindquist (2011). Participation är enligt Lindquist ett beteende som styrs av tillgång till inflytande (makt och kompetens) och engagemang (aktivitet och ego-involvering). Med dessa komponenter närvarande tenderar anställda att bli mer delaktiga och bli mer engagerade och således nå bättre resultat än om anställda inte har denna drivkraft. Som vi såg i avsnittet om samverkan finns mycket i litteratur som stödjer tanken på att olika metoder och insatser kräver en behandlingskontext som lyckas skapa god integration och centripetala sammanhållande krafter. Flera goda samverkans exempel återfinns framför allt inom hälso- och sjukvården där SKL varit drivande för ett nationellt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet. De identifierar även hur system för samverkan kan praktiseras på såväl statlig, regional och vårdteamsnivå samt patientnivå (<https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.ht>

[ml](#)). Möjligen skulle det gagna Samordningsförbund att gemensamt över tid bygga upp ett liknande strukturerat kunskapsstöd på olika nivåer, från nationell till regional och operativ nivå, specifikt anpassad just för samordningsförbunds verksamheter och olika målgrupper.

I genomgången av olika metoder ser vi också att chefer och ledare (se t.ex. Tranquist, 2014) noterar att praktiker som inte är ”programtrogna” är ett problem eftersom praktiker blir osäkra på utförandet. Det innebär att man anser att praktiker gör för stora avsteg från de riktlinjer och guidelines som finns för olika metoder. Problemet kallas på implementerings-språk för *drift* (Fixsen et.al, 2011) och innebär att varje avsteg från metodens riktlinjer blir fel. Det här är en diskussion som har minst två sidor. Å ena sidan är det naturligtvis så att metoder som inte följs blir något annat än det som metodens riktlinjer och programtrohetsskalor avser. Å andra sidan är det nästan alltid nödvändigt att göra nationella (möjligen också regionala) anpassningar av metoder eftersom många metoder är konstruerade för andra länders välfärdssystem (oftast USA eller England). Annars skulle avstegen kort sagt inte göras. Möjligen är det som med så många andra saker viktigt att lära sig en metod programtroget, för att sedan kunna göra de avsteg som innebär att personalen når de avsedda målen med den specifika metoden. Exempelvis är en del av kritiken mot tillämpningen av SE att den inte tillåter klienten/brukaren att vara så delaktiga i processerna som de borde vara. Även om det i det här fallet hänförs till metoden som sådan, så är förmågan att lyssna och förstå vad klienten vill och menar inte egentligen en metodspecifik teknikalitet för SE utan en av de s.k. allmänna faktorer som alltid är viktiga att upprätthålla för att nå goda resultat och som också betonas t.ex. i BIP studien.

Sammanfattning

Vi har därmed kunnat beskriva några av de viktiga faktorer som leder till en mer framgångsrik rehabilitering. Av rapporten framkommer att det är av stor betydelse att bakomliggande problematik uppmärksammas och identifieras för att personen det gäller ska få rätt insats. Det är således viktigt med helhetssyn kring personer med komplexa livssituationer och att beakta olika aspekter av deras liv. Detta kräver att man till att börja med måste samarbeta med olika aktörer för att kunna göra en bedömning av situationen och därefter planera lämpliga insatser. Tidigare erfarenheter från utvecklingsarbeten har visat att det är gynnsamt att systematiskt gå igenom klientens situation för att ta reda på varför klienten inte kommit ut i arbete. Väl beprövade standardiserade bedömningsinstrument såsom FIA, AUDIT och DUDIT samt FREDA kan användas för att identifiera individens enskilda situation och behov.

Vad gäller insatser för personer med komplex problematik, som ändå står någorlunda nära arbetsmarknaden, är slutsatserna att parallella insatser som ges med hög intensitet av kompetenta och engagerade medarbetare och med engagerade och delaktiga klienter/brukare i en stödjande och ”väloljad” organisatorisk kontext, skapar bättre villkor att lyckas än om inga insatser alls ges och om organisatoriska stödstrukturer saknas samt om klient/brukare inte görs medaktiva i förändringsarbetet. För de målgrupper som bedöms stå något längre bort från arbetsmarknaden bör insatserna se likadana ut, men med större initial tonvikt på de stödjande och sociala processerna. Personer med en mer komplex problematik gagnas enligt forskningsöversikten mest av personalens engagemang och positiva inställning till att lyckas.

Sker insatserna seriellt, som länkar i en kedja rör det sig sannolikt inte om samverkan. Praktisk samverkan förutsätter förutom ovanstående faktorer också planering, styrning och koordinering av de insatser som utgör kärnan i samverkan. Det är när samverkan brister som tiden i utanförskap förlängs för individer med behov av parallella insatser (arbetslivsinriktade, sociala- och hälsofrämjande insatser samt utbildning). Vilka insatser som kan vara relevanta, vilka verksamheter som behöver samverka och på vilket sätt beror på personens individuella behov. Det gäller således att personal skapar sig en gemensam helhetsbild av individens situation och behov, utifrån individens egna perspektiv, för att kunna erbjuda anpassade (parallella) insatser. Det är även viktigt att följa upp och utvärdera utfall systematiskt, gärna komparativt med andra insatser riktade mot samma målgrupper, för att veta vad som fungerar och vad som eventuellt behöver förändras/förbättras.

Referenser

- Ahrne, Göran (1994). *Social organizations. Interaction inside, outside and between organizations*. Sage: London.
- Alexandersson, Karin, 2006, *Vilja, Kunna, Förstå – Om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten*, Örebro Studies in Social Work 7, Örebro Universitet.
- Angelin, A. (2009). Den dubbla vanmaktens logik. En studie om långvarig arbetslöshet och socialbidragstagande bland unga vuxna. *Dissertations in Social Work*, 38.
- Ask, K. (2010). *Utvärdering av coachningsprojektet Skåne-Blekinge. Slutrapport*. Malmö: Malmö högskola, Centrum för tillämpad arbetslivsforskning.
- Axelsson, R, & Bihari-Axelsson, S, *Om samverkan: för utveckling av hälsa och välfärd*. 2013. Lund: Studentlitteratur.
- Bergmark, Åke & Lundström, Tommy. (2000). ”Kunskaper och kunskapssyn – Om socialarbetare inom socialtjänsten”. *Socionomen*, 4, 1–16 (Socionomens forskningssupplement, 12).
- Bergmark, A, Bergmark, Å, Lundström, T. (2011) Evidensbaserat socialt arbete: teori, kritik och praktik, Natur och Kultur: Stockholm.
- Bergmark, Å., & Bäckman, O. (2008). *Socialbidragstagandets mönster - en studie av varaktighet och utträden under 2000-talet* (No. 2008: 9). Institute for Futures Studies.
- Bergmark, Å, & Bäckman, O. (2004). Stuck with welfare? Long-term social assistance reciprocity in Sweden. *European Sociological Review*, 20(5), 425–443.
- Bergmark, Å, & Palme, J. (2003). Welfare and the unemployment crisis: Sweden in the 1990s. *International Journal of Social Welfare*, 12(2), 108-122.
- Billquist, L, & Dellgran, P. (2003). Arbete med försörjningsstöd-ett eftersatt område. *Socionomen*. Vol. 2003, nr 6, s. 18–22.
- Blom, B, & Morén, S. (2019) *Theory for Social Work Practice*, Lund: Studentlitteratur.
- Blom, B, Morén, S & Nygren, L (2006). Kunskap i socialt arbete. Stockholm: Natur och Kultur. (kap 1–4, 12, 14).
- Bruhn, G., & Bäckström, H. (2006). En svensk arbetslinje för det tjugoförsta seklet?. *Sociologisk forskning*, 43(1), 96–127.
- Dahl, E. (2003). Does ‘workfare’ work? The Norwegian experience. *International Journal of Social Welfare*, 12(4), 274-288.
- Danermark, B. & Kullberg, C. (1999). *Samverkan. Velfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1991). Introduction I P. J. Di Maggio & W. W. Powell (Red.). (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: Chicago University Press.
- Engdahl, M., & Forslund, A. (2016). *En förlorad generation?: om ungas etablering på arbetsmarknaden*. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
- Estrada, F., & Nilsson, A. (2004). Exposure to threatening and violent behavior among single mothers: The significance of lifestyle, neighbourhood and welfare situation. *British journal of criminology*, 44(2), 168-187.
- Esping-Andersen, G. (Ed.). (1996). *Welfare states in transition: National adaptations in global economies*. Sage.

- Farrington, David. P. et.al. (2002) *Methods Scale*, I: Sherman, Lawrence, W et.al (Ed) (2002) Evidence-Based Crime Prevention, NY: Routledge.
- Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K. Friedman, F., & Wallace, F (2005) *Implementation research: A Synthesis of the Literature*, University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Försäkringskassan. (2013). *Uppföljning av finansiell samordning – Redovisning enligt försäkringskassans regleringsbrev 2012*. Dnr: 001565–2013.
- Försäkringskassan. (2019). *Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018*. Dnr: 002673–2018.
- Grape, O. & Ineland, J. (2013). Integrativa processer i samverkan för arbetsrehabilitering av ungdomar I R. Axelsson & S. Bihari Axelsson (Red.). Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd. Studentlitteratur: Lund.
- Gustavsson, J. (2014). *Supported employment i en svensk kontext – förutsättningar när personer med funktionsnedsättning när, får och behåller ett arbete*. Studies from The Swedish Institute for Disability Research 59. Örebro: Örebro universitet.
- Gustavsson, J. (2014). *Utvärdering av implementeringen av Supported employment i Jönköpings län*.
- Halleröd, B. (2003). Varför får folk socialbidrag? Analys av socialbidragstagandets bestämningsfaktorer. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 10(2–3), 238–66.
- Hasenfeld, Y (1983). Human service organizations, Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Hasenfeld, Y. (2010) Human Services as Complex Organizations (second edition). New York: Sage
- Hensvik, L., Müller, D., & Nordström Skans, O. (2017). *Kontakterna och konjunkturen: jobb under skoltiden och inträdet på arbetsmarknaden*. IFAU – Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Horwath J, Morrison, (2007) Collaboration, integration and change in children's services: critical issues and key ingredients, *Child Abuse Negl.* 2007 Jan;31(1):55-69. Epub 2007 Jan 8.
- Hultkranz, Lars, *Att utvärdera sociala investeringar*, SNS förlag, 2015
- Inspektionen för Socialförsäkringen. (2010). *Samverkan inom socialförsäkringen. En sammanställning av uppföljnings- och utvärderingsrapporter inom verksamheter finansierade med samverkansmedel*. Rapport 2010–2. Stockholm: Inspektionen för Socialförsäkringen.
- Inspektionen för socialförsäkringen. (2019). *Gör samordningsförbunden någon skillnad? En analys av samordningsförbund under perioden 2005–2010*. ISF rapport 2019:4.
- Johansson, S. (2010). Implementering av Västbus – En samverkansmodell kring barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik. Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Joyce, P. (2015). Integrationspolitik och arbetsmarknad: en översikt av integrationsåtgärder i Sverige 1998–2014. Delegationen för Migrationsstudier (Delmi).
- Kåks, H. (2007). Mellan erfarenhet och förväntan: Betydelser av att bli vuxen i ungdomars livsberättelser (Doctoral dissertation, Linköping University Electronic Press).
- Lindquist, B. (2011). Deltagande integrerar individ och organisation. En teoretisk studie i integrationens former, mekanismer och processer. (Doktorsavhandling). Uppsala: Sociologiska institutionen.

- Messer, S.B, Wampold, B.E, (2002) Let's Face Facts: Common Factors Are More Potent Than Specific Therapy Ingredients, *Clinical Psychology Science Practice* 9:21–25, 2002
- Mörk, E. (2011). *Från försörjningsstöd till arbete: hur kan vägen underlättas?* Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).
- Mörndal, M, (2018) *"Vi måste takta!" En studie av organisering för samverkan*, (Doktorsavhandling) Mälardalen University Doctoral Dissertation 259
- Nybom, J. (2014). Vilket resultat har socialtjänstens aktivering av socialbidragstagare? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 21(1), 24–46.
- OECD. (2016). *Investing in youth: Sweden*. OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264267701-en>.
- Oscarsson, Lars (2009) Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. En introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter, Stockholm: SKL Kommentus.
- Sackett, D (Ed) (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't, *British Medical Journal* (BMJ), 1996; 312 : 71 (Published 13 January 1996) <http://www.bmj.com/content/312/7023/71.full>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), www.sbu.se/sv/var-metod/
- Scott, Scott, R.W (1994) Institutions and Organizations. Toward a Theoretical Synthesis, in Scott, Richard.W & Meyer, John. W (Eds) *Institutional Environments and Organizations. Structural Complexity and Individualism*, London: SAGE.
- Skolverket, <https://www.skolverket.se/undervisning/vuxenutbildningen/komvux-svenska-for-ivandrare-sfi>
- Smedslund, G., Hagen, K. B., Steiro, A., Johme, T., Dalsbø, T. K., & Rud, M. G. (2006). Work programmes for welfare recipients. *Campbell Systematic Reviews*, 2(1), 1–122.
- Socialstyrelsen. (2017a). *Att öka förutsättningar för egen försörjning: unga vuxna i verksamheten ekonomiskt bistånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017b). *FLA – förutsättningar inför arbete. Manual till bedömningsmetoden*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Ekonomiskt bistånd Handbok för socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). *Om standardiserade bedömningsmetoder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2007:2. *Från socialbidrag till arbete*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2011:11, bilaga 11: *Långtidsutredningen 2011. Huvudbetänkande*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Strandh, M., Nilsson, K., Nordlund, M., & Hammarström, A. (2015). Do open youth unemployment and youth programs leave the same mental health scars? Evidence from a Swedish 27-years cohort study. *BMC Public Health*, 15(1), 1151.

- (Svanevie) Jonsson, K (2006). Idéspridning och kunskapskultur- exemplet socialt arbete i Sverige. I Grape, Ove; Johansson, Roine; Blom, Björn (red). *Organisation och omvärld. Nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Svanevie, K. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete: Från ide till praktik*, (Doktorsavhandling). Institutionen för Socialt arbete, Umeå Universitet: Umeå.
- Tengvald, K, (2007) i: *Dokumentation inom Missbrukarvården. Behandlingsarbete, Metodutveckling, Utvärdering*, Berglund, m.fl., Socialstyrelsen, IMS, Inskannad version av första upplagan från 1996, www.socialstyrelsen.se, januari 2007.
- Tranquist, J. (2014). *Insatser för unga inom Finsam - en studie om samordnat stöd till unga*. Tranquist Utvärdering, på beställning av Nationella rådet för finansiell samordning (Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Sveriges kommuner och landsting samt Socialstyrelsen).
- Tranquist, J. (2015). *FINSAM – Underlagsrapport till uppdrag angående modell för stöd till unga med psykisk ohälsa som varken arbetar eller studerar*. Underlagsrapport till MUCF.
- Væksthusets forskningscenter. (2018). *Virksomme elementer paa vejen till job*. Köpenhamn: Væksthusets forskningscenter.
- Wampold, B.E, (2015) How important are the common factors in psychotherapy? An update, *World Psychiatry*, 2015;14:270–277).
- Åberg, R. (2003). Unemployment persistency, over-education and the employment chances of the less educated. *European Sociological Review*, 19(2), 199–216.