



Projekt; Fokus Integrerad Samverkan

– ett projekt inom Höglandets samordningsförbund

Huvudrapport

Förord

Syftet med denna rapport är att beskriva vilka samverkansarenor som finns och används, formella och informella, inom samtliga sex kommunområden på höglandet. Syftet är också att beskriva de processer som styr och påverkar möjligheterna till samverkan inom kommunområdena. Försäkringskassa (FK), Arbetsförmedling (AF), Region Jönköpings län/vårdgivare samt kommunens verksamheter tillsammans definieras i denna rapport som ett kommunområde.

Förhoppningen med den här rapporten är att den ska ge ny och ökad kunskap om hur samverkan fungerar idag mellan parterna i kommunområdena tillhörande Höglandets samordningsförbund (HSF). Denna kunskap kan sedan ligga till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet, att varje kommunområde utifrån egna förutsättningar och behov, kan förbättra, förstärka och effektivisera samverkansarbetet gällande personer som är i behov av rehabiliteringsåtgärder från fler än en av de offentliga verksamheterna.

Rapporten innehåller också fakta och forskning inom området samverkan och samordnad rehabilitering. Denna information kan, utöver det resultat som framkommit via intervjuerna, också vara till hjälp och ligga till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet gällande samverkan mellan parterna inom varje specifikt kommunområde.

Arbetet med projekt Fokus Integrerad Samverkan har bedrivits i nära samarbete med styrelse och beredningsgrupp tillhörande HSF. Beredningsgruppen har fungerat som styrgrupp till projektet. Till projektet har också funnits en arbetsgrupp bestående av fyra representanter från beredningsgruppen från stat, region, kommun och HSF. Tjänsteman på HSF har fungerat som närmsta arbetsledare och ett kontinuerligt bollplank. Att projektet varit organiserat på detta vis har gett bra förutsättningar för arbetet. Det har varit ett stort intresse och engagemang från arbetsgrupp, beredningsgrupp och styrelse att vara delaktiga i arbetet med projektet vilket har gjort arbetet möjligt och stimulerande. Det har också varit positiva och intresserade medarbetare och chefer som medverkat i intervjuer i fokusgrupper, vilket såklart är en väldigt viktig framgångsfaktor i genomförandet av projektet. Man kan säga att hela projektarbetet har genomsyrats av en riktigt god samverkansanda.

Stort Tack till alla som på olika vis varit delaktiga i detta arbete!

Pernilla Conradsson Ström
Samverkanskoordinator
Höglandets samordningsförbund

Förkortningsförklaring

| | |
|------------|--|
| AF | Arbetsförmedlingen |
| AME | Arbetsmarknadsenhet |
| DFA-kedjan | Läkarintyg beskriver Diagnos-Funktionsnedsättning -Aktivitetsbegränsning |
| FIA | Förutsättningar Inför Arbete |
| FINSAM | Finansiell Samordning |
| FK | Försäkringskassan |
| GK | Gemensam kartläggning |
| HSL | Hälso- och sjukvårdslagen |
| HSF | Högländets samordningsförbund |
| KUR | Kunskapsutveckling om rehabilitering för personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning |
| LSS | Lagen om Stöd och Service |
| LSG | Lokal Samverkansgrupp |
| LUH | Läkarutlåtande om hälsotillstånd |
| NNS | Nationella Nätverket för Samordningsförbund |
| MIX | Motiverande Intervju/ Instrument X |
| SJI | Sjukpenninggrundande inkomst |
| SIP | Samordnad Individuell Plan |
| SoL | Socialtjänstlagen |
| SE | Supported Employment |
| SFB | Socialförsäkringsbalken |
| SKL | Sveriges Kommuner och Landsting |

Sammanfattning

Augusti 2015 startade pilotprojektet Fokus Integrerad Samverkan inom de sex kommunområdena tillhörande Höglandet samordningsförbund. Kommunerna är Aneby, Eksjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås och Vetlanda. Syftet med projektet var att få aktörerna att samarbeta mer effektivt runt personer med samordnat rehabiliteringsbehov där fler än en aktör är inblandad. Målet var att individen snabbare och effektivare skulle få det stöd som samhället har till förfogande och därmed snabbare bli självförsörjande, friskare och/eller får ett bättre upplevt liv. Målsättningen var också att projektet skulle ge goda och varaktiga effekter på att förbättra/ förstärka integrerad samverkan inom de sex kommunområdena på höglandet.

Kommunområdesvisa intervjuer i fokusgrupp har genomförts med medarbetare och chefer hos samtliga fyra aktörer inom de sex kommunområdena. 21 intervjuer är genomförda och sammanlagt har 103 personer intervjuats.

Resultatdelen är beskriven utifrån tre olika perspektiv:

- kommunområdesperspektiv (sex delrapporter)
- perspektiv specifikt för varje enskild aktör (kommun, vårdgivare, FK och AF)
- höglandsperspektiv

Resultat som framkommit genom kartläggning och arbete i projektet är bl.a. att det finns kommunområdesvisa skillnader gällande samverkan mellan de fyra parterna på höglandet. Kommunernas verksamheter är det som skiljer sig mest åt gällande möjliga insatser för målgruppen, vilket påverkar de övriga tre aktörernas möjligheter till samverkan inom respektive kommunområde. Det har också framkommit gemensamma kommunområdesvisa nämnare och en tydlig sådan är målgruppsbenämning. Målgruppen beskrivs ha en komplex problematik, långvarigt försörjningsstöd, har ingen sjukpenninggrundande inkomst, inskriven på Arbetsförmedlingen och uppger ohälsa/sjukdom/funktionsnedsättning som orsak till att inte kunna arbeta/medverka i planering från kommunen och/eller Arbetsförmedlingen. Gemensam nämnare för samtliga fyra aktörer är också svårigheter med att kunna erbjuda individanpassade insatser för målgruppen samt svårigheter med samordning av planerade rehabiliteringsinsatser.

Förslag på möjliga lokala utvecklingsområden för varje kommunområde redovisas i de sex kommunområdesvisa delrapporterna. Förslag på utvecklingsarbete som kan bedrivas mer generellt, det vill säga i samtliga eller i flera av kommunområdena alternativt för hela höglandet, redovisas i huvudrapporten. Exempel på generellt utvecklingsområde är utveckling av arbetsmetod och samverkansprocesser för samtliga fyra parter gällande den ovan beskrivna målgruppen med komplex problematik och med behov av samordnad rehabilitering.

Innehåll

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Inledning..... | 6 |
| 1.1 | Projektets bakgrund, syfte och mål..... | 6 |
| 1.2 | Projektets organisation och planering | 7 |
| 1.3 | Projektets utgångspunkter och arbetssätt | 8 |
| 2 | Bakgrund | 9 |
| 2.1 | De fyra huvudmännens ansvar, uppdrag och insatser | 9 |
| 2.2 | Finansiell samordning genom samordningsförbund..... | 12 |
| 2.3 | Offentlig försörjning | 13 |
| 2.4 | Öppna jämförelser ekonomiskt bistånd..... | 15 |
| 2.5 | Socioekonomisk sorteringsnyckel | 15 |
| 2.6 | Försörjningsmått | 16 |
| 2.7 | Fakta och forskning om samverkan och implementering av samverkansstrukturer | 16 |
| 2.7.1 | Integrerad samverkan | 16 |
| 2.7.2 | Faktorer som påverkar samverkansmöjligheten..... | 17 |
| 3 | Genomförande och metod..... | 18 |
| 4 | Analys och resultat | 21 |
| 4.1 | Gemensamma nämnare | 23 |
| 4.1.1 | Kommunerna..... | 23 |
| 4.1.2 | Vårdgivare (primärvård och psykiatrimottagning) | 24 |
| 4.1.3 | FK..... | 25 |
| 4.1.4 | AF..... | 26 |
| 4.1.5 | Samtliga fyra aktörer | 27 |
| 4.2 | Omvärldsanalys | 28 |
| 4.2.1 | Samverkansformer mellan socialtjänsten och Arbetsförmedlingen | 29 |
| 4.2.2 | Samverkan mellan kommunen och hälso- och sjukvården..... | 29 |
| 4.2.3 | Samverkan mellan Arbetsförmedling och Försäkringskassa | 30 |
| 4.2.4 | Samverkansformer mellan AF, FK och SKL gällande målgruppen utan SGI..... | 30 |
| 4.2.5 | Samverkansformer mellan Arbetsförmedling och hälso- och sjukvård | 31 |
| 4.2.6 | Sjukskrivnings-och rehabiliteringsprocessen | 32 |
| 4.2.7 | Samverkan SKL, FK samt kommunerna Halmstad, Borlänge och Hässleholm | 32 |
| 4.2.8 | Exempel från andra Samordningsförbund | 33 |
| 5 | Slutsatser och förslag | 38 |
| 6 | Avslutande kommentar | 44 |

| | | |
|---|--------------|----|
| 7 | Bilagor..... | 45 |
|---|--------------|----|

1 Inledning

1.1 Projektets bakgrund, syfte och mål

Bakgrund till projektet

Ett stort antal personer finns idag av olika anledningar i ett utanförskap. Det är personer med ett stort behov av samhällets ekonomiska, medicinska och sociala stöd, personer som har behov av olika insatser från flera aktörer inom den offentliga verksamheten. Det är viktigt att arbeta för att samhällets resurser används på ett så effektivt sätt som möjligt, vilket främjar både den enskilde samt de offentliga verksamheterna. De offentliga verksamheterna arbetar med olika förutsättningar, målbilder, regelverk och organisationsstrukturer. De finns på nationell nivå (Arbetsförmedling och Försäkringskassa), på länsnivå (Region Jönköpings län/vårdgivare) och på kommunal nivå. Kraven på samhällets resurser för att stödja personer med rehabiliteringsbehov har ökat liksom kraven på aktörerna att samarbeta och samverka. Lagen om finansiell samordning (FINSAM) gör det möjligt för Arbetsförmedlingen (AF), Försäkringskassan (FK), kommun och landsting/Region Jönköpings län att samverka finansiellt inom rehabiliteringsområdet. Samordningsförbundens uppgift är i första hand att verka för att medborgare ska få stöd och rehabilitering. En uppgift enligt lagen är att ”stödja samverkan mellan samverkansparterna” (7 §, p.2). Målet för individen är egen försörjning och bättre livskvalitet.

Personer med en kombination av medicinska, psykiska, sociala och arbetsmarknadsrelaterade problem har ofta flera olika samhällskontakter. Det finns en risk att de hamnar i en gråzon eller i en rundgång när stöd och insatser krävs från flera olika aktörer. Genom att myndigheter samverkar och samordnar insatser och kunskande gällande rehabilitering, utnyttjas de samlade resurserna på ett mer effektivt och ändamålsenligt sätt för individen.

Försäkringskassan fick under åren 2009 – 2015 i uppdrag av regeringen att stimulera gemensamma kunskapssatsningar och att stärka samverkan inom området psykisk ohälsa. Det blev två uppdrag, vilka benämns som KUR 1 och KUR 2 (kunskapsutveckling om rehabilitering för personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning). KUR-projekten vände sig till anställda inom AF, FK, kommun och landsting/region och erbjöd bidrag för att öka samverkan och kunskapen om rehabilitering av personer med psykisk ohälsa (slutrapport för KUR-projektet S2013/7759/FS). 2012 och 2015 genomförde HSF tillsammans med FK, kommunerna, landstinget och AF inom ramen för KUR gemensamma utbildningssatsningar. Dessa satsningar innebar att kunskapshöja medarbetare inom de offentliga verksamheterna samt att öka samverkan mellan aktörerna som arbetar med personer med samordnat rehabiliteringsbehov. De enkätsvar som sammanställdes i samband med uppföljningar av KUR-satsningarna på höglandet visade på ett positivt resultat; medarbetare inom verksamheterna ansåg att satsningen varit givande och man önskade jobba vidare med utveckling av samverkan. Utvecklingsarbetet gällande samverkan mellan de fyra parterna har

sett olika ut inom varje kommunområde på höglandet. Förutsättningarna för och behov av samverkan skiftar mellan de olika kommunområdena, liksom var man befinner sig i processerna. Med ett kommunområde menas verksamhet hos kommunen, AF, FK samt Region Jönköpings län/vårdgivare tillhörande en kommun.

Under hösten 2014 togs beslut inom HSF om pilotprojekt Fokus Integrerad Samverkan (bilaga 1). En resurs, som skulle verka i samtliga sex kommuner på höglandet, tillsattes. Resursen skulle i flera steg kartlägga och beskriva hur den integrerade samverkan fungerar i samtliga kommunområden gällande personer som är i behov av rehabiliteringsåtgärder från fler än en av de offentliga verksamheterna inom samordningsförbundet. Resurspersonen skulle efter kartläggningen förankra resultatet kommunområdesvis, analysera framgångsfaktorer samt ge förslag på hur respektive kommunområde kan stärka sitt arbete för att fortsätta förbättra/förstärka samarbetet mellan rehabiliteringsaktörer.

Syftet med projektet Fokus Integrerad Samverkan var att kartlägga för att i förlängningen få aktörerna att samarbeta närmre, smartare och effektivare runt personer med rehabiliteringsbehov där fler än en aktör är inblandade.

Målet med projektet är att individen snabbare och effektivare ska få det stöd som samhället har till förfogande och därmed snabbare bli självförsörjande, friskare och/eller får ett bättre upplevt liv. Målsättningen med projektet är också att det ska ha mycket goda och varaktiga effekter på hur integrerad samverkan kan förbättras/förstärkas och utvecklas inom kommunområdena på höglandet. Att arbeta med integrerad samverkan innebär att satsa på ett långsiktigt arbete där samverkan ska bli en del i det vardagliga ordinarie arbetet hos samtliga fyra aktörer.

1.2 Projektets organisation och planering

Organisation

Höglandets samordningsförbund finansierar och stödjer samverkan inom rehabilitering på Höglandet. Ägare av samordningsförbundet är kommunerna Aneby, Eksjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås och Vetlanda samt AF, FK och Region Jönköpings län. Projekt; Fokus Integrerad Samverkan är ett projekt inom HSF som riktar sig till de fyra parterna (Kommun, Region Jönköpings län/vårdgivare, FK och AF) inom samtliga sex kommunområden på höglandet. Projektet har haft en projektorganisation bestående av styrelsen tillhörande HSF, en styrgrupp bestående av ledarmötena i HSF:s beredningsgrupp samt en arbetsgrupp bestående av fyra representanter från beredningsgruppen. Det operativa arbetet har genomförts av den resursperson som anställdes för projektet med titel samverkanskoordinator. HSF:s ordinarie tjänsteman har haft en arbetsledande funktion för samverkanskoordinatören under projektiden.

Tidsplanering

Projektiden beslutades vara under ett år med start 150810. Det första halvåret ägnades åt

insamlande av data för att kartlägga och beskriva samverkansarbetet mellan aktörerna i respektive kommunområde. Analysen av kartläggningen skedde parallellt med insamlandet av data. De sista 5-6 månaderna ägnades åt att ge kommunområdesvis återkoppling på resultatet samt att ge förslag på hur samverkan kan förbättras/förstärkas. Under hela projekttiden har också funnits möjlighet för samverkanskoordinatoren att vid behov stödja kommunområdena vid uppstart av nya samarbetsarenor eller vid förbättrandet av befintliga. Den slutliga rapporten har sammanställts och slutförts under de sista tre månaderna av projekttiden.

Planering av verksamheten efter projekttiden

Utvärdering av projektet har skett kontinuerligt under projekttiden. Syftet med utvärderingen är att den ska ge en tydlig bild av vilket resultat som åstadkommits under projekttiden. Under slutfasen av projektet ska ett ställningstagande göras till hur HSF fortsättningsvis ska jobba för att ytterligare förbättra/förstärka det integrerade samverkansarbetet inom de sex kommunområden på höglandet.

1.3 Projektets utgångspunkter och arbetsätt

Projektet utgångspunkt och inriktning har varit ett gemensamt synsätt inom kommunområdena på höglandet angående utvecklandet av integrerad samverkan. Integrerad samverkan kommer ur begreppen ”integrated care” och ”integrated working” och beskrivs som en uttalad samordningsstrategi med ett fördjupat tillstånd i samverkan, både kulturellt och strukturellt och att den har en organisering som utgår från individens behov.

Att arbeta med integrerad samverkan inom kommunområdena på höglandet skulle innebära en långsiktig satsning, där samverkan blir en del i vardagens ordinarie arbete hos parterna inom samtliga kommunområden. Utveckling av integrerad samverkan och samarbete mellan parterna underlättas genom att faktorer som förhindrar/försvårar möjligheter till samarbete och samverkan undanröjs samt genom att faktorer som främjar/underlättar samarbete och samverkan lyfts fram

Samverkanskoordinators arbetsuppgifter under projekttiden

Samverkanskoordinators huvudsakliga uppgift har varit att kartlägga och beskriva nuvarande samarbetsarenor, formella och informella, inom alla kommunområden på höglandet samt beskriva vilka processer som påverkar och styr samverkansmöjligheterna. Andra uppgifter har varit att förankra resultaten kommunområdesvis, ge förslag på framgångsfaktorer vid integrerad samverkan och hur respektive kommunområde skulle kunna förbättra/förstärka sitt samarbete. I uppdraget ingick också att vara en resurs för aktörerna i arbetet med att öka samarbetet mellan aktörerna och att fortlöpande rapportera till samordningsförbundets beredningsgrupp och styrelse om projektet. Att ta omvärldskontakter, som t.ex. att ta kontakt med andra samordningsförbund eller att söka efter andra liknande projekt/arbeten där integrerad samverkan mellan de fyra parterna för målgruppen är huvudarbetet, har också ingått i uppdraget.

2 Bakgrund

2.1 De fyra huvudmännens ansvar, uppdrag och insatser

I Sverige ligger ansvaret för rehabilitering på flera aktörer. Det är FK, AF, vårdgivare och kommuner samt även arbetsgivare som ansvarar för individens rehabilitering. Denna uppdelning av ansvaret kan innebära att det inte finns någon samlad bild av individens behov. Det kan också innebära att det är svårt att koordinera insatser från de olika aktörerna. För att nödvändig samverkan inom rehabiliteringsområdet ska vara möjlig har regeringen infört bestämmelser gällande samverkan i lagstiftningen för respektive huvudman d.v.s. kommuner, vårdgivare, FK och AF. Bestämmelserna om samverkan innebär både skyldigheter och möjligheter att samverka på såväl verksamhets- som på individnivå. På verksamhetsnivå handlar det om att samordna resurser, ansvarsområden och regelverk. På individnivå gäller det bestämmelser som att insatserna ska planeras tillsammans med den enskilde och de berörda huvudmännen. Det finns ett starkt lagstöd för samverkan inom rehabiliteringsområdet (Samordna rehabiliteringen Socialstyrelsen -11). Nedan görs en kortfattad beskrivning av de fyra huvudmännens ansvar, uppdrag och delar av befintligt regelverk gällande rehabilitering och samverkan. Förutom beskrivningen av kommunen, vårdgivare, AF samt FK görs också en kortfattad beskrivning av socialstyrelsens ansvar, uppdrag och insatser. Socialstyrelsen, AF och FK ska enligt sin respektive förordning samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.

Socialstyrelsens ansvar och uppdrag

Socialstyrelsen värnar om hälsa, välfärd och allas lika tillgång till god vård och omsorg. Socialstyrelsen har ett nationellt uppdrag och ska verka för en god vård och omsorg genom att styra med regler, kunskap och statsbidrag, och genom att göra tillsyn, uppföljningar och utvärderingar. Socialstyrelsen har sedan 2007 samordnat sin verksamhet på psykiatriområdet och utvecklat ett nationellt stöd till utvecklingen inom den psykiatriska hälso- och sjukvården och även till kommunernas verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning. Enligt förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen ska Socialstyrelsen särskilt samverka med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. (Samordna rehabiliteringen Socialstyrelsen -11)

Kommunens ansvar och uppdrag

Genom socialtjänstlagen (SoL) regleras kommunens ansvar för äldre människor, personer med funktionshinder, barn och unga samt personer med missbruksproblem. Socialtjänstens övergripande mål är att främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktivt deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ansvarar för den enskildes sociala rehabilitering i enlighet med socialtjänstlagen. Med social rehabilitering menas råd, stöd, service, sysselsättning och behandling. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Ansvaret innebär inte någon inskränkning

i det ansvar som andra huvudmän har (2 kap. 2 § SoL). Kommunen får träffa överenskommelse med landstinget, FK och AF om att, inom ramen för socialtjänstens uppgifter, samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. I socialtjänstlagen (2001:453) finns bestämmelser om samverkan i 2 kap. 6 och 7 §, 3 kap. 5 § och 5 kap. 8 § samt 8 a §. Kommunen ska bidra till finansieringen av verksamhet som bedrivs i samverkan (2 kap. 6 § SoL). Enligt bestämmelserna i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får kommunen delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Kommunen ska planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer (5 kap. 8 § SoL) (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) 6 §, 10 § och 15 §) När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan (2 kap. 7 § SoL)(Samordna rehabiliteringen Socialstyrelsen -11).

I en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2013 ”Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, Kartläggning av utvecklingsbehov inom verksamhetsområdet ekonomiskt bistånd” beskriver man att socialsekreterares roll inom försörjningsstöd har förändrats. Från att ursprungligen ha fungerat som samhällets yttersta skyddsnät, där uppgiften var att utifrån individens behov bedöma, beräkna och besluta, har rollen genomgått en tydlig förändring. Socialtjänsten ansvarar numera för alltmer av rent arbetsrehabiliterande insatser och åtgärder. Man menar att denna utveckling har berott på att allt fler individer fastnat i ett långvarigt bidragsberoende och haft svårt att komma ut på arbetsmarknaden. De personer som AF och andra myndigheter inte haft förmåga att hjälpa, eller valt att inte arbeta med, har varit hänvisade till socialtjänsten. Många kommuner har idag ett stort antal egna insatser/åtgärder av arbetsrehabiliterande karaktär. Socialtjänsten har också fått ökade möjligheter att ställa krav på den enskildes medverkan. Syftet med det ekonomiska biståndet har dock alltid varit att det ska vara en tillfällig hjälp. I proposition 1979/80:1 framhålls att det inte bara handlar om att avhjälpa det akuta behovet, utan också att insatserna ska utformas på ett sådant sätt att de i framtiden underlättar för den enskilde att klara sin försörjning (Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, Kartläggning av utvecklingsbehov inom verksamhetsområdet ekonomiskt bistånd SKL-13)

Vårdgivares ansvar och uppdrag

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), (HSL) anger vilka skyldigheter sjukvårdshuvudmannen har gentemot befolkningen. HSL reglerar främst åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Landsting och regioner ska även erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för funktionshindrade till dem som är bosatta inom landstinget eller stadigvarande vistas där. Rehabiliteringen kan också inriktas på att förbättra en funktionsnedsättning och träna kompenserande funktioner. Målet för den medicinska rehabiliteringen är att individen ska uppnå bästa möjliga funktionsförmåga samt fysiskt och psykiskt välbefinnande. Dessutom ska hälso- och sjukvården förmedla underlag till FK och andra aktörer för bedömning av rehabiliteringsbehov och lämpliga åtgärder. Enligt 2 § HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika

villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vård och behandling ska, så långt det är möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (2 a § HSL). När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en samordnad individuell plan (2 f § HSL) (SIP). Landsting och region får även träffa överenskommelser med kommun, FK och AF om, att inom ramen för landstingets/regionens uppgifter enligt denna lag, samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landsting och region ska bidra till finansieringen av verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget och regionen delta i finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser inom rehabiliteringsområdet (3 § HSL). Landsting och region ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete gällande personer med psykisk funktionsnedsättning (8 a § HSL) (Samordna rehabiliteringen Socialstyrelsen -11)

Försäkringskassans ansvar och uppdrag

Rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken (SFB) ska syfta till att den som drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassan ska i samråd med individen se till att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Försäkringskassan har enligt SFB ett samordningsansvar för individer, som på grund av medicinska skäl, har nedsatt arbetsförmåga. Samordningsuppdraget har två olika perspektiv, dels på individnivå, dels på strukturell nivå. På individnivå innebär det att samordna aktiviteter från olika aktörer för att den försäkrade så snart som möjligt ska kunna återgå till arbetslivet. På strukturell nivå handlar samordningsuppdraget om att skapa förutsättningar för en effektiv samverkan mellan flera aktörer inom rehabiliteringsområdet så att arbetet på individnivå ska fungera smidigt. Försäkringskassan ska, om den försäkrade medger det, i rehabiliteringsarbete samverka med arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, AF samt andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade. Samordningsansvaret medför inte att FK övertar det ansvar som respektive rehabiliteringsaktör har för t.ex. genomförande av och kostnader för de insatser som är aktuella. I samband med ett beslut om att bevilja en försäkrad aktivitetsersättning ska FK undersöka om individen under ersättningstiden kan delta i aktiviteter som kan antas ha en gynnsam inverkan på sjukdomstillstånd eller fysisk/psykisk prestationsförmåga (33 kap. 21§ SFB). I Förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan anges i 5 § att FK ska träffa överenskommelse med kommun, landsting/Region eller AF i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser på rehabiliteringsområdet samt bedriva finansiell samordning enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Samordna rehabiliteringen Socialstyrelsen -11).

Arbetsförmedlingens ansvar och uppdrag

Arbetsförmedlingen har i uppdrag att bedriva arbetslivsinriktad rehabilitering i form av vägledande, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser. Målgruppen för

arbetslivsinriktad rehabilitering är arbetssökande som har nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning eller ohälsa. Dessa personer ska ha tillgång till AF:s samlade utbud av tjänster, metoder och arbetsmarknadspolitiska program (Samordna rehabiliteringen Socialstyrelsen -11). Inom AF är det nationella samverkansansvaret förlagt på Avdelningen rehabilitering till arbete, vilken ansvarar för uppdraget arbetslivsinriktad rehabilitering inom myndigheten. Samverkan på operativ nivå sker inom AF:s tio geografiska marknadsområden. Här finns samverkanssamordnare som har till uppgift att stödja samverkansarbetet med andra parter (Förstärkta rehabiliteringsinsatser i samverkan ISF rapport 2013:3). Det är AF:s uppgift att se till att personer med funktionsnedsättning prioriteras inom samtliga arbetsmarknadspolitiska program. För personer med funktionsnedsättning och ohälsa kan det vara aktuellt med stödinsatser vid etablering av kontakt med arbetsgivare. Det kan vara aktuellt med anpassning av miljön på arbetsplatsen, särskilt introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS), stöd till personligt biträde eller olika former av anställningsstöd som t.ex. lönebidrag eller utvecklingsanställning. Av vikt är även att kunskap och kompetens hos kompletterande aktörer tas till vara i insatserna för denna målgrupp. I Förordningen (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen anges i 14 § att AF ska träffa överenskommelse med kommun, landsting eller FK i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser på rehabiliteringsområdet samt bedriva finansiell samordning enligt lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. AF:s insatser har alltid det arbetsmarknadspolitiska uppdraget som utgångspunkt (Samordna rehabiliteringen Socialstyrelsen -11).

Arbetsgivarens ansvar och uppdrag

Arbetsgivaren ska i samråd med individen svara för att dennes behov av rehabilitering klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Arbetsgivarens ansvar är begränsat till arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder inom eller i anslutning till den egna verksamheten (Samordna rehabiliteringen Socialstyrelsen -11).

2.2 Finansiell samordning genom samordningsförbund

Den 1 januari 2004 trädde lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser i kraft. Lagen gör det möjligt för AF, FK, kommun och landsting/Region Jönköpings län att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet. Tillsammans bildar de fyra parterna ett samordningsförbund. Samordningsförbundet beslutar själv hur samarbetet ska utformas och bedriver samverkan utifrån lokala förutsättningar och behov. Genom samverkan i ett samordningsförbund kan parterna utveckla ett gemensamt ansvarstagande för välfärds- och rehabiliteringsarbetet (www.finsam.se).

I proposition om finansiell samordning anges att målgruppen för samordnade rehabiliteringsinsatser är personer med såväl psykiska som fysiska besvär liksom personer med sociala och arbetsmarknadsrelaterade behov. Målgrupperna för den finansiella samordningen är kunder, arbetssökande, brukare eller patienter från FK, AF, kommunen

och/eller hälso- och sjukvården. Behovet av samordnade rehabiliteringsinsatser är ofta stort för personer med en sammansatt problematik. Behovet av stöd beror på olika former av långvarig, komplex och sammansatt problematik såsom funktionsnedsättning, psykisk ohälsa, sociala problem eller behov av särskilda insatser på grund av arbetslöshet (Prop.2002/03:132, Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet). En finansiell samordning syftar till att ge individer, som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser, stöd för att uppnå eller förbättra förmågan att utföra förvärvsarbete (Återrapportering av finansiell samordning 2014, Redovisning enligt Försäkringskassans regleringsbrev 2014). Insatserna inom samordningsförbunden kan också ses som ett led i processen för individen att nå självförsörjning. Det innebär att insatser av mer utredande och kartläggande karaktär, som syftar till att individer kommer i rätt åtgärd, också kan ingå i samordningsförbundens verksamhet. Resultatet av sådana insatser avläses inte i form av om individen fått arbete eller inte utan bedöms utifrån andra kriterier som ökad träffsäkerhet. Ett annat sätt att beskriva syftet med den finansiella samordningen är att den gör det möjligt för samverkande parter, att identifiera individernas totala behov av rehabilitering, vilket kan vara svårt för varje enskild aktör att bedöma. Syftet med samordningsförbundet blir då att förbättra samarbetet mellan olika verksamheter, att få en struktur för att få samverka mellan myndigheterna att fungera över tid (Handbok Finansiell samordning, Nationella rådet -13). Regeringen avsätter årligen medel för finansiell samordning. För 2015 tilldelades 280 miljoner kronor för samverkan inom ramen för samordningsförbunden. Medlen fördelades mellan de 80 samordningsförbunden i Sverige. 241 av Sveriges 290 kommuner och samtliga landsting ingår idag i samordningsförbund (www.finsam.se).

2.3 Offentlig försörjning

Offentlig försörjning är olika ersättningar från arbetslöshetskassa, AF, FK eller kommun. Övervägande del av målgruppen som samordningsförbund arbetar med uppbär någon form av offentlig försörjning. I rapporten "Återrapportering av finansiell samordning 2015" kan man läsa att 88 % deltagarna inom samordningsförbundens verksamheter/insatser har någon form av offentlig försörjning före start i insatser via förbunden. Vanliga ersättningsformer för målgruppen är sjuk- och aktivitetsersättning från FK, aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning i samband med insatser från AF. Den största delen av målgruppen (39 %) uppbär ersättning från kommunen i form av försörjningsstöd (Återrapportering av finansiell samordning 2015).

Försörjningsstöd

Försörjningsstöd eller ekonomiskt bistånd är tänkt att fungera som ett sista skyddsnät för den som har tillfälliga ekonomiska problem. Socialtjänsten kan ställa krav på att den som ansöker om försörjningsstöd söker arbete, medverkar i kommunens eller arbetsförmedlingens program eller åtgärder för arbetslösa. Individen ska vara anmäld vid AF och aktivt söka arbete och vara beredd att ta arbeten eller att medverka i arbetsmarknadsåtgärder som erbjuds av AF eller kommunen. Arbetsmarknadsåtgärder kan till exempel vara arbetsmarknadsutbildning, praktik, arbetsrehabiliterande åtgärder och svenskundervisning för invandrare (SFI) med syfte att utveckla den enskildes möjligheter att i framtiden försörja sig själv. Socialtjänsten kräver i

regel att den enskilde är sjukskriven och visar upp ett läkarintyg då personen anger sjukdom eller ohälsa som orsak till att inte kunna arbeta, söka arbete eller medverka i arbetsmarknadsåtgärder. Om sjukskrivningen blir långvarig kan socialtjänsten kräva att få se läkarens plan för rehabilitering. Om den enskilde, utan godtagbara skäl, inte medverkar i planeringen kan socialtjänsten minska eller neka försörjningsstöd. Detsamma gäller om individen utan godtagbara skäl uteblir från insatser (Socialtjänstlagen 4 kap. 4 § 2001:453).
www.socialstyrelsen.se

Aktivitetsstöd och utvecklingsersättning

Aktivitetsstöd är ekonomiskt stöd till försörjning för personer som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program genom AF. Ersättningen betalas ut från FK till den som fyllt 25 år och uppfyller villkoren för att få a-kassa (Förordning 2000:634, 2015:946).

Utvecklingsersättning är ekonomiskt stöd till försörjning för personer som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program genom AF. Ersättningen betalas ut från FK till den som har fyllt 18 år men inte 25 år och heller inte uppfyller villkoren för att få ersättning från en a-kassa. I vissa fall kan utvecklingsersättning lämnas till den som deltar i jobb- och utvecklingsgarantin (Förordning 2000:634, 2015:946).

Arbetssökande ska under programtid medverka i planeringen vilken innebär att ha kontinuerlig kontakt med AF, månatligt inlämna aktivitetsrapport, söka anvisade lämpliga arbeten och att aktivt själv söka lämpliga arbeten. Om arbetssökande, vid upprepade tillfällen utan godtagbara skäl, inte medverkar i planeringen, kan arbetsförmedlingen vidta åtgärder som varning eller avstängning från rätten till ersättningarna (Förordning 2000:634, 2015:946). Vid frånvaro från insatser pga. av sjukdom i mer än sju kalenderdagar ska läkarintyg inlämnas för att ha rätt till ersättning
(www.forsakringskassan.se).

Sjuk- och aktivitetsersättning

Sjukersättning är en ersättning för personer mellan 30 och 64 år och som troligen aldrig kommer att kunna arbeta heltid på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Arbetsförmågan ska vara nedsatt med minst en fjärdedel i alla arbeten på arbetsmarknaden. Där ingår även arbeten som anordnas för personer med funktionsnedsättning, till exempel anställningar med lönebidrag.

Aktivitetsersättning är en ersättning för personer som är mellan 19 och 29 år och som troligen inte kommer att kunna arbeta heltid på minst ett år på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Individen kan få aktivitetsersättning om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år. Aktivitetsersättningen är tidsbegränsad och beviljas för högst tre år i taget.

September -15 presenterade regeringen ett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro (dnr S2015/06106/SF). Regeringen identifierade sju områden som behöver utvecklas och åtgärdas. En arbetsgrupp har haft i uppgift att se över dessa områden och

komma med förslag på förändringar inom sjukförsäkringen. Förslag är bl.a. att hel sjukersättning ska kunna beviljas från 19 års ålder istället för 30 år. Förslaget ska öka tryggheten för den grupp unga som har så omfattande funktionsnedsättningar att det är osannolikt att de någonsin kommer att kunna arbeta. Samtidigt renodlas aktivitetsersättningen och det blir tydligare vilka unga som är i behov av aktiva insatser (Departementsskrivelsen ”Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen, Ds 2016:5.”)

2.4 Öppna jämförelser ekonomiskt bistånd

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att samla in data gällande kvalitet, resultat och effektivitet inom verksamhetsområdet ekonomiskt bistånd från samtliga landets kommuner samt i stadsdelarna Stockholm, Göteborg och Malmö. För ekonomiskt bistånd publicerar Socialstyrelsen 42 indikatorer. 35 av indikatorerna belyser förutsättningar för god kvalitet i verksamheten och sju av indikatorerna belyser omfattningen av ekonomiskt bistånd. Resultaten för dessa indikatorer bygger på uppgifter från Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd och SCB:s befolkningsregister. Resultatet redovisas årligen i öppna jämförelser. Jämförelserna har tagits fram av Socialstyrelsen i samverkan med SKL. Målet är att öppna jämförelser ska leda till en förbättrad kvalitet av arbetet med det ekonomiska biståndet. Socialstyrelsen publicerar jämförelserna mellan landets kommuner och stadsdelar i två Excel-filer på myndighetens webbplats. (www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser)

2.5 Socioekonomisk sorteringsnyckel

Den socioekonomiska sorteringsnyckeln har tagits fram från SCB:s register. Nyckeln är i första hand ett mått på kommuners och stadsdelars socioekonomiska status och mäter avståndet till den kommun som har högst socioekonomisk status. Nyckeln baseras på invånarnas arbetsmarknadsanknytning, utbildningsnivå och inkomst. Dessa två faktorer, samvarierar med ekonomiskt bistånd, vilket innebär att nyckeln kan tolkas som en indikation på behov av ekonomiskt bistånd i en kommun eller stadsdel jämfört med övriga kommuner eller stadsdelar. De framräknade värdena rangordnas och delas in i åtta grupper (1–8), där 1 = låg risk och 8 = hög risk jämfört med kommuner och stadsdelar i stort. (www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/ekonomisktbistand)

Socioekonomisk sorteringsnyckel i de sex höglandskommunerna

Det finns skillnader i det socioekonomiska nyckeltalet mellan de sex höglandskommunerna. Kommunerna har själva rapporterat in siffror till SCB som sedan analyserar och beräknar data för att få fram den socioekonomiska sorteringsnyckeln för varje kommun.

| Kommun | Socioekonomisk sorteringsnyckel |
|----------|---------------------------------|
| Sävsjö | 7 |
| Vetlanda | 3 |
| Aneby | 4 |
| Nässjö | 6 |
| Tranås | 6 |
| Eksjö | 4 |

(www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/ekonomisktbistand)

2.6 Försörjningsmått

Försörjningsmättet ger en samlad bild av samhällets kostnader för offentlig försörjning i en kommun på grund av medborgarnas ohälsa, arbetslöshet och sociala situation. Kostnaderna är nedbrutna i kronor per individ i arbetsför ålder och per kvartal och per 12- månaders period. Mättet fångar kostnaderna för bl.a. sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning, a-kassa, aktivitetsstöd, etableringsersättning och försörjningsstöd. Mättet ger ett helhetsperspektiv och kan vara till nytta vid t.ex. lokala behovsanalyser. Det ökar möjligheten för myndigheterna att tillsammans planera, sätta gemensamma mål och fatta beslut som är till nytta för samhället som helhet och inte enbart för varje enskild myndighet. Försörjningsmättet används t.ex. av samordningsförbund. De samverkande parterna kan med hjälp av systemet göra lokala behovsanalyser och på så sätt kartlägga var behoven av samverkansinstanser är som störst och gör störst nytta och på så vis kunna sätta in lämpliga samordnade rehabiliteringsinsatser för målgruppen (www.finsam.se/nationellaradet Skrivelse socialdepartementet nationella rådet 121112).

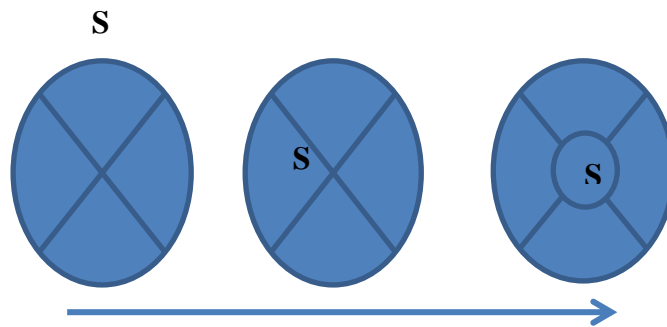
2.7 Fakta och forskning om samverkan och implementering av samverkansstrukturer

2.7.1 Integrerad samverkan

Integrerad samverkan kommer ur begreppen ”integrated care” och ”integrated working” och kan beskrivas på följande vis enligt Nationella Nätverket för Samordningsförbund (NNS):

- Det är en uttalad samordningsstrategi som betonar långsiktighet istället för ”projektandet” som alternativ strategi för att hantera samverkansfrågorna.
- Den signalerar ett erkännande av, eller en önskan om, ett fördjupat tillstånd av samverkan mellan myndigheterna, både kulturellt och strukturellt.
- Den kännetecknas av organiseringar som utgår från individers behov, där myndigheter och samhälle anpassar sina insatser tillsammans med den enskilde

Att arbeta med integrerad samverkan innebär att satsa på långsiktigt arbete, där samverkan blir en del i vardagens ordinarie arbete hos parterna. På hemsidan för NNS hänvisar man till forskare Christian Ståhls arbete, som beskriver tre olika förhållningssätt i samverkan. Pilen visar på riktningen, den önskvärda utvecklingen.



Första bilden beskriver hur samverkan ses som något utanför den ordinarie verksamheten. Det är något man inte har grepp om t.ex. ett projekt ”därute”, som man har hört talas om men som man anser inte direkt berör det egna arbetet. Det kan också handla om ett förhållningssätt t.ex. ”samverkan är inte något jag behöver vara engagerad i, jag har ju mina uppdrag och det är dem som jag blir belönade utav, inte samverkan”.

Den andra bilden beskrivs som "samverkan på fredag" syndromet. Den ”jobbiga arbetsuppgiften” som kräver ett annat arbetssätt, den uppgiften man gör om det finns utrymme sist i veckan. Det kan handla om projekt som hanterar en delprocess i en större arbetsprocess och som samlar vissa av aktörerna eller kompetenserna eller att det är ett fåtal av målgruppen tillhörande ett visst projekt som remitteras till samverkansinsatser.

Den tredje bilden är en bild som beskriver "integrerad samverkan". Här är myndigheterna integrerade med varandra. Förhållningssättet präglas av jämnt fördelat engagemang från alla delar. I integrerad samverkan finns långsiktiga insatser, verksamhet som myndigheterna driver tillsammans och där individens behov står i centrum. I detta nav samlar sig myndigheterna för att erbjuda effektiva insatser utifrån individens behov. Myndigheterna är välinformerade och kontinuerligt uppdaterade om varandras verksamhet och resurser. Myndigheterna betonar medberoendet dem emellan och agerar gemensamt i den ytan som de behöver vara samorganiserade i (Nationella Nätverket för Samordningsförbund Jonas Wells, Integrerad samverkan Christian Ståhl).

<http://nnsfinsam.se/media/109743/Vad-ar-integrerad-samverkan-140424.pdf>

2.7.2 Faktorer som påverkar samverkansmöjligheten

Flera rapporter, sammanfattningar och regleringsbrev beskriver och belyser viktiga faktorer som utgör förutsättningar för god samverkan mellan aktörerna. Informationen har hittats på hemsidor tillhörande FINSAM, SKL, Socialstyrelsen, NNS samt rapporter i Socialmedicinsk tidskrift.

Socialstyrelsen och AF fick 2014 i uppdrag av regeringen att kartlägga och sammanställa exempel på välfungerande samverkansformer mellan socialtjänsten och AF. Uppdraget genomfördes också i dialog bl.a. med SKL. Samverkan kan definieras på olika sätt. I den rapport som Socialstyrelsen och AF skrev utifrån ovannämnda uppdrag används följande definition av samverkan: ”Någon eller några tillför specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra”. I samma rapport kan man läsa om faktorer som i forskning och i litteratur inom området har visat sig främja en framgångsrik samverkan. Faktorer som beskrivs är styrning, struktur och samsyn. Med styrning menar man att det är viktigt att den politiska och administrativa ledningen inom berörda organisationer aktivt tar ställning för samverkan. Struktur innebär att det finns en tydlighet när det gäller mål, målgrupp, yrkesroller, arbetsfördelning och rutiner för samverkan. En god struktur behövs för att överbrygga hinder i form av skilda regelsystem. Samsyn handlar om att utveckla former för kommunikation och gemensam värdegrund för att övervinna kulturella hinder i form av skilda kunskapsbakgrunder och synsätt (Kartläggning av samverkansformer mellan socialtjänsten och AF, redovisning av regeringsuppdrag S2014/3701/FST). Inom ramen för uppdraget genomfördes också en genomgång av kunskapsläget i Sverige om främjande faktorer för samverkan. Resultat och erfarenheter från svensk forskning och aktuella utvecklingsarbeten om samverkan sammanställdes av professor Berth Danermark, Örebro Universitet. Uppdraget resulterade också i ett webbaserat inspirationsmaterial (www.godsamverkan.se). Sammanställningen lyfter upp följande faktorer som viktiga för att få till en bra samverkan:

- En ledning som prioriterar samverkan
- En tydlig arbetsstruktur med ansvarsfördelning, kontaktvägar och rutiner
- Stabila organisationer
- Kunskap om och respekt för varandra
- Gemensamma målgrupper och mål
- Gemensamma forum och rutiner för beslut
- Fokus på varje individs behov
- Kunskap om samverkan hos varje organisation som deltar

(B Danermark, Kunskap och erfarenheter om samverkan kring arbetslösa personer med ekonomiskt bistånd).

3 Genomförande och metod

Insamlingfas

Den huvudsakliga arbetsuppgiften inom insamlingsfasen var att genomföra intervjuer via fokusgrupper med samtliga fyra aktörer inom de sex kommunområdena på höglandet. Andra metoder för datainsamling har varit att medverka på utbildningsdagar inom KUR samt vid de kommunområdesvisa uppföljningsdagarna tillhörande utbildningssatsningen inom KUR. För att samla in data om vad som sker nationellt inom området samordnad rehabilitering och integrerad samverkan har kontakter tagits via mail och telefon med nyckelpersoner inom

området. En del data och fakta har också inhämtats från skriftliga dokument, adekvata för projektet Fokus; Integrerad Samverkan

Metod; Intervju via fokusgrupp

Den huvudsakliga arbetsuppgiften i uppdraget för projekt Fokus Integrerad Samverkan var att kartlägga och beskriva de samarbetsarenor, formella och informella som finns inom de sex kommunområden på höglandet, där man samverkar och samarbetar kring personer med ett komplext rehabiliteringsbehov. Kartläggningen genomfördes genom kommunområdesvisa intervjuer i fokusgrupper med medarbetare och chefer hos samtliga fyra aktörer. Intervju via fokusgrupp valdes då denna metod passar bra att använda när syftet är att studera gruppmedlemmars åsikter, attityder, tankar, uppfattningar och argument. Intervju via fokusgrupp är också lämplig som metod då det är ett stort antal personer som ska intervjuas, vilket varit fallet i projekt Fokus Integrerad Samverkan. Genom att använda fokusgrupper får den som genomför kartläggning/utredning en inblick i hur kunskap och idéer utvecklats och används inom olika grupper. Metoden ger det djup och den helhetsbild som behövs för att fördjupa sin förståelse av vad som ligger bakom människors tankar och erfarenheter och därigenom också få förståelse för varför saker är som de är och hur de kom att bli så. Metoden delas in i en process med fyra steg: planering, rekrytering, diskussionsledning och analys (Fokusgrupper Viktoria Wibeck 2010).

Planering

Inför utformandet av intervjuguide gjordes sökningar via internet efter projekt, utredningar och forskning inom området samordnad rehabilitering och integrerad samverkan. Sökning gjordes också på hemsidor tillhörande Socialstyrelsen, SKL samt NNS.

I Skriften ”Samordna rehabiliteringen- Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning” (Skrift utformad av Arbetsförmedling, FK, Socialstyrelsen och SKL 2012) tar man upp faktorer som är förutsättningar för att insatser för målgruppen ska kunna samordnas och användas på det mest ändamålsriktiga sättet. Faktorer som togs i beaktande i samband med utformandet av intervjuguide beskrivs nedan:

- En lokal arena
- En gemensam värdegrund.
- Ökade kunskaper hos rehabiliteringsaktören
- Stöd och samordning av insatser över lång tid
- Fokus på rehabiliteringsprocessen

Annan forskning och kunskap som legat till grund för kartläggningen i projekt Fokus Integrerad Samverkan och utformandet av intervjuguide samt vid analysen är Berth Danermarks forskning och sammanställning gällande faktorer som är viktiga för samverkan vilka beskrivits i bakgrunden

Första delen i planeringen var att besluta vilka huvudfrågor som var viktigast för kartläggning via intervjuer. Följande huvudfrågor formulerades:

- Vilka samverkansarenor, formella och informella finns och används inom respektive kommunområde?
- Används dessa och hur fungerar de?
- Känner medarbetare och chefer till samverkanssystemen?
- Vad påverkar/styr möjligheterna att kunna samverka?

Tillsammans med arbetsgruppen för projektet skrevs sedan två intervjuguider. En intervjuguide anpassades för medarbetare (bilaga 2) och en för chefer (bilaga 3). Intervjuguiden för medarbetare innehåller frågor om hur de samverkar i det vardagliga klientpatientarbetet. Intervjuguiden för chefer innehåller frågor om vilka förutsättningar man som chef ger till medarbetare att kunna samverka samt om/hur organisation och regelverk påverkar förutsättningar för samverkan. Inför intervjuerna gjordes av samverkanskoordinatoren ett stimulusmaterial (bilaga 4a och 4b). Stimulus materialet används i syfte att väcka frågor och stimulera deltagarna till att starta upp diskussionen i intervjun. Stimulusmaterialet ger också intervjugruppen en gemensam ingång till de frågor som kommer att ställas under intervjun.

Rekrytering

Nästa del var att sätta ihop kommunområdesvisa grupper för intervjuer. Intervjuer skulle genomföras med medarbetare och chefer kommunområdesvis hos kommunen, AF, FK och Region Jönköpings län samt även primärvård i privat regi. Region Jönköpings län och privata vårdgivare kommer fortsättningsvis i rapporten att benämnas som vårdgivare. Då beredningsgruppens medlemmar hade en naturlig koppling till dem som skulle intervjuas fungerade de som kontaktpersoner. Beredningsgruppens representanter fick i uppdrag att tillfråga personer inom sina organisationer om att medverka vid intervjuerna. Kriteriet för de som tillfrågades var att de i sin organisation skulle arbeta i verksamheter/insatser/åtgärder med koppling till målgruppen som projektet och samordningsförbundet vänder sig till. Beredningsgruppens ledarmöter var i de flesta fall de som bokade in tid och lokal för intervju. Fokusgrupperna kom att skifta i sammansättning och i antal i de sex olika kommunområdena. De flesta kommuner har haft medarbetare och chefer för försörjningsstöd samt arbetsmarknadsenheter (AME) representerade i fokusgrupperna. I några kommuner har kommunpsykiatri varit med vid intervjun liksom coacher inom projektet Supported Employment (SE) samt medarbetare inom öppenvård, missbruk och omsorgsverksamhet. Hos några kommuner har också personal från grund- och gymnasieskolor medverkat vid intervjuerna. Intervjuer med medarbetare hos vårdgivare genomfördes vid ett intervjutillfälle med 15 stycken rehabsamordnare tillhörande primärvård och psykiatriska öppenvårdsmottagningar inom de sex kommunområden. Några rehabsamordnare var förhindrade att medverka vid intervjutillfället, vilket innebär att ett par kommunområden inte har haft representant från vårdgivare vid intervjutillfället. Chefer hos vårdgivare samt även inom FK har intervjuats i ett kommunområde. Sammansättningen i fokusgrupper för medarbetare på AF och FK har inte skilt sig nämnvärt mellan kommunområdena. Sammanlagt

har 21 intervjuer via fokusgrupper genomförts under perioden september-december. Totalt har 103 personer intervjuats.

Diskussionsledning

Intervjuer genomfördes i strukturerade fokusgrupper med samverkanskoordinatören som samtalsledare/moderator. I en strukturerad fokusgrupp får moderatören rollen som intervjuare och håller sig till i förhand fastställda frågor i intervjuguiden (Fokusgrupper Viktoria Wibeck 2010). Deltagarna i grupperna ska ges möjlighet att inom ämnet fritt kunna diskutera med varandra. Innan intervjuerna påbörjades gavs en beskrivning av projektets syfte och mål. Då alla inte hade haft möjlighet att ta del av stimulusmaterialet innan intervjutillfället delades detta ut och gick igenom som start för intervjun. Intervjuerna genomfördes med stöd av intervjuguiden. Ljudupptagningar gjordes vid samtliga intervjutillfällen. Även vissa anteckningar fördes under intervjun. Tidsåtgången för intervjuerna i fokusgrupp varierade mellan 50 minuter till 1 timma och 20 minuter.

Analys

Då datainsamlandet skett i olika takt har insamlandet och analysen skett parallellt. De ljudupptagningar som gjordes vid samtliga 21 intervjutillfällen transkriberades. Innehållsanalysen inleddes med att gå tillbaka till syftet med kartläggningen samt till huvudfrågorna och till frågorna i intervjuguiden. Syfte och mål med projektet ligger till grund för innehållsanalysens genomförande liksom huvudfrågorna och frågorna i intervjuguiden. En viktig del i analysarbetet har varit att identifiera faktorer som av medarbetare och chefer beskrivs påverka samverkansprocesserna. Intervjumaterialet kodades och delades upp i enheter och kategorier. De faktorer som enligt Berth Danermark har stor betydelse för att uppnå god samverka har legat till grund för bildandet av enheter och kategorier.

Datainsamling KUR-satsningen

Under en vecka i mitten av oktober 2015 genomfördes kommunområdesvisa uppföljningsdagar inom KUR-satsningen. Faktorer som framkommit under dessa kommunområdesvisa dagar har också analyserats och kategoriserats på samma vis som den information som framkommit genom intervjuer i fokusgrupper

4 Analys och resultat

Kartläggningen i projekt Integrerad samverkan har identifierat vilka samverkansarenor som finns och används inom de sex kommunområdena på höglandet för målgruppen med komplex problematik och med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Kartläggningen har också identifierat processer som styr samverkansmöjligheterna för målgruppen. Resultatet för respektive kommunområde redovisas i sex kommunområdesvisa delrapporter, vilka ligger som fristående bilagor till huvudrapporten. Förutom den kommunområdesvisa identifieringen har faktorer och processer för samverkan, specifika för var och en de fyra aktörerna också

identifierats. Dessa resultat redovisas som gemensamma nämnare i huvudrapporten. Under analysen framkom även faktorer samstämmiga för samtliga fyra aktörer inom de sex kommunområdena på höglandet. Dessa gemensamma nämnare redovisas också i huvudrapporten. Resultatdelen är på så vis beskriven utifrån tre olika perspektiv, d.v.s. ur ett kommunområdesperspektiv (sex delrapporter), ur ett perspektiv från varje aktör samt också ur ett Höglandsperspektiv. De två sistnämnda perspektiven finns redovisade i huvudrapporten. Resultaten redovisas utifrån de faktorer som enligt Berth Danermark har stor betydelse för att uppnå god samverkan d.v.s. samma faktorer som även användes då intervjumaterialet analyserades och kategoriserades.

En uppgift i projektet har varit att ha omvärldskontakter med andra samordningsförbund och myndigheter för att samla in data om aktuell forskning och verksamhet inom området samordnad rehabilitering och integrerad samverkan på nationell nivå. Den dialog som förts via mail och telefon med kontaktpersoner inom området på FK och AF redovisas i huvudrapporten. Ett flertal rapporter, sammanfattningar och regleringsbrev har lästs för att ytterligare samla in fakta och information inom området. Även denna datainsamling redovisas under resultatdelen i huvudrapporten.

I analysen framkom en gemensam målgrupp som samtliga fyra aktörer inom samtliga sex kommunområden beskriver som viktig men svår att samverka och samarbeta kring för att få till varaktiga och hållbara lösningar gällande arbete/sysselsättning och självförsörjning. Aktörerna beskriver under intervjuer och även under de kommunområdesvisa KUR-utbildningsdagarna ett vanligt förekommande scenario som har sammanfattats på följande vis:

”En klient ansöker om försörjningsstöd och socialsekreterare informerar om krav på att vara arbetssökande och inskriven på AF samt att medverka till självförsörjning. I vissa fall anger klienten ohälsa/funktionsnedsättning som hinder för att kunna söka arbete och för att vara inskriven på AF. Socialsekreterare informerar då klienten om krav på att uppvisa medicinskt intyg som styrker ohälsa/funktionsnedsättning för att fortsatt kunna få försörjningsstöd. Detsamma gäller då individen skriver in sig på AF och även där uppger ohälsa/funktionsnedsättning som hinder för att kunna medverka i AF:s planering. Klienten uppsöker vårdgivare och beskriver följande/vårdgivare uppfattar följande: ”min handläggare på AF/socialsekreterare säger att jag måste vara sjukskriven annars får jag inte några pengar från soc. och jag får heller inte vara inskriven på AF”. Socialsekreterare och arbetsförmedlare har inte uttryckt till klienten att denna ”måste vara sjukskriven”, men man har uttryckt att klienten ska uppsöka vårdgivare för att få en bedömning gällande förekomst sjukdom/funktionshinder som ger hinder för att medverka i planeringen från kommunen eller AF. Vårdgivare vet i de flesta fall inte något om den planering som finns för individen från kommunen och/eller AF vilket gör det svårt i ställningstagandet gällande sjukskrivning hel/partiell/ingen. Klient/patient samt medarbetare på AF och inom socialtjänsten har ibland den uppfattningen att läkare inte sjukskriver alls eftersom personen ”ändå har försörjningsstöd och inte har någon SGI”. Medarbetare inom AF och socialtjänsten beskriver också att det händer att klient/patient sjukskrivs 100 % från kanske en arbetsträning på AME på 25 %, vilket skulle kunna vara en lämplig arbetsrehabiliterande insats i samband med en

partiell sjukskrivning. Vårdgivare har återigen inte information om den planering som finns från AF eller kommunens verksamheter.

Vid en ev. sjukskrivning av person som inte har någon SGI bedömer FK att klient/den försäkrade inte har rätt till sjukpenning men trots detta har FK ett samordningsansvar. Önskar den försäkrade hjälp med samordning från FK ska den själv påkalla detta behov, vilket den försäkrade sällan själv känner till och då heller inte gör. Det finns en osäkerhet och otydlighet i FK:s samordningsansvar gällande personer utan SGI. Många gånger har den försäkrade redan olika pågående och fungerande kontakter via kommunala verksamheter och/eller AF. FK beskriver att det inte blir bra om de "tar över" den planering som redan finns för individen. Man beskriver en otydlighet i sitt samordningsansvar för den här målgruppen."

Det beskrivna scenariot tydliggör flera av de svårigheter som finns då samtliga aktörer är involverade i ett ärende. Det tydliggör också hur individen riskerar att få gå runt i systemen och mellan de fyra rehabiliteringsaktörerna. Detta scenario kan ge ytterligare en dimension i resultatredovisningen till de kommunområdesvisa gemensamma nämndarna samt till de gemensamma nämndarna för samtliga sex kommuner på höglandet gällande samverkan.

4.1 Gemensamma nämndare

4.1.1 Kommunerna

Gemensamma målgrupper

Kommunerna beskriver att målgruppen med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser ofta har haft ett mycket långvarigt försörjningsstöd. Man menar att det finns de som har haft försörjningsstöd i 5-10 år. Målgruppen har en komplex problematik med social, fysisk, psykisk och arbetsrelaterad problematik. Ofta är tre av aktörerna redan involverad i ärendet d.v.s. kommunen (då ofta flera verksamheter inom kommun), AF och en eller flera vårdgivare. Hos kommunerna upplever man det som svårt att ställa rätt krav på individen i samband med ansökan om försörjningsstöd. Man beskriver också svårigheter med att ge rätt stöd utifrån individens behov, då det inte alltid är klaggjort hur individens hela situation ser ut ur ett socialt, arbetsmässigt och medicinskt perspektiv. Målgruppen har ofta haft olika insatser med mål att komma ut i arbete och på så vis kunna bli självförsörjande vilka dock ofta har misslyckats och det finns frågeställning gällande målgruppens förutsättningar att klara arbete. Vissa verksamheter inom kommunen upplever att det är svårt med sjukskrivning av målgruppen då personen ofta inte har någon SGI och inte något arbete att vara sjukskriven ifrån. Kommunerna tror att flera individer är i fel ersättningssystem "det kan inte vara rimligt att man ska gå på försörjningsstöd i flera år, något är fel i systemet. Det kanske är sjukförsäkringen som borde vara den rätta ersättningen i flera av de här fallen". Flera kommuner beskriver specifikt gruppen unga vuxna som uppbär försörjningsstöd med en komplex problematik, psykisk ohälsa och med svårigheter att klara de krav som ställs i samband med försörjningsstöd och/eller inskriven på AF. Man tar upp vikten av tidiga insatser

och samverkan med skola och elevhälsa. Kommunerna menar att nästan samtliga klienter (80-100%) i de verksamheter som är intervjuade tillhör målgruppen med komplex problematik och med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Verksamheter som t.ex. socialpsykiatri, omsorgen och öppenvård/beroendeenhet beskriver att deras målgrupp många gånger är självförsörjande genom sjukförsäkringssystem. Kommunens enhet för försörjningsstöd och AME har helt eller till övervägande del målgruppen som inte är självförsörjande.

En tydlig arbetsstruktur med ansvarsfördelning, kontaktvägar och rutiner

Försörjningsstöd och AME samverkar mest och enklast med AF. En del samverkan finns med vårdgivare och då med primärvård. Här finns kommunområdesvisa skillnader. Minst samverkan har man med FK. Det finns inte några utarbetade strukturer för samverkan då en person som uppbär försörjningsstöd är sjukskriven och som inte har någon SIG.

Försörjningsstöd och AME önskar mer samverkan med vårdgivare och FK i de komplexa ärendena. Försörjningsstöd beskriver att man är med under hela rehabiliteringsprocessen och att man inte kan prioritera.

Andra verksamheter inom kommunerna som socialpsykiatri, verksamheter inom LSS och öppenvård samverkar mest med vårdgivare och mest med psykiatrimottagningar. Det finns utarbetade strukturer och lokala överenskommelser gällande samverkan som underlättar. Verksamheterna samverkar en del med FK, minst samverkan har man med AF. Coacher inom kommunernas SE-projekt samverkar med samtliga övriga tre aktörer genom formella samverkansmöten en gång/månad.

4.1.2 Vårdgivare (primärvård och psykiatrimottagning)

Gemensamma målgrupper

Vårdgivare beskriver en målgrupp med komplex problematik där det kan vara svårt med ställningstagande till om det är medicinsk problematik eller om det är en ohälsa orsakad av social problematik och ett utanförskap. Man menar att det är svårt att hitta lämpliga insatser som utredningar/behandlings p.g.a. den oklara och komplexa problembilden. Målgruppen har ofta pågående insatser via kommunen och/eller AF som vårdgivare inte har kännedom om. Vårdgivare säger att de många gånger inte vet vad de sjukskriver målgruppen ifrån, vilket man menar leder till svårigheter vid ställningstagande om en ev. hel/partiell sjukskrivning. Man anser också att det kan vara svårt att ta ställning utifrån Diagnos-Funktion-Aktivitet d.v.s. DFA-kedjan i samband med sjukskrivning samt också vid ställningstagande om sjukaktivitetsersättning. Man beskriver målgruppen som frekvent vårdsökande och uttrycker sig i termer som *”om och om igen patienter”*. Primärvården upplever att målgruppen har ett högre och snabbare inflöde än takten de avslutas i, vilket gör att det är en växande målgrupp. Primärvården upplever att ca 20 % av patientgruppen tillhör målgruppen med komplex problematik och med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser men menar att gruppen tar ca 80 % av resurserna, *” de är 20/80 patienter”*. Psykiatrin menar att ca 75-80% av patienterna tillhör målgruppen. En specifik grupp inom målgruppen, som både psykiatri och vårdcentraler upplever som ökande och prioriterande, är unga vuxna med psykisk ohälsa och med svårigheter att ta sig in på arbetsmarknaden. Här beskriver man det som extra viktigt att

de samordnade rehabiliteringsinsatserna fungerar i ett tidigt skede, innan ungdomen avslutar gymnasiet.

En tydlig arbetsstruktur med ansvarsfördelning, kontaktvägar och rutiner

Vårdgivare samverkar mest och enkelt med FK. Det finns formell samverkan via avstämningsmöten. En gemensam strukturerad arbetsmetod med gemensam dokumentation där FK ansvarar för mötet och den gemensamma dokumentationen. Primärvården samverkar minst med kommunen men beskriver behov av mer samverkan på individnivå i de komplexa ärendena. Här finns vissa kommunområdesvisa skillnader. Psykiatrimottagningen samverkar med kommunens verksamheter och då oftast med socialpsykiatri, omsorg och öppenvård. Det finns lokala överenskommelser om formell samverkan mellan kommunen (socialpsykiatri/öppenvård) och Region Jönköpings län som underlättar den formella samverkan. Vårdgivare beskriver att samverkan med AF ha ökat. Man upplever att AF tar mer kontakt i de komplexa ärendena och då ofta med frågeställning angående förutsättningar för arbete och ibland med önskan om ett Läkarylåtande om hälsotillstånd (LUH). Det finns ett ökat behov från vårdgivare av mer formell och strukturerad samverkan med AF. Vårdgivare är med i rehabiliteringsprocessen då det finns en vårdsökande patient eller då annan aktör efterfrågar medicinska utlåtande/intyg/ bedömningar.

4.1.3 FK

Gemensamma målgrupper

Personlig handläggare sjukpenning/samordning beskriver målgruppen med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser såsom försäkrade som är eller riskerar att bli utan anställning. Man beskriver att målgruppen har en komplex problematik och ofta är det en psykisk ohälsa med i bilden. Den försäkrade har vårdkontakter samt ofta också kontakt med AF. Är kommunen inblandad i FK:s ärenden så är det till största del socialpsykiatriska enheter eller AME och då oftast via sjukskrivande läkare på psykiatrimottagning och ibland även på primärvården. FK upplever att det är en ökning av personer som uppstår försörjningsstöd, har komplex problematik, är utan anställning och som ingen SGI har. FK beskriver oklarheter i samordningsansvaret för den målgruppen, eftersom det ofta redan finns en planering och flera pågående insatser från kommunen samt från AF. Man undrar från FK *”vad tillför vi då egentligen vid ett samordningsansvar, när det redan finns en bra planering och insatser för att den försäkrade ska komma i gång och må bättre, vårt uppdrag måste ha ett syfte”*. Handläggare inom sjukpenning/samordning menar att ca 50-80% av deras ärenden tillhör målgruppen med komplex problematik och med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Personlig handläggare aktivitetsersättning/samordning beskriver målgruppen som komplex och med behov av insatser från alla fyra aktörerna. Ofta har målgruppen insatser från flera olika verksamheter inom kommunen som socialpsykiatri, AME, SE, LSS och ibland också öppenvård, kontaktperson och godman. Handläggare inom aktivitetsersättning/samordning menar att 80-90 % av deras ärenden tillhör målgruppen med komplex problematik. Man

beskriver stort behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och formell samverkan för målgruppen.

En tydlig arbetsstruktur med ansvarsfördelning, kontaktvägar och rutiner

Personlig handläggare sjukpenning/samordning samverkar mest med vårdgivare av de övriga tre samverkansaktörerna. Det finns formella och strukturerade samverkansforum i samband med sjukskrivning i form av avstämningsmöte. Handläggare inom sjukpenning/samordning samverkar också mycket med AF. Det finns vissa strukturer och formella mötesformer som förenklar t.ex. genom gemensam kartläggning (GK). Man har minst och svårast samverkan med kommunens verksamheter. Det finns inte samma formella och strukturerade samverkansforum kring sjukskrivna som uppbär försörjningsstöd och som inte har någon SGI. Man samverkar en del med socialpsykiatri inom kommunen men då oftast via psykiatrimottagningen. Förutom AF, vårdgivare och kommunens verksamheter så är arbetsgivare en mycket viktig samverkanspart för handläggare inom sjukpenning/samordning. Personlig handläggare aktivitetsersättning/samordning samverkar mest och bäst med kommunens olika verksamheter (biståndshandläggare, AME, SE-coacher, socialpsykiatri, LSS, särskolan). Här finns kommunområdesvisa skillnader i hur samverkan mellan FK och kommunernas verksamheter fungerar. Handläggarna har stort behov av att samverka med vårdgivare. Det finns vissa strukturer för samverkan med vården som underlättar i arbetet. Inom aktivitetsersättningen samverkar man också en hel del med AF. Man har beskrivna strukturer med AF men det är svårt att jobba efter dem. Man menar att det är svårt att få till tider för samverkan, då det enbart finns en handläggare på AF för ungdomar med aktivitetsersättning, för hela Höglandet. Handläggare inom aktivitetsersättning/samordning samverkar i samband med ansökan om eller vid pågående aktivitetsersättning. Man beskriver stort behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och formell samverkan för målgruppen och upplever att det finns utvecklingsområden att jobba vidare med.

Samtliga handläggare på FK vill samverka mer med övriga aktörer men beskriver svårigheter att få till detta p.g.a. tidsbrist och prioriteringar.

4.1.4 AF

Gemensamma målgrupper

Handläggare på AF beskriver målgruppen med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser som arbetssökande som varit utanför arbetsmarknaden länge. Det finns en komplex problembild med sociala, medicinska och arbetsrelaterade svårigheter i förhållande till arbete. Det finns frågeställningar angående den sökandes förutsättningar att klara arbete. Det är inte alltid det är klart vilket behov individen har. Man menar att detta leder till svårigheter att ställa rätt krav och ge rätt stöd. Ofta har målgruppen behov av insatser i form av utredningar eller stödinsatser från AF:s egna specialister som t.ex. socialkonsulent, arbetspsykolog eller arbetsterapeut/fysioterapeut. Målgruppen har också ofta insatser från kommunens olika verksamheter t.ex. försörjningsstöd, AME, socialpsykiatri, SE, LSS samt öppen

vård/missbruk samt också kontakt med vårdgivare. Målgruppen kan också ha kontakt med FK och då handlar det oftast om sjukskrivna med rehabiliteringsinsatser och som inte kommer att kunna gå tillbaka till ordinarie arbete. Man beskriver målgruppen som resurskrävande. Det är svårt med matchning mot arbete och man menar att målgruppen inte är konjunkturkänslig utan alltid har svårt att komma ut på arbetsmarknaden. En prioriterad grupp för AF är ungdomar med komplex problematik och som har svårigheter att klara arbete. AF anser att 50-80% av deras kunder tillhör målgruppen som har behov av samordnade rehabiliteringsinsatser, beroende på vilken insats de handläggare som intervjuats arbetar inom.

En tydlig arbetsstruktur med ansvarsfördelning, kontaktvägar och rutin

Handläggare på AF samverkar mycket och enkelt med FK genom samverkansformen ”gemensam kartläggning”. AF samverkar också mycket och enkelt med socialsekreterare inom kommunens försörjningsstöd. Här finns dock kommunområdesvisa skillnader. AF beskriver ett stort behov av att samverka med kommunernas AME. AF beskriver behov/ser nyttan av samverkan i de komplexa ärendena med kommunernas AME i form av arbetsförberedande insatser samt platser för utredning/bedömning i syfte att klargöra arbetsförutsättningar. Vilka möjligheter AF har att samverka med kommunernas AME för dessa insatser skiftar mellan kommunområden på höglandet. Handläggare på AF anser att det många gånger krävs kontakt med vården för att kunna komma vidare i de komplexa ärendena med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Man uttrycker *”ibland undrar jag om det är på AF jag arbetar. En del dagar har jag mest haft kontakt med vårdgivare och FK”*. Man beskriver en ökad mängd av komplexa ärenden där den sökande anger ohälsa/funktionsnedsättning som orsak till att inte kunna medverka i AF:s planering. Man önskar en mer strukturerad och mer formell samverkan med vårdgivare. Här finns dock vissa kommunområdesvisa skillnader. AF är med i rehabiliteringsprocessen då personen har arbetsförmåga eller då arbetsförmågan ska klargöras.

4.1.5 Samtliga fyra aktörer

En tydlig arbetsstruktur med ansvarsfördelning, kontaktvägar och rutiner

Kontaktvägar in till kommunen

Samtliga övriga tre aktörer upplever kontaktvägar in till kommunen som svåra. Det finns många verksamheter inom kommunen att samverka med t.ex. försörjningsstöd, AME, socialpsykiatri, LSS, SE, boendestöd, öppenvård/beroende m.fl. Det är svårt för övriga aktörer att veta vem/vilka som är kontaktpersoner i det specifika ärendet och vem inom kommunens verksamheter man ska kontakta. Det saknas saknar en formell och effektiv kontaktväg in till kommunens verksamheter och insatser och man menar att *”det skulle vara en väg in, skulle finnas som en kommunal rehabsamordnare”*

Kontaktvägar in till vården

Samtliga övriga tre aktörer upplever att rehabsamordnaren är en enkel och bra formell kontaktväg in till vårdgivare. FK har enklast med kontakten in till vårdgivare via rehabsamordnare. AF och kommunen beskriver att det kan vara svårare och önskar att

rehabsamordnaren hade mer tid just för denna funktion ” *rehabsamordnaren är ibland svår att nå, de jobbar ju med så mycket annat också*”.

Kontaktvägar in till FK

AF och vårdgivare upplever att koordinatörer och samverkansansvarig är en bra formell kontaktväg in till FK. Enklast med kontakt in till FK har vården då det handlar om sjukskriven patient som har anställning och SGI. AF har ganska lätt med kontakt in till FK i de gemensamma ärendena. Medarbetare inom kommunen upplever att kontakten in till FK är svår då det handlar om personer som uppbär försörjningsstöd, är utan anställning och utan SGI. Man saknar beskrivna formella samverkansprocesser.

Kontaktvägar in till AF

FK upplever enkel kontaktväg in till AF via handläggare samt genom funktionsbrevlådan. Kommunernas enhet för försörjningsstöd samt AME upplever enkel kontakt till handläggare på AF. Man har ofta god kännedom om varandra. Här finns dock vissa kommunområdesvisa skillnader. Övriga aktörer upplever att det har varit en del organisation- och personalförändringar inom AF, vilket gör att kontaktväg till AF försvårats. Man menar att kontakt ibland bygger på person istället för funktion, vilket ger sårbara kontaktvägar. Vårdgivare upplever att kontakten in till AF är svår. Kontakt tas via handläggare men vården vet inte alltid vem som är handläggare. Man saknar en formell kontaktväg och ” en väg in”.

Kunskap om och respekt för varandra

Samtliga fyra parter beskriver att det finns förväntningar på annan verksamhet/myndighet som inte alltid levs upp till. Samtliga fyra aktörer beskriver också att man upplever att annan verksamhet/myndighet har förväntningar på egen verksamhet att tillhandahålla och utföra insatser och åtgärder som man inte kan leva upp till. Det beskrivs också från verksamheter att det finns för låga förväntningar på egen verksamhet, utnyttjad kompetens och möjliga åtgärder inom verksamheter för målgruppen. Här finns kommunområdesvisa skillnader. Man förklarar differensen gällande förväntningarna med bristande kunskap och kännedom om varandras verksamheter, kompetens, verktygslådor, ansvarsområden och regelverk.

4.2 Omvärldsanalys

I kartläggningen har också samlats in data om vad som sker nationellt gällande samverkan för målgruppen med komplex problematik och med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Kontakter har tagits via mail och telefon med olika nyckelpersoner på AF, FK och på samordningsförbunden. Data och fakta har också inhämtats från skriftliga dokument, adekvata för projektet Fokus Integrerad Samverkan.

4.2.1 Samverkansformer mellan socialtjänsten och Arbetsförmedlingen

Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen fick i april 2014 ett gemensamt uppdrag (S2014/3701/FST) av regeringen att kartlägga och sammanställa exempel på välfungerande samverkansformer mellan socialtjänsten och AF avseende personer med ekonomiskt bistånd. Inom ramen för uppdraget genomfördes också en genomgång av kunskapsläget i Sverige om främjande faktorer för samverkan. Resultat och erfarenheter från svensk forskning och aktuella utvecklingsarbeten om samverkan kring arbetslösa personer med ekonomiskt bistånd sammanställdes av professor Berth Danermark, Örebro Universitet. Uppdraget resulterade i ett webbaserat inspirationsmaterial om samverkan riktat till beslutsfattare, chefstjänstemän och handläggare inom AF och inom kommunernas socialtjänst och arbetsmarknadsenheter. Materialet finns tillgängligt via AF:s, socialstyrelsens och Sveriges kommuner och landstings (SKL) webbplatser. Syftet med materialet är att inspirera personal inom de lokala kontoren på AF och inom kommunernas socialtjänst och arbetsmarknadsenheter att utveckla en funktionell och hållbar samverkan. Faktorer som påverkar samverkansförutsättningar är en del av Danermarks resultat, vilket finns beskrivet under bakgrunden 2.7 i denna rapport. Andra praktiska tips för samverkan som lyfts upp som resultat från socialstyrelsen och AF:s gemensamma uppdrag är att skapa samsyn kring mål och arbetsätt genom att exempelvis ha gemensam introduktion för nyanställda, utbilda i varandras verksamheter, regelverk och verktygslådor samt ha gemensamma utbildningsteman. Man tar också upp vikten av att skapa smidighet och struktur i det dagliga samverkansarbetet t.ex. genom att ha gemensamma dokument gällande samverkan, gemensam handlingsplan, kontinuerliga möten för planering och beslut samt genom att använda varandras verktygslådor för individanpassade insatser (Regeringsuppdrag S2014/3701/FST Kartläggning av samverkansformer mellan socialtjänst och AF 2015-04-15).

4.2.2 Samverkan mellan kommunen och hälso- och sjukvården

Samverkan behöver ske inom kommunen och inom landstinget/regionen samt huvudmännen emellan. Samordnad individuell plan (SIP) är lagstadgad sedan 2010 i både HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §). Planen ska upprättas tillsammans med den person som har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård när insatserna behöver samordnas. Syftet med SIP är att säkerställa samordning. Personen själv ska samtycka till att planen upprättas och själv vara delaktig och ha inflytande i arbetet. All anställd personal inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens alla delar ska ta initiativ till en SIP om de upptäcker att behov av samordning finns. Situationen och personens behov styr vilka som ska delta vid en SIP t.ex. kan AF och FK vid behov närvara vid upprättande av SIP. Det kan finnas behov av att säkerställa samordningen som då det behövs kompetens från flera olika aktörer och då flera insatser planeras samtidigt. Det kan också finnas behov av samordning d.v.s. att upprätta en SIP då ansvarsfördelning behöver tydliggöras eller då personen upplever sig ”bollas runt” mellan olika aktörer.

4.2.3 Samverkan mellan Arbetsförmedling och Försäkringskassa

I regleringsbrev för 2016 avseende FK samt AF finns följande föreskrifter gällande samverkan mellan dessa aktörer vad det gäller förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning.

1. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska i samarbete vidta insatser som förkortar tiden i sjukförsäkringen samt medför att den som är sjukskriven eller uppbär aktivitetsersättning utvecklar eller återfår arbetsförmågan och därmed kan återgå i, eller få, arbete. Insatserna ska ske så tidigt som möjligt för de kvinnor och män som bedöms ha behov av aktiva rehabiliteringsinsatser.

2. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska genom samordningsförbunden verka för att det vidtas förstärkta och samordnade rehabiliteringsinsatser för långtidssjukskrivna och unga med aktivitetsersättning i syfte att stärka kvinnor och mäns förmåga till förvärvsarbete. (Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Försäkringskassan samt Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Arbetsförmedlingen)

AF och FK har möjlighet att samarbeta genom mötesformen gemensam kartläggning. De båda aktörerna träffas tillsammans med individen och gemensamt klargör man det samlade behovet av rehabilitering i syfte att hitta vägar för individen att få eller återgå i arbete. Även andra aktörer som hälso- och sjukvård, kommun, arbetsgivare kan medverka i den gemensamma kartläggningen. FK:s och AF:s ambition är att individen ska få tillgång till tidiga och aktiva insatser utifrån sitt behov. Insatserna ska även kunna bedrivas parallellt med andra insatser från till exempel arbetsgivare, kommunen och vårdgivare. Individen är delaktig i sin egen rehabilitering och ska få ett gemensamt stöd från AF och FK så länge det behövs. Mål för samarbetet är att öka individens delaktighet i att finna vägar som gör det möjligt för honom eller henne att börja arbeta. Målgruppen är individer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning eller riskerar en sådan nedsättning och därför kan ha behov av samordnade insatser för att komma i arbete. Insatsen gäller för både anställda och arbetslösa personer.

www.forsakringskassan.se/myndigheter/arbetsformedlingen/samverkan/forsakringskassan_arbetsformedlingen

4.2.4 Samverkansformer mellan AF, FK och SKL gällande målgruppen utan SGI

En arbetsgrupp bestående av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassa, Sveriges Kommuner och Landsting, kommunerna Borlänge, Halmstad och Hässleholm samt regionförbundet i Halland, fick 2011 i uppdrag att sammanställa, systematisera och analysera och finna former för ett förbättrat arbetssätt inom och mellan berörda myndigheter för gruppen nollplacerade.

Med nollplacerade avsågs individer som av läkare bedömts som sjuka men som inte har SGI och därmed är beroende av långvarigt ekonomiskt bistånd. Syftet var att AF, FK, SKL och deltagande kommuner via typfall skulle analysera vilka förändringar som behövde göras samt beskriva problem och viktiga aspekter för att gruppen nollplacerade skulle stärka sin anknytning till arbetsmarknaden. I rapporten kan man läsa att gruppen uppskattningsvis är upp emot 40 000 individer och står för 20 % av kostnaderna för det ekonomiska biståndet, dvs. över 2 miljarder kronor. Rapporten tar upp den stora grupp av sjuka som fastnat i

ekonomiskt bistånd delvis pga. att de inte har kvalificerat sig till något annat system, eftersom de ofta varit utanför arbetsmarknaden en längre tid och inte arbetat upp någon SGI. Studien uppmärksammar brister i FK:s samordningsansvar för rehabilitering av de nollplacerade. Man beskriver också de små möjligheter som socialtjänsten har för att arbeta med en person som kan ha varit sjukskriven under flera år utan en rehabiliteringsplan. Man menar att det finns en risk för att enskilda skickas mellan myndigheter och att olika myndigheter gör olika bedömningar. I rapporten kan man också läsa om ett antal goda exempel som visar att en fungerande samverkan mellan berörda myndigheter ger positiva resultat. Flera av dessa utgår från FINSAM. Rapporten tar särskilt upp ett projekt i Malmö, Samverkansprojekt om sjukvårdsförsäkrade (SAMS), som bedrevs i samverkan mellan Malmö stad, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Region Skåne mellan åren 2008 – 2011. SAMS utvecklade en samverkansmodell för fördjupad utredning och samlad bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. (Överenskommelse mellan AF, FK och SKL, Personer utan sjukpenninggrundande inkomst – s.k. nollplacerade, A, Bermudez-Svankvist, H. Sörman -13)

4.2.5 Samverkansformer mellan Arbetsförmedling och hälso- och sjukvård

AF har tagit initiativ till att förbättra och utveckla samverkan med hälso- och sjukvården. Generaldirektören Mikael Sjöberg beslutade att ge resurser för utvecklingsarbetet i tre år, från 2015 till 2018. Arbetet inleddes med att göra en förstudie för att beskriva hur AF:s samverkan med hälso- och sjukvården ser ut idag, både kring individen och på nationell, regional och lokal nivå. Målet med förstudien var att presentera ett underlag som skulle underlätta beslut om det fortsatta utvecklingsarbetet för AF:s samverkan med hälso- och sjukvården. Utvecklingsarbetet kommer fortsatt att diskuteras och formas tillsammans med bl.a. SKL, Socialstyrelsen och FK. I rapporten från förstudien kan man läsa att ett av AF:s strategiska mål för 2016 är att myndigheten ska ha ett etablerat samarbete med sina långsiktiga partners. Man menar att en väl fungerande samverkan är viktig för att AF ska klara sitt uppdrag och beskriver att i samband med att AF:s uppdrag har förändrats och utvidgats så har också behovet av samverkan blivit mer angeläget, inte minst med hälso- och sjukvården. Arbetet pågår också för att förbättra samverkan mellan AF, SKL och FK gällande personer utan SGI, så kallade nollplacerade. I förstudien genomfördes intervjuer i fokusgrupper med handläggare på AF samt en enkätundersökning som 1700 arbetsförmedlare svarade på. Över hälften av arbetsförmedlarna i enkätundersökningen i förstudien (55 %) anser att de behöver mer kontakt med vårdgivare för att utföra sitt arbete. Det finns enligt förstudien ett stort behov av att utveckla samverkan mellan AF och hälso- och sjukvården. I rapporten från förstudien föreslår man att AF ska:

- ta fram en ny nationell överenskommelse med SKL med fokus på att stödja och utveckla samverkan med hälso- och sjukvården *eller* förstärka den befintliga överenskommelsen med SKL så att hälso- och sjukvården involveras tydligare.
- bjuda in hälso- och sjukvården att bli mer delaktiga i AF:s nationella överenskommelser och viljeinriktningar

Vidare lyfter man i rapporten fram att samverkan med hälso- och sjukvården ofta sker genom samordningsförbunden och att de är ett viktigt komplement till ordinarie

rehabiliteringsverksamhet. Man beskriver också att regeringen ökar i budgetpropositionen för 2016 de statliga medlen till samordningsförbunden för att fler samordningsförbund ska kunna bildas och för att förstärka stödet till långtidssjukskrivna och unga med aktivitetsersättning. AF ska enligt regleringsbrevet år 2016 stödja samordningsförbundens verksamhet tillsammans med FK och Socialstyrelsen.

Man tar i rapporten också upp rehabiliteringskoordinatören som en viktig funktion att stödja och utveckla. Funktionen kommer att få ytterligare statligt stöd genom sjukskrivningsmiljarden år 2016. Socialförsäkringsutredningen föreslår i sitt slutbetänkande ett permanent statsbidrag för denna funktion. Utredarna i förstudien föreslår att AF ska:

- bidra till utvecklingen av rehabiliteringskoordinatorer så att de blir en viktig resurs även för Arbetsförmedlingens arbetssökande

Man tar upp en liknande funktion som rehabiliteringskoordinatorerna inom AF, samverkanssamordnare, som stöder utvecklingen av det förstärka samarbetet mellan AF och FK. I marknadsområde Skåne har man tagit fram ytterligare en rollbeskrivning som de kallar samverkanssamordnare Vård. Utredarna i rapporten föreslår att AF ska:

- sprida information om samverkanssamordnare Vård, så att fler marknadsområden kan införa en sådan resurs med uppgift att utveckla samverkan med hälso- och sjukvården.

(Arbetsförmedlingens samverkan med hälso- och sjukvården, Förstudie februari 2016 Åsa Olsson och Karin Jacobsen Diarienummer: Af-2016/094264)

4.2.6 Sjukskrivnings-och rehabiliteringsprocessen

Sedan 2006 har staten och SKL ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen, den s.k. sjukskrivningsmiljarden. Överenskommelsen består av insatser som ska göras inom prioriterade områden bl.a. kompetenssatsning i försäkringsmedicin, funktion för koordinering, insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta samt utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning. Det prioriterade området funktion för koordinering benämns som rehabiliteringskoordinatorer eller liknande och ska möjliggöra en god samverkan kring patienten. Betydelsen av funktionen har lyfts fram och man beskriver att funktionen för koordinering har positiva effekter på patientens rehabilitering, för läkares och andra medarbetares arbete med sjukskrivning och rehabilitering samt också för samverkan med externa parter som FK, AF, kommuner och arbetsgivare.

(En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings-och rehabiliteringsprocess-Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016)

4.2.7 Samverkan SKL, FK samt kommunerna Halmstad, Borlänge och Hässleholm

2010 genomförde SKL tillsammans med Försäkringskassan och de tre kommunerna Borlänge, Halmstad och Hässleholm samt Region Halland ett pilotprojekt där syftet var att få en fördjupad kunskap om långvarigt sjuka och personer utförsäkrade från Försäkringskassan som uppbar försörjningsstöd. Rapporten från pilotprojektet bygger på en aktstudie av samtliga

aktuella bidragstagare under en tiomånadersperiod år 2010 i de tre kommunerna. En gemensam slutsats som man drog är att det finns en stor grupp personer som är sjuka med läkarintyg och som sedan länge uppbär ekonomiskt bistånd. Eftersom personerna i gruppen har en läkarbedömd sjukdom kan socialtjänsten inte ställa krav på att den enskilde ska vara aktuell på arbetsförmedlingen. Få av dem har därmed möjlighet att förstärka sin förankring på arbetsmarknaden eller få annan försörjning än ekonomiskt bistånd. Forskningen visar att ett långvarigt beroende av ekonomiskt bistånd i sig förstärker den enskildes utanförskap, vilket ytterligare försämrar möjligheterna för förankring i arbetslivet. Rapporten tar också upp vikten av att denna målgrupp erbjuds rehabiliteringsutredning och lämpliga insatser från FK. Socialtjänsten har i dag ingen möjlighet att initiera samordnade rehabiliterande insatser eftersom det ansvaret ligger på FK. För att kunna leva upp till projektets namn "Gör rätt från dag ett!" krävs enligt rapporten bland annat följande:

- Kvalificerade och samordnade utredningar i syfte att klargöra individens behov och förmågor
- Parallella och samordnade insatser till den enskilde. En sjuk, arbetslös ska samtidigt ges möjlighet att få medicinska-, sociala och utbildnings- och arbetsmarknadsinsatser
- FK måste ta ett uttalat ansvar för de nollplacerade. Socialtjänsten har ingen formell möjlighet att få till stånd samordnade rehabiliteringsinsatser och kan till skillnad från FK inte ifrågasätta en läkares sjukskrivning trots att den kan ha pågått under flera år utan att kombineras med en aktiv rehabilitering
- FK ska samverka med dem som kan bli aktuella för att ge insatserna till den enskilde
- Särskild uppmärksamhet ska ges till målgruppen under 30 år

Ytterligare aspekter gällande samverkan för målgruppen som lyfts i rapporten är:

- Behov av samverkan och samordning på både lokal en lokal och nationell nivå.
- Behov av gemensamma, nationella analyser mellan myndigheterna
- FK, AF, landsting/Region och kommunernas samverkan ska fokusera på gott bemötande, tydlig information, rättssäkerhet och en sammanhållen planering med individens behov i centrum- detta möjliggör förändring
- Behov av andra vägar till försörjning än ekonomiskt bistånd då individen gjort allt det som rimligen kan krävas för att bli självförsörjande

(Gör rätt från dag ett-ekonomiskt bistånd till långvarigt sjuka bidragsmottagare och personer utförsäkrade från försäkringskassan, SKL 2011)

www.skl.se/publikationer

4.2.8 Exempel från andra Samordningsförbund

I samband med kartläggningen har kontakt tagits med andra samordningsförbund som har fokuserat på utvecklingsarbete gällande målgruppen med komplex problematik och behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Målgruppen försörjningsstödstagare utan SIG, s.k. nollplacerade, beskrevs vid intervjutillfällena under kartläggningen av samtliga fyra aktörer som en svår men viktig målgrupp att samverka kring i samtliga kommunområdena på höglandet. Det är en målgrupp som man också nationellt just nu sätter i fokus. Det finns ett

antal goda exempel som visar att en fungerande samverkan mellan de fyra aktörerna ger positiva resultat för målgruppen med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Flera av dem utgår/ har utgått från samordningsförbund och finansiell samordning och beskrivs nedan.

Samordningsförbundet FINSAM i Malmö

Projekt; SAMS

Ett exempel på ett samverkansprojekt är SAMS (Samverkan om sjukvårdsförsäkrade) i Malmö vilket utgick från FINSAM i Malmö mellan FK, AF, Malmö Stad och Region Skåne mellan 2008-2011. SAMS utvecklade en samverkansmodell för fördjupad utredning och samlad bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. Modellen bygger på en strukturerad arbetsprocess. Samverkan sker i ett samverkansteam med representanter från socialtjänstens verksamheter, FK och AF som arbetar tillsammans med behandlande läkare och vid behov andra professioner inom hälso- och sjukvården. En framgångsfaktor var de samlade organisationsövergripande bedömningarna, som syftade till att individerna skulle få rätt insats av rätt aktör och med rätt ersättning. En annan var den kontinuerliga myndighetsgemensamma metodutvecklingen, baserad på evidens och beprövad erfarenhet. Efter utredning och bedömning skulle deltagarna erbjudas lämpliga rehabiliteringsåtgärder, medicinska, arbetsinriktade, sociala, skrivas in som arbetssökande på Arbetsförmedlingen (hel eller delvis arbetsförmåga) alternativt få rätt till inplacering i sjukförsäkringssystemet. I SAMS slutrapport beskriver man behov av ytterligare forskning och utvecklingsarbete vad gäller den stora andelen långvariga bidragstagare som lider av sjukdom. Man tar också upp ett metodutvecklingsarbete, där FK:s ledning tagit initiativ till att skapa tydligare och bättre förutsättningar för arbetet kring gruppen nollplacerade. Syftet med metodutvecklingen var att ansvariga myndigheter skulle försöka hitta gemensamma arbetsformer för personer som uppbär försörjningsstöd samtidigt som de är nollplacerade. Arbetet skedde i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Detta utvecklingsarbete fortsatte och utmynnade i det nationella projektet ”Gör rätt från dag ett”.

www.finsamimalmo.se

Projekt; Utsikt-utvecklat samarbete Individ- och familjeomsorgen och Försäkringskassan

En tid efter det att projekt SAMS avslutats ansåg FK och Malmö Stad att det fanns ett fortsatt stort behov av att utveckla samarbetet över myndighetsgränserna för de många gånger mycket komplexa ärenden med sjukproblematik som får sin försörjning från Malmö Stad eller FK. Under våren 2014 undertecknade myndigheterna en överenskommelse som skulle ge stöd för utveckling av samverkansformer, kunskapsutveckling och kunskapsöverföring mellan parterna samt utveckling av kommunikationsvägar mellan parterna. Bakgrund till projektet är bl.a. erfarenheter från projekt som SAMS i Malmö, På rätt väg i Halmstad samt Tidig Rehabilitering I Samverkan (TRIS) inom Samordningsförbundet RAR i Sörmland. Mål med Utsikt är bl.a. att varje klient hos FK eller kommunen (försörjningsstöd) med behov av information eller stöd från den andra myndigheten ska få det samt att flera personer i målgruppen ska bli självförsörjande, alternativt ha rätt försörjning. Samverkansprojekt Utsikt är ett pågående arbete mellan FK och Malmö Stad. Det startade upp inom FINSAM Malmö 150101. www.finsamimalmo.se

Samordningsförbundet Västra Östergötland

En kartläggning genomfördes under hösten -14 via Samordningsförbundet Västra Östergötland gällande målgruppen som saknar sjukpenninggrundande inkomst och som uppstår försörjningsstöd i de tre kommunområden Mjölby, Boxholm och Ödeshög. I kartläggningen framkom att många personer som var föremål för insatser hos de fyra aktörerna saknade sjukpenninggrundande inkomst och därmed rätten till sjukpenning, vilket ofta innebär att personen blev beroende av försörjningsstöd. Man beskriver att det för individen kan innebära att man inte får del av de rehabiliteringsinsatser som finns tillgängliga eftersom det är oklarheter gällande FK:s ansvar och insatser för samordningen då den enskilde inte har någon SGI. En myndighetsgemensam överenskommelse tecknades för perioden 2015-2016 där samordningsförbundet Västra Östergötland är med och stödjer arbetsprocessen. Målet är att utveckla ett samarbete på individ-och strukturell nivå som säkerställer att individer som har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom och saknar SGI får möjlighet till samordning av rehabilitering. Ett mål är också att säkerställa att varje individ får rätt ersättning. (www.samordning.org/vastra-ostergotland/lokalt-utvecklingsarbete)

Samordningsförbundet i Halland

På Rätt Väg!

FK i Halmstad var tidigare delaktiga i pilotprojektet ”Gör rätt från dag ett”, ett nationellt samverkansprojekt kring gruppen nollplacerade i syfte att utveckla en metod för samverkan för målgruppen. Efter projekttidens slut valde FK i Halmstad att tillsammans med Halmstad och Laholm kommun (ekonomiskt bistånd) ansöka om medel hos Samordningsförbundet Halland för ett fortsatt projekt, som kom att kallas ”På Rätt Väg!”. Projektet startade 130701 och avslutades 141231. Syfte och mål för projektet var att skapa enhetliga riktlinjer och ett enhetligt förhållningssätt på strukturell nivå såväl som på individnivå när det gäller samverkan kring personer utan SGI som saknar arbetsförmåga på grund av sjukdom. Samarbetsparter tillsammans med FK och kommunerna var Region Halland och Arbetsförmedlingen. I slutrapporten beskriver man att projektet har skapat förutsättningar för en effektiv samverkan mellan berörda aktörer inom rehabiliteringsområdet, vilket har lett till att arbetet på individnivå nu fungerar smidigt och enhetligt. Metoden har skapat förutsättningar för individerna att få sitt rehabiliteringsbehov utrett och att få en samordning av aktiviteter så att individen får möjlighet att komma närmare eller återgå till arbetsmarknaden, alternativt få den ersättning personen är berättigad till. Man lyfter också i slutrapporten fram ett arbetssätt som underlättar i kommunikationen mellan socialtjänsten och vården via en blankett man tagit fram; ”Underlag från socialtjänsten till läkare vid svårigheter att delta i aktivitet”. Denna blankett är en modifierad variant av ett underlag som hösten 2014 togs fram i Västra Götalandsregionen. En individ, som uppger sig på grund av sjukdom ha svårigheter att genomföra planerade aktiviteter, tar med sig blanketten till sin läkare. Läkaren får i blanketten kort information om aktiviteterna och har därmed ett bättre underlag för att ta ställning till om ett läkarintyg för sjukskrivning behöver utfärdas. Vidare beskriver man att projektet lett till stor utveckling när det gäller att uppbygga ett kontaktnät och att i olika nya sammanhang representera målgruppen. Representant från socialtjänsten finns t.ex. med i det Försäkringsmedicinska nätverket i Halland, vilket man menar har lett till att målgruppen kunnat belysas på ett bra sätt. Ett exempel är att nollplacerade sedan 2014 är en särskilt

omnämnd målgrupp i Region Hallands dokument ”Sjukskrivningsprocessen: ”*Det är viktigt att observera att även de patienter som ligger utanför sjukförsäkringsförmånen har rätt till korrekta läkarintyg för att eventuellt styrka sjukdom, funktionsnedsättning och begränsningar i aktivitetsförmågan.*

I slutrapporten hänvisar man också till ett citat från Leif Klingensjö, sektionsschef på SKL, som säger följande om metodutvecklingen i Halmstad och Laholm:

”Ett mångårigt problem har nu kommit till sin lösning i det projekt som genomförts. Genom en konkret och strukturerad samverkan mellan parterna kring den som är sjuk utan rätt till sjukpenning får dessa nu möjlighet att må bättre och kunna närma sig arbetsmarknaden. Fokus kan nu läggas på ytterligare förankring och spridning!”

(Slutrapport På Rätt väg, metodutvecklingsprojekt kring målgruppen nollplacerade Försäkringskassan Halmstad, Laholms kommun och Halmstads kommun i samverkan -14) www.sfhalland.se

I kartläggningen i projekt Fokus Integrerad Samverkan har kontakt tagits med personer som arbetat i projekt ”På rätt väg” i Halmstad. De informerade om att de varit ute på ett antal områden inom FK och även hos ett antal kommuner och informerat om metoden. Inom FK har man påbörjat att förankra det arbetssätt man jobbat fram i projekt På Rätt Väg, vilket innebär att flera kommunområden redan har påbörjat att arbeta efter ”Halmstad modellen”. Man menar en nationell viljeinriktning att arbeta enligt denna modell är på gång.

Inom projekt Fokus Integrerad Samverkan har kontakt tagits med nyckelpersoner på FK som jobbar med samverkansfrågor på nationell nivå. Man arbetar bl.a. på en nationell viljeinriktning som förhoppningsvis ska skrivas på/beslutas under juni månad på avdelnings- och chefsnivå mellan FK, SKL och AF. Viljeinriktningen handlar om samverkan kring personer som saknar SGI och som har sin arbetsförmåga nedsatt pga. av sjukdom. Målgruppen uppstår ofta långvarigt ekonomiskt bistånd från kommunen, är inskriven på AF och uppger ohälsa/funktionsnedsättning som orsak till att inte kunna medverka i planering från kommunen och/eller AF. Viljeinriktningen grundar sig i den arbetsmetod man arbetat fram i projekt På Rätt Väg i Halmstad.

Södermanlands samordningsförbund RAR

TRIS - Tidig Rehabilitering I Samverkan

TRIS är ett arbetssätt och en samverkansmodell inom rehabiliteringsområdet som har utvecklats i Sörmland sedan 2002. Södermanlands samordningsförbund RAR, där RAR står för Rehabilitera, Aktivera med gemensamma Resurser, stödjer denna verksamhet. Ingående parter är Landstinget Sörmland, FK, AF och länets samtliga kommuner. Målgruppen för TRIS är individer i arbetsför ålder som har eller riskerar en medicinsk nedsättning av arbetsförmågan och är i behov av samordnade insatser. Syftet är att skapa ett effektivt stöd till individen där rehabiliteringsbehovet blir utrett och aktiviteter samordnade så att individen får rätt insatser från rätt instans och vid rätt tidpunkt samt också rätt ersättning. Basen i verksamheten är tvärprofessionella TRIS-team som finns på länets samtliga vårdcentraler och även på vissa av länets kliniker, däribland psykiatri, ortopedi och medicin. I TRIS-teamen ingår vårdpersonal samt kontaktpersoner från FK, AF och kommunernas socialtjänst. Arbetet

i TRIS-teamen leds av en rehabkoordinator. I de flesta TRIS-team finns även en sakkunnig läkare i försäkringsmedicin som har en konsultativ roll och står för den medicinska kontinuiteten.

Samverkan kring personer som har en medicinsk nedsättning av arbetsförmågan men saknar en sjukpenninggrundande inkomst

Under två år, 130301–150228, finansierade RAR ett arbete inom TRIS för att samordna insatser för personer, som har en medicinsk nedsättning av arbetsförmågan men saknar en sjukpenninggrundande inkomst. Syftet var att utveckla och förbättra det samordnade stödet. Målet var att ge dessa personer ett bättre och mer samlat stöd för rehabilitering och därmed bidra till att de snabbare närmade sig arbetsmarknaden och annan försörjning. Målgruppen var individer som erhåller ekonomiskt bistånd, som inte har en SGI och är sjuka med eller utan läkarintyg samt i behov av samordnat stöd. Det innebar att målgruppen var vidare än den som omfattas av FK:s samordningsuppdrag. Under projektiden ingick också de som hade etableringsersättning från Arbetsförmedlingen, som uppgav sjukdom eller funktionsnedsättning och med behov av samordnat stöd. Syftet med insatsen var att i Sörmland skapa ett effektivare stöd till individerna i målgruppen där rehabiliteringsbehovet skulle bli utrett och aktiviteter samordnade för att individerna skulle få rätt insatser, rätt ersättning från rätt instans, vid rätt tidpunkt och att de därmed skulle förbättra sin möjligheter att komma åter i arbete eller stå till arbetsmarknadens förfogande www.rarsormland.se/media/103590/Slutrappport-0-placerade_ank-2015-03-24.pdf.

Samordningsförbundet Södra Vätterbygden samt Finnvedens samordningsförbund

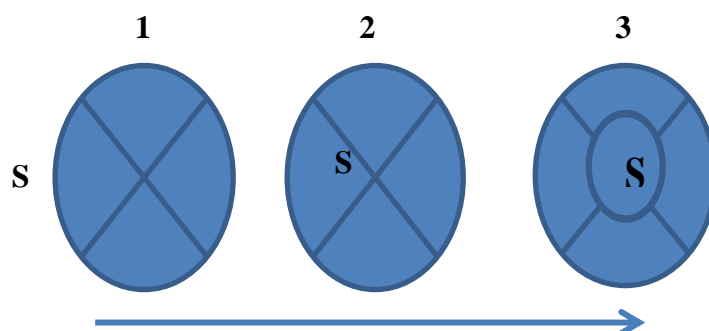
Under våren 2015 genomfördes förstudier kring målgruppen nollplacerade på uppdrag av Finnvedens samordningsförbund och Samordningsförbundet Södra Vätterbygden. Förstudierna visade att det fanns behov av förstärkt samarbete mellan FK och socialtjänsten, då personer som inte har rätt till sjukpenning inte får ta del av samordnad rehabilitering i samma utsträckning som personer med rätt till sjukpenning får. Resultaten av förstudierna visade bl.a. på behov av förändrade arbetssätt kring målgruppen. Medel för utvecklingsstöd söktes från Finnvedens samordningsförbund och Samordningsförbundet Södra Vätterbygden i syfte att öka samverkan mellan FK och socialtjänsten och för att förankra ett nytt arbetssätt. Mål med det nya arbetssättet är att den som är nollplacerad ska helt i enlighet med FK:s riktlinjer få ett lika bra stöd i sin rehabilitering som den som har rätt till sjukpenning. Målet är också att implementera nya arbetssätt och kompetensförsörjning i ordinarie verksamheter. Man beskriver att bra kvalitet på läkarintyg utifrån FK:s riktlinjer om diagnos-funktionsnedsättning-aktivitetsbegränsning (DFA-kedjan), ökad kompetens inom socialtjänsten i försäkringsmedicin samt att FK ska komma att samordna rehabiliteringen i de ärenden man bedömt samordningsbehov är förväntade effektmål av utvecklingsarbetet. De båda samordningsförbunden är i skrivande stund mitt i ett metodutvecklingsarbete för målgruppen nollplacerade. För att underlätta i kommunikationen mellan socialtjänsten och vårdgivare har man tagit beslut om att börja använda blanketten ”Underlag från socialtjänsten till läkare vid svårigheter att delta i aktivitet”.

5 Slutsatser och förslag

Det finns kommunområdesvisa skillnader vad det gäller möjliga insatser för målgruppen med en komplex problematik och med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. De kommunområdesvisa skillnaderna som finns beror främst på att kommunerna skiljer sig åt vad det gäller insatser och verksamhet för målgruppen. De olika kommunerna har satsat och prioriterat olika gällande målgrupp och insatser t.ex. åldersbundet eller riktat till en viss typ av problematik. Förutsättningarna för övriga tre aktörer i samverkan med kommunerna kommer därför att skilja sig åt kommunområdesvis. Dessa kommunområdesvisa skillnader måste tas hänsyn till i det fortsatta utvecklingsarbetet av samverkan mellan de fyra aktörerna. Några kommunområden kan erbjuda en viss typ av insats och ett annat kommunområde något annat. Vissa utvecklingsarbeten kan göras gemensamt i samtliga kommunområden på Högländet, medan andra utvecklingsarbeten bör ske kommunområdesvis med en tydlig lokal förankring. De kommunområdesvisa delrapporterna kan komma att vara till hjälp vid planeringen av det fortsatta kommunområdesvisa utvecklingsarbetet.

Det finns också kommunområdesvisa skillnader vad det gäller uppnådd nivå av integrerad samverkan. Några av de sex kommunområden har uppnått eller på väg att uppnå integrerad samverkan, man befinner sig till vissa delar i bild 3 eller är på väg mot bilden 3. De fyra aktörerna är där integrerade med varandra och det finns ett förhållningssätt som präglas av jämnt fördelat engagemang från samtliga aktörer. I dessa kommunområden finns långsiktiga insatser, verksamhet som aktörerna driver tillsammans och där individens behov står i centrum. Ett sådant exempel är formella samverkansforum för målgruppen där aktörerna samlar sig för att gemensamt erbjuda effektiva insatser utifrån individens behov. I kommunområden där formella samverkansforum finns och fungerar är det större chans att aktörerna håller sig informerade och kontinuerligt uppdaterade om varandras verksamhet och resurser. Det finns ett medberoende emellan aktörerna och man agerar gemensamt på den ytan som man behöver vara samorganiserade i ”*vi jobbar mellan stolarna och är tójbara*”.

Några kommunområden befinner sig i cirkel 2 (bild nedan) Man är medveten om att samverkan behövs. Man önskar, vill och har till viss del påbörjat förbättring och effektivisering av samverkansarbetet mellan aktörerna. Dessa kommunområden har under en period prioriterat bort den formella externa samverkan, ofta p.g.a. av hög arbetsbelastning, omorganisation eller att man väntar in att någon av de övriga aktörerna ska starta upp arbetet. Några kommunområden har under en tid fokuserat på och prioriterat det interna utvecklingsarbetet och den interna samverkan inom egen organisation. Det finns också kommunområde som har bra samverkansarbete och som nått integrerad samverkan men för en mindre målgrupp t.ex. avgränsade målgrupper som ålders- eller problematikinriktning. Det blir då ett fåtal av målgruppen, tillhörande ett visst projekt eller viss insats, som kan remitteras till samverkansinsatser.



Uppdrag Samverkan

En föreslagen åtgärd utifrån kartläggning och resultat i projekt Fokus Integrerad Samverkan, är ett nytt projekt inom Höglandets samordningsförbund. Uppdrag Samverkan (bilaga 5). Identifierade utvecklingsområden från kartläggningen lyftes innan projekttidens slut upp vid möten med beredningsgrupp och styrelse för HSF. Några områden som lyfts upp och till viss del jobbats vidare med är områden som tidsbrist, brist på kunskap om varandras verksamheter, förväntningar på egen/annan verksamhet som inte införlivas, regelverk som ibland hindrar, personalförändringar hos samtliga fyra aktörer samt ineffektiva kontaktvägar. AF, FK och vårdgivare beskriver att kommunen är den aktör som är svårast att ta kontakt med. Det beror bl.a. på att en klient/patient många gånger har flera insatser via kommunen som t.ex. försörjningsstöd, AME, socialpsykiatri, boendestöd. De övriga aktörerna har svårt att veta vem inom kommunen som ska kontaktas, man önskar "en väg in" till kommunen och man säger "det skulle finnas en kommunal rehabsamordnare". Styrelsen och beredningsgruppen för HSF har utifrån resultat från kartläggningen inom projekt Fokus Integrerad Samverkan tagit beslut om att från augusti-16 erbjuda kommunernas sociala verksamhet en finansierad tjänst på 50 % inom projekt Uppdrag Samverkan. Tjänstens titel är samverkanskoordinator och uppdraget är att arbeta med samverkan mellan de fyra rehabiliteringsaktörerna, AF, FK, vården (offentlig och privat) samt kommunen.

Förslag på åtgärder

Nedan beskrivs formulerade förslag som är möjliga att jobba vidare med för samtliga kommunområdena på höglandet. De beskrivs utifrån faktorer som enligt B Danermark påverkar förutsättningarna att samverkan d.v.s. samma områden som intervju, analys och resultat också är redovisade utifrån. Det är närvaron av dessa främjande faktorerna som är positiva för samverkan och frånvaron av dem som påverkar samverkan negativt. Under varje rubrik finns Danermarks definition och beskrivning. Därefter kommer förslag på förändrings- och utvecklingsarbete. Flera av de föreslagna åtgärderna skulle med fördel kunna drivas via HSF och exempelvis tillsammans med och genom den nya funktionen i projekt Uppdrag Samverkan, samverkanskoordinatorn. Då samverkanskoordinatorn är kopplad till specifikt kommunområde skulle utvecklingsarbetet få en både stark lokal kommunområdesvis förankring samt också en mer regional förankring via HSF.

En ledning som prioriterar samverkan

"Samverkan är till stor del en ledningsfråga. Det är avgörande att ledningen prioriterar samverkan och att det finns drivande chefer som ser värdet i att initiera och utveckla

samverkan, särskilt på mellanchefsnivå eller andra chefer som står närmast det operativa arbetet”

Förslag är:

- att varje kommunområde tillsätter en chefsgrupp med representanter från samtliga fyra aktörer (t.ex. Lokal Samverkansgrupp, styrgrupp eller liknande). Chefsgruppens uppgift är utvecklingsarbete av samverkansfrågor på strukturell- organisatorisk nivå och är ett beslutsfattande forum. Chefsgruppen bör ha en naturlig koppling till medarbetare som arbetar operativt och på individnivå med samverkansfrågor, förslagsvis till de samverksgrupper på medarbetarnivå, som redan finns i vissa kommunområden på höglandet. Några kommunområden på höglandet har redan fungerande chefsnätverk. Om samverkanskoordinator finns i kommunområdet är det lämpligt att denna funktion också har koppling till chefsnätverket.

En tydlig arbetsstruktur med ansvarsfördelning, kontaktvägar och rutiner

”En viktig förutsättning för samverkan är att ha en tydlig och funktionell struktur för ansvarsfördelning, kontaktvägar och gemensamma rutiner. Det underlättar också att formalisera en sådan struktur i skriftliga överenskommelser – det blir mer förutsägbart, transparent och minskar personberoendet. För att samverkan ska fungera på lång sikt är det viktigt att bygga strukturen på roller och inte på enskilda personer”

Förslag är:

- att varje kommunområde har ett formellt fungerande samverkansforum för samtliga fyra aktörer, där samverkansfrågor för målgruppen på individnivå kan tas upp. Det ska vara möjligt för samtliga fyra aktörer att kalla och att kunna kallas till samverkansforumet. Här finns kommunområdesvisa skillnader då några kommunområden redan har formella samverkansforum
- att den nya funktionen samverkanskoordinator får i uppdrag att se över, utveckla och ansvara för att formella samverkansforum finns och fungerar. Detta sker i nära samarbete med chefer/chefsgrupp tillhörande de fyra aktörerna. Här kan kommunområdesvisa skillnader finnas. Rekommendation är att man i varje kommunområde ser över vad som redan finns och fungerar delvis genom de kommunområdesvisa rapporterna i denna kartläggning. I de kommunområde som redan har fungerande formella samverkansforum för hela målgruppen och för samtliga fyra parter blir uppdraget att bibehålla och utveckla samverkanforum. I de kommunområden där det idag inte finns formella samverkansforum för hela målgruppen och för samtliga fyra parter blir uppdraget att starta upp och utveckla formellt samverkansforum.
- att upprätta en skriftlig överenskommelse mellan samtliga fyra aktörer gällande formellt samverkansforum. Överenskommelsen bör innehålla definition och beskrivning av målgruppen, syfte och mål med forumet samt praktiska detaljer kring utformandet av forumet som t.ex. bestämda mötesdagar och tider, gemensamma blanketter för kallelse och handlings-/åtgärdsplan samt gemensam dokumentation i samband med gemensamma samverkansmöten. Sådana överenskommelser finns i vissa av kommunområden på Höglandet vilka övriga kan dra nytta av.

- att samverkanskoordinatoren kan fungera som ”en väg” in till kommunernas verksamheter och insatser.
- att för målgruppen nollplacerade, d.v.s. personer som uppbär försörjningsstöd, är utan SGI, oftast inskrivna på AF och som beskriver upplevelse av ohälsa/funktionsnedsättning som orsak till att inte kunna medverka i planering mot självförsörjning via kommunen och/eller AF, ta beslut kring gemensam arbetsmetod för samtliga fyra aktörer inom de sex kommunområden på höglandet. Då man arbetar med metodutveckling för denna målgrupp även på nationell nivå, är det lämpligt att följa de direktiv och viljeinriktningar framtagna av SKL, AF och FK för målgruppen bl.a. arbetsmetoden ”Halmstadmodellen”. Det är dock av stor vikt att ta hänsyn till de lokala förutsättningar som finns inom de sex kommunområdena på höglandet. Halmstadmodellen är en beprövad arbetsmetod för målgruppen som kommunområden på höglandet dock till viss del bör kunna utgå ifrån.

Gemensamma forum och rutiner för beslut

”För att samverkansarbetet ska fungera är det avgörande att det finns en regelbunden kommunikation och etablerade former för hur samverkansgruppen ska fatta gemensamma beslut. I praktiken kan formerna för samverkan vara uppbyggd på olika sätt, men det behöver finnas både informella och formella mötesplatser och det är en fördel att vara placerade på samma ställe fysiskt. Det skapar kortare beslutsvägar och mer möjligheter till informella kontakter, något som kan öka tilliten mellan de samverkande parterna.”

Förslag är:

- att i en skriftlig överenskommelse gällande formellt samverkansforum för samtliga fyra aktörer inom respektive kommunområde, göra en tydlig beskrivning av formerna samt rutinerna för forumet
- att varje kommunområde, inom redan befintligt eller i ett framöver uppstartat formellt samverkansforum samt chefsnätverk, kontinuerligt jobbar på att bibehålla och utveckla gemensamma former och rutiner för samverkan.
- att i varje kommunområde göra en skriftlig beskrivning över de formella och informella samverkansforum som finns och används. Dessutom beskriva hur och när dessa ska/bör användas samt tydliggöra detta för medarbetare/chefer hos samtliga fyra aktörer, som arbetar med samverkan kring målgruppen med komplex problematik och med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. De formella och informella samverkansforum som finns inom respektive kommunområde finns beskrivna i kartläggningens kommunområdesvisa rapporter.

Stabila organisationer

”Det är lättare att ha en god samverkan om de samverkande organisationerna inte påverkas av återkommande organisationsförändringar eller en hög personalomsättning. För att undvika att de förändringar som uppstår i organisationen ska ha negativ effekt på samverkan behöver det finnas en strategi för hur upparbetade samverkansstrukturer, i form av exempelvis kontaktvägar, gemensamma rutiner och ansvarsfördelning, kan anpassas efter nya förutsättningar”

Förlag är:

- att samverkanskoordinatören håller sig uppdaterad på förändringar gällande organisations- och personalförändringar och andra eventuella förändringar som påverkar samverkansarbetet hos de fyra aktörerna. För att hålla sig uppdaterad samt för att uppdatera andra bör samverkanskoordinatören ha tät och naturlig kontakt med chefer hos de fyra aktörerna samt även med medarbetare som arbetar med samverkan.
- att samverkanskoordinatören håller i introduktion gällande extern samverkan för nyanställda som arbetar med samverkansfrågor hos samtliga fyra aktörer

Kunskap om och respekt för varandra

”Kunskap om och respekt för varandras uppdrag och professioner är också en framgångsfaktor för god samverkan. Genom att ha kunskap om vad de andra parterna ska och kan göra undviker man felaktiga förväntningar på varandra, kan ta tillvara de kompetenser som finns inom olika professioner och samtidigt berikar de olika perspektiven arbetet. Samverkan underlättas också av att deltagarna ser likadant på problem, behov och åtgärder på samverkansområdet”

Förslag är:

- att kommunområdesvis genomföra inventering/kartläggning av möjliga insatser för målgruppen med komplex problematik och med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser hos respektive aktör. Inventering/kartläggning och sammanställning genomförs förslagsvis av samverkanskoordinatören. Resultat från inventering/kartläggning rapporteras om till chefer/medarbetare hos samtliga fyra aktörer
- att klargöra önskemål om relevanta insatser/åtgärder för målgruppen från annan verksamhet/myndighet gällande egen verksamhet/myndighet. Finns det en differens mellan möjliga och önskade insatser?
- att de fyra aktörerna har gemensamma kommunområdesvisa informationsdiskussionsträffar gällande t.ex. regelverk, styrdokument och prioriteringar som styr och påverkar möjliga insatser hos respektive aktör
- att genomföra kommunområdesvisa samt även för höglandet gemensamma utbildningsdagar inom teman som samverkan och samordnad rehabilitering samt inom området försäkringsmedicin. Förslagsvis genomförs detta som en fortsättning på KUR-utbildningsdagarna. KUR-arbetsgruppen med representanter från samtliga kommunområden och samtliga aktörer skulle kunna ansvara för att planera och genomföra utbildningssatsningar
- att medarbetare i formella samverkansforum med tillhörande chefsnätverk, tillsammans med samverkanskoordinatören kommunområdesvis utvecklar gemensam värdegrund och förhållningssätt gällande samverkansfrågor för målgruppen med komplex problematik och med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser

Gemensamma målgrupper och mål

”Det är viktigt att utgå från en gemensam målgrupp och tydliga gemensamma mål. Det skapar tydlighet och en gemensam grund för vad samverkan ska handla om och vad den ska leda till.

Målen bör vara långsiktiga och mätbara. För att utveckla en långsiktig god samverkan är det viktigt att också utvärdera den regelbundet och visa att den leder till en bättre arbetsprocess och bättre resultat.”

Förslag är:

- att utforma en skriftlig överenskommelse gällande samverkan mellan de fyra aktörerna inom respektive kommunområde, där man tydliggjort gemensam målgrupp och gemensamma mål.
- att i chefsnätverk, tillhörande formellt samverkansforum inom varje kommunområde, ta beslut kring metod för utvärdering av samverkansarbete mellan de fyra aktörerna. Möjligen skulle en gemensam utvärderingsmetod tas fram via HSF och användas för samtliga högländskommuner
- att inom samtliga kommunområden på höglandet göra en gemensam satsning på att utveckla arbetsmetod för samverkansarbete mellan samtliga fyra aktörer kring målgruppen nollplacerade, d.v.s. personer som uppbär försörjningsstöd och är utan SGI, oftast inskrivna på AF och som beskriver upplevelse av ohälsa/funktionsnedsättning som orsak till att inte kunna medverka i planering mot självförsörjning via kommunen och/eller AF. Utvecklingsarbetet på Höglandet bör följa det nationella arbetet och viljeinriktningar gällande målgruppen

Fokus på varje individs behov

”Det gemensamma arbetet bör i första hand fokusera på varje individs behov, snarare än vad som är enklast för de enskilda, samverkande organisationerna. Det är lättare att arbeta konstruktivt och flexibelt med individen i fokus, och det leder också ofta i sin tur till bättre samverkan”

Förslag är:

- att använda evidensbaserat kartläggningsinstrument inom kommunernas enheter för försörjningsstöd, i syfte att så tidigt som möjligt identifiera individens behov av insatser och stöd. Under 2016 har chefsnätverk för försörjningsstöd i länet inom FoUrum tagit beslut om gemensam utbildning och implementering i Instrument X och MIX. Förslag är att kommunerna på höglandet använder sig av MIX/Instrument X som evidensbaserad metod för att identifiera individens insats- och stödbehov i syfte att rätt person ska få rätt insats, i rätt tid, av rätt aktör och till rätt kostnad.
- att på höglandet, för målgruppen som anger ohälsa som orsak till att inte kunna medverka i planering från kommunen, använda blankett ”Intyg till vårdgivare från socialtjänsten” samt arbetsmetoden/flödet till blanketten (Samordningsförbundet Halland i projekt ”På Rätt Väg”). Båda delar bör innan en ev. implementering på Höglandet granskas för att ev. korrigeras och anpassas utifrån förutsättningarna hos högländskommunerna. Förslagsvis arbetar HSF tillsammans med samverkanskoordinatorer med blankett samt implementering av arbetsmetod.
- att utveckla arbetsmetoder på högländskommunernas AME för målgruppen med en komplex problematik med frågeställningar gällande individens förutsättningar att klara arbete. Förslag är att AME ska erbjuda målgruppen arbetsrehabiliterande insatser i form av utredning/bedömning av arbetsförmåga. Det bör då på AME finnas personal

med kunskap inom arbetsrehabilitering och försäkringsmedicin. Vissa kommunområden på höglandet har denna insats.

Kunskap om samverkan hos varje organisation som deltar

”För att utveckla en hållbar samverkan krävs att organisationerna som deltar har kunskap om samverkan och ett systematiskt förändringsarbete. Därför är det viktigt att lägga tid på att utveckla en samverkanskunskap inom varje organisation, det vill säga kunskap och förståelse för samverkansprocessens grundläggande förutsättningar. Utifrån en sådan kunskap kan sedan varje organisation analysera sin egen samverkan och identifiera vad som underlättar eller försvårar den och också vidareutveckla samverkan.”

Förslag är:

- att varje aktör inom respektive kommunområde, utöver att utveckla metoder för extern samverkan, kartlägger och vid behov utvecklar metoder för intern samverkan inom egen verksamhet/myndighet.
- att varje aktör kartlägger vilka möjliga insatser som finns idag i egen verksamhet för målgruppen inom respektive kommunområde

6 Avslutande kommentar

Syftet med projekt Fokus Integrerad Samverkan har varit att beskriva vilka samverkansarenor som finns och används, formella och informella, samt att kartlägga och beskriva processer som styr och påverkar möjligheterna till samverkan inom kommunområdena på höglandet. Förhoppningen är att rapporten ska ge ny kunskap som kan ligga till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet gällande samverkansarbete mellan de fyra aktörerna inom respektive kommunområde. Förutsättningarna ser olika ut inom de sex kommunområdena liksom förutsättningarna hos varje enskild aktör. Detta måste tas hänsyn till i det fortsatta utvecklingsarbetet med att förbättra och effektivisera samverkansarbetet. I en studie gjord av Christian Ståhl beskrivs att en konsensusbaserad syn på samverkan inte är den bästa utgångspunkten då man ska organisera samverkan mellan aktörerna. I stället bör man lyfta upp, synliggöra och acceptera skillnader som finns. Tar man hänsyn till och förstår skillnader mellan aktörernas olika förutsättningar möjliggör man utvecklandet av varaktiga och fungerande samverkansstrukturer och kan då uppnå en integrerad samverkan (In Cooperation we Trust, C. Ståhl 2010). Kartläggningen och det fortsatta utvecklingsarbetet ska i slutändan gynna den enskilde individen. Ett önskat läge på individnivå är att varje enskild individ ska erbjudas rätt insats, i rätt tid, av rätt aktör och till rätt kostnad. Individen ska få en varaktig lösning gällande arbete/sysselsättning och självförsörjning samt få möjlighet att utifrån egna förutsättningar arbeta 100 % av sin egen förmåga. För att få till detta önskade läge på individnivå behöver vi uppnå integrerad samverkan mellan de fyra aktörerna. Målet är ett långsiktigt arbete med individen i centrum och där samverkan blir en del i det vardagliga ordinarie arbetet. Samverkansprocesser hålls inte igång av sig själva. De fyra aktörerna i varje enskilt kommunområde måste gemensamt ta ansvar för att hålla de kommunområdesvisa samverkansprocesserna igång.

”Samverkan är inte ett tillstånd som går att uppnå vid ett givet tillfälle utan en ständigt levande process som varje dag måste erövrats, etableras och ständigt underhållas.”
(Samverkansutredningens betänkande SoU 2000:114)

7 Bilagor

1. Projektansökan Projekt; Fokus integrerad samverkan
2. Intervjuguide medarbetare
3. Intervjuguide chefer
4. Stimulusmaterial
5. Projekt Uppdrag Samverkan