



## **Projekt; Fokus Integrerad Samverkan**

### **Delrapport Kommunområde Eksjö**

**Resultat kommunområde Eksjö**

Kartläggningen i projekt Fokus Integrerad Samverkan har identifierat vilka samverkans arenor som finns och används inom de sex kommunområden 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 också faktorer och processer för samverkan, specifika för var och en de fyra aktörerna 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 respektive aktör samt också ur ett höglandsperspektiv. Resultaten redovisas utifrån de faktorer som enligt Berth Danermark har stor betydelse för att uppnå god samverkan, samma faktorer som även använts då intervjumaterialet analyserades och kategoriserades.

- **En ledning som prioriterar samverkan**

Chefer i kommunområde Eksjö beskriver att de ger förutsättningar för medarbetare att prioritera samverkan. Samtliga chefer ser nytta och värde med samverkan. Man menar att samverkan är ett måste för att komma framåt i de komplexa ärendena då det inte är möjligt för en av aktörerna att tillgodose alla de behov som individen har *”samverkan är något som är angeläget för alla oss, det fungera inte om vi inte samverkar”*. Genom den skriftliga överenskommelse som man gjort inom Samverk Eksjö, där chefer hos de samtliga fyra aktörerna undertecknat ett avtal om formell samverkan, visar man på att samverkan är prioriterat i kommunområde Eksjö. Det finns i dagsläget inte något lokalt chefsnätverk för utveckling och beslutsfattande kring samverkansfrågor mellan de fyra aktörerna. Man har tidigare haft LSG med FK som sammankallande. Då det uppstod oklarheter kring syfte med och ansvar för mötesformen lät man den vara vilande. Det är oklart om och i så fall när man återupptar samverkansforum på chefsnivå. Medarbetare inom kommunen, AF samt hos vårdgivare upplever att de får information från chefer att samverkansmöten ska prioriteras. Man anser också att det finns möjlighet att prioritera samverkan, mycket tack vare den skriftliga överenskommelsen inom Samverk Eksjö. Handläggare inom FK beskriver att de i nuläget, på grund av högt tryck av ärenden, varken kan eller ska prioritera samverkan. Man önskar dock kunna prioritera samverkansmöten mer. Chefer hos de fyra aktörerna är tydliga med att samverkansmöten måste ha ett klart syfte. Mötet ska vara till nytta för aktörerna i arbetet med klient/patient men i första hand ska det gynna klient/patient.

- **En tydlig arbetsstruktur med ansvarsfördelning, kontaktvägar och rutiner**

I Eksjö kommunområde har man sedan 2014 arbetat efter en överenskommelse gällande formell samverkan på individnivå mellan samtliga fyra parter, Samverk Eksjö. Samverkansformen har en tydlig arbetsstruktur samt tydligt syfte och mål samt definierad och beskriven målgrupp. Kommunen, AF samt vårdgivare är de aktörer som kontinuerligt använder sig av samverkansforumet. Dessa tre aktörer har månatliga samverkansmöten där

man tar upp klient/patient ärenden. FK är inte med på dessa samverkansmöten lika frekvent, vilket övriga aktörer ser som en brist. Medarbetare beskriver att möten inom Samverk Eksjö fyller en viktig funktion för de professionella i arbetet med samordnade rehabiliteringsinsatser. Man ser att samverkan mellan de olika aktörerna gynnar den enskilde i form av mer effektiva insatser utifrån individens specifika behov. Man säger *”Tror aldrig att vi haft så mycket sving och driv i ärendena sedan vi startade Samverk Eksjö”* och *”Den här formen fungerar bra, det händer grejer för personen”*. I Eksjö har man inte något lokalt chefsnätverk kopplat till Samverk Eksjö där man driver gemensam utveckling av samverkan mellan de fyra aktörerna. Tidigare fanns LSG som är ett mötesforum där chefer hos respektive aktör träffas för att driva och utveckla samverkansfrågor lokalt. Man beskriver ett oklart syfte med LSG, vilket gjorde att forumet tillslut upphörde alternativt är vilande. Samverk Eksjö som samverkansforum tar upp frågor på medarbetar- och individnivå. Förutom Samverk Eksjö används också SIP för formell samverkan i gemensamma ärenden. SIP kännetecknas också av tydlig funktionell struktur. Till SIP kan dock enbart vårdgivare och representanter från kommunernas verksamheter kalla, samtliga fyra parter kan dock kallas. Inom SE finns också ett formellt samverkansforum där samtliga fyra parter träffas i konkreta ärenden en gång/månad.

Nedan görs en beskrivning av vem av de övriga parter man samverkar mest/minst med samt enklast/svårast med.

#### *Samverkansparter Kommunen*

**Försörjningsstöd** samverkar mest med AF. Man har kontinuerliga träffar tillsammans AF gällande gemensamma ärenden. En gång/månad träffas medarbetare inom Hälsa Integration och Arbete (HIA), AF, Socialtjänsten (försörjningsstöd) i ett s.k. HAS möte (HIA, AF, Socialtjänst) där man går igenom gemensamma ärenden. AF och försörjningsstöd har också tät och kontinuerlig samverkan inom etableringen. Försörjningsstöd samverkar också mycket med vårdgivare och minst samverkan har man med FK. Det saknas strukturer för samverkan med FK gällande sjukskrivna personer som uppbär försörjningsstöd och som ingen SGI har. Man beskriver att man har behov av mer samverkan med vården och FK i de komplexa ärendena. Försörjningsstöd finns med under hela rehabiliteringsprocessen. Man kan inte prioritera och upplever att man har yttersta ansvaret för individen bl.a. eftersom man står för försörjningen.

**Arbetsmarknadsenheten** HIA samverkar mest och enklast med AF. Man har kontinuerliga och gemensamma uppföljningar och planeringar med AF. HIA samverkar minst med vårdgivare och med FK. HIA har behov av och önskar mer formell samverkan med vårdgivare och FK i de komplexa ärendena. HIA beskriver stort behov av samverkan med samtliga övriga tre parter. De klienter som har insatser via HIA har ofta kontakt med samtliga av de övriga tre aktörerna alternativt kommer att behöva ha det. Under tiden på HIA upptäcks och klargörs ofta behov av ytterligare stöd och insatser för individen, vilket gör att samverkan med fler parter som t.ex. vården och FK blir aktuellt *”allt är inte givet från början, det visar sig efter ett tag om något mer behövs utreda”* och *”det är kanske därför just vi på HIA är inblandade, att man inte riktigt har hamnat rätt”*

**Socialpsykiatri** samverkar mest och enklast med psykiatrimottagningen och till viss del med FK. Minst samverkan har man med AF.

**Omsorgen (LSS)** samverkar mest med psykiatrimottagningen och med FK. Man önskar mer samverkan med FK i samband med pågående aktivitetsersättning. Minst samverkan har man med AF.

**SE-coacher** samverkar med AF, FK samt psykiatrimottagningen. En gång/månad har man ett formellt samverkansforum mellan samtliga fyra parter på individnivå där man diskuterar gemensamma ärenden.

HIA och försörjningsstöd har kontaktperson i Samverk Eksjö

#### *Samverkansparter Vårdgivare (primärvård och psykiatri)*

**Primärvården** samverkar mest med FK. Det finns tydlig struktur för den formella samverkan mellan vårdgivare och FK via avstämningsmöten. Man samverkar också en del med försörjningsstöd och HIA vilket har blivit enklare och bättre genom Samverk Eksjö. Primärvården ser nyttan och värdet av samverkan med kommunens verksamheter i de komplexa ärendena. Primärvården har också fått ökad och bättre samverkan med AF genom Samverk Eksjö.

**Psykiatri mottagningen** samverkar mycket med kommunens verksamheter som socialpsykiatri, omsorgen/LSS samt öppenvård. Man har minst samverkan med AF. Vårdgivare är med i rehab processen då det finns en vårdsökande patient eller då annan verksamhet/myndighet efterfrågar medicinska bedömningar/intyg/utlåtande. Rehab samordnare hos vårdgivarna i kommunområde Eksjö är kontaktperson i Samverk Eksjö

#### *Samverkansparter Försäkringskassan*

##### **Personlig handläggare sjukpenning/samordning**

Handläggare som arbetar med sjukskrivna samverkar mest med vårdgivare. Det finns formella och strukturerade samverkansforum i samband med sjukskrivning som avstämningsmöte. Handläggare för sjukskrivna samverkar också mycket med AF. Det finns vissa strukturer och formella mötesformer som förenklar som gemensam kartläggning (GK). Man har minst och svårast samverkan med kommunens verksamheter. Det finns inte samma formella och strukturerade samverkansforum kring personer som uppstår försörjningsstöd och som inte har någon SGI. Samverkan med kommunens verksamheter sker oftast genom psykiatrimottagningen. FK samverkar då det finns en sjukskrivning och samordningsansvar

##### **Personlig handläggare aktivitetsersättning/samordning**

Handläggare inom aktivitetsersättningen samverkar mycket och enkelt med kommunen som HIA, biståndshandläggare, socialsekreterare, LSS och SE. Man har behov av effektiv fungerande samverkan med verksamheter/insatser inom kommunen. Handläggare inom aktivitetsersättningen anser att det just i kommunområde Eksjö finns bra strukturer för samverkan mellan att FK och kommunen, vilket leder till bra och effektivt arbete. Handläggare inom aktivitetsersättningen samverkar också mycket med AF. Det finns strukturer för samverkan. Man anser att det är svårt att jobba efter strukturen då det är svårt att få till tider med handläggare. Det finns enbart en handläggare på AF för ungdomar med aktivitetsersättning för hela höglandet. Handläggarna samverkar också mycket med vården,

och då oftast med psykiatrimottagningen. Det saknas strukturer för formell samverkan med vårdgivare. FK vill samverka mer men beskriver svårigheter med att prioritera samverkan. Handläggare beskriver att ökad mängd av ärenden, hög personalomsättning samt organisations förändringar har försvårat möjligheten att samverka. Handläggare inom aktivitetssättningen samverkar i samband med ansökan om eller pågående aktivitetssättning. FK har inte någon representant i Samverk Eksjö.

#### ***Samverkansparter Arbetsförmedlingen***

Handläggare på AF samverkar mest, enkelt och bra med kommunen och framför allt med HIA och försörjningsstöd. Man har formella gemensamma samverkansträffar. Det är också enkelt att ha en informell samverkan med HIA och försörjningsstöd. Man önskar dock mer samverkan med HIA och då för ärenden inskrivna på AF som inte uppbär försörjningsstöd. Inom SE samverkar AF med kommunens SE-coacher bl.a. genom gemensamma träffar en gång/månad. AF beskriver också ofta och enkelt samverkan med FK. Här finns strukturerad och formella samverkanforum bl.a. genom GK. AF samverkar minst med vårdgivare och det saknas strukturer för formell samverkan. AF har fler och fler ärenden med en komplex problematik och behovet av samverkan med vården ökar. AF beskriver att behov av samverkan ökar med samtliga parter, då det förmålgruppen ofta finns behov av att klargöra individens förutsättningar för arbete. AF är med i rehabiliteringsprocessen då personen har arbetsförmåga eller då arbetsförmågan ska klargöras. AF har en kontaktperson i Samverk Eksjö.

#### ***Kontaktvägar***

##### **In till Kommunen**

Samtliga övriga tre parter upplever kontaktvägar in till kommunen som svåra. Det finns många verksamheter inom kommunen att samverka med (försörjningsstöd, arbetsmarknadsenhet, socialpsykiatri, LSS, boendestöd, öppenvård m.fl.) och det är svårt för övriga aktörer att veta vem man ska kontakta och vem/vilka som är kontaktpersoner i ärendet. Man saknar en formell kontaktväg in till kommunens verksamheter och insatser och önskar ”en väg in”.

##### **In till Vården**

Samtliga tre parter (AF, Kommunen och FK) upplever att rehabsamordnaren är en enkel och bra formell kontaktväg in till vårdgivare. Allra enklast är det för FK att ta kontakt. Övriga parter upplever att det kan vara svårt att få tag på rehabsamordnare då de har andra funktioner också. Man önskar att de hade mer tid för sin rehabsamordnar funktion.

##### **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 sjukskrivning av patient som har anställning och SGI. AF har ganska lätt med kontakt in till FK i ärenden inom gemensam kartläggning (GK). Medarbetare hos kommunen upplever att kontakten in till FK är svår då det handlar om person som uppbär försörjningsstöd och som är utan anställning och utan SGI.

##### **In till AF**

FK upplever enkel kontaktväg in till AF via handläggare samt genom funktionsbrevlådan.

Kommunen, framförallt försörjningsstöd och AME, upplever enkel kontakt till handläggare på AF. Man har god kännedom om varandra. Kommunen upplever att det har varit en del organisation- och personalförändringar inom AF vilket gör att kontaktväg in till AF försvårats något. Vårdgivare upplever att kontakten in till AF är svår. Kontakt tas via handläggare men vården vet inte alltid vem det är. Man saknar formell kontaktväg och ” en väg in”.

Samverk Eksjö förenklar och effektiviserar kontaktvägar mellan de fyra aktörerna genom att man har namn och ansikte på samverkanparterna. Formellt samverkansforum som Samverk Eksjö ger bättre förutsättningar för att kontaktvägar ska byggas på funktion istället för person.

- **Gemensamma forum och rutiner för beslut**

Följande formella samverkans forum, det vill säga kontinuerligt återkommande möten med gemensam dokumentation, handlingsplan och uppföljning finns och används i olika grad i kommunområdet Eksjö:

*Samverk Eksjö*

Skriftlig lokal överenskommelse gällande samverkan mellan de fyra aktörerna. Mötesformen är på medarbetarnivå. Man har kontinuerliga månadsvisa träffar som bokas med god framförhållning. Det finns en tydlig skriftlig beskrivning av målgrupp, syfte, mål och rutiner. Man beskriver gemensam värdegrund, att man kommer till mötet med inställningen ” Hur löser vi detta gemensamt och Vad kan vår verksamhet bidra med?” Det finns utsedda kontaktpersoner från respektive aktör. Representant från FK saknas dock nu i gruppen. Samverk Eksjö har funnits sedan 2014.

*Lokal Samverkans Grupp (LSG)*

Man beskriver att chefsnätverket LSG är vilande och att det är osäker om detta kommer att tas upp igen. Det saknas ett tydligt syfte och mål med gruppen. Det är heller inte uttalat vem som ska kalla och hålla i LSG.

*Samordnad Individuell Plan (SIP)*

Lagstadgad samverkan enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL). Vid behov av samordnade insatser upprättar vård och kommun en gemensam individuell plan. FK och AF kan inte kalla till SIP. De kan däremot kallas till SIP möte av vårdgivare eller verksamhet inom kommunen men är inte enligt lag skyldiga att medverka. Klienten ska i möjligaste mån närvara vid ett SIP möte. Det finns vissa oklarheter gällande användandet av SIP som när, hur och vem ska kalla. De som använder sig av SIP upplever det som ett bra formellt samverkansforum.

*Samordningsförbundets SE-projekt*

Samverkan mellan FK, AF, kommunen (SE-coacher) och vården (psykiatri) för ungdomar upp till 29 år som har/riskerar att få aktivitetsersättning. Kontinuerligt formellt mötesforum en gång/månad.

*Gemensam Kartläggning (GK) och Avstämningsmöten*

Formell, strukturerad samverkan mellan FK, vården och AF. Det är FK som sammankallar till möten, håller i möten samt också ansvarar för dokumentationen under möten.

*HAS-möten*

Medarbetare inom försörjningsstöd/HIA och AF träffas kontinuerligt en gång/månad. Generella frågor gällande samverkan samt individfrågor tas upp i detta forum. Ett upparbetat och fungerande formellt samverksforum mellan två aktörer.

***Delegation Unga i Arbete (DUA)***

Nationell satsning i syfte att få ner arbetslösheten bland unga (16-24 år). Samverkan på lokal nivå mellan kommunen och AF. Vid intervju tillfället pågick kartläggning av målgruppen vilken skulle utmynna i en lokal överenskommelse

***Kommunala Aktivitets Ansvaret (KAA)***

Samverkan mellan kommunen (socialtjänst och skola) och AF för ungdomar 16-20 år som har hoppat av/ inte är inskrivna på gymnasiet.

***Lokal överenskommelse inom etableringen "Löken"***

Kontinuerliga träffar en gång/vecka inom etableringen mellan AF och socialtjänst.

***Avtal mellan AF/AME***

Avtal mellan AF/AME gällande arbetssökande inom jobb- och utvecklingsgarantin med behov av förstärkt arbetsträning alternativt förstärkt arbetsträning med fördjupad bedömning.

***Lokal överenskommelse kommunen/psykiatrimottagning (Region Jönköpings län)***

Kontinuerlig samverkan mellan kommunens öppenvård missbruk/psykiatri mottagningen

***Skolsamverkan Skola/HIA***

Samverkan för elever på gymnasiesärskolan under studietiden

***Skolsamverkan Skola/HIA/AF/FK - avslutningskonferens***

Samverkan gällande elever i samband med avslut gymnasiesärskola. Kan också gälla elever inskrivna på andra program där behov av samverkan och gemensam planering finns inför avslut på gymnasiet.

***Rehabsamordnar nätverk***

Rehabsamordnare (vårdgivare), rehab koordinatörer (AF), samverkanansvarig (FK) på högländskommunerna träffas en gång/månad. Forum för generella frågor gällande samverkan

***Hela Kedjan***

Ett arbetslivsinriktat samverkansprojekt under perioden 2015-09-01–2018-08-31 med fokus på förstärkta kontakter mellan rehabiliteringsaktörerna (AF, FK, kommuner och vård) och arbetsgivare. Ett EU projekt med AF som ägare och medfinansiär. FK, Region Jönköpings län och pilotkommunerna Jönköping, Värnamo och Eksjö är också med och finansierar.

Samordningsförbunden i länet medverkar i styrgruppen.

Förutom de beskrivna formella samverkansforumen används också mer informella samverkansforum som trepartsmöte och nätverksträffar. Dessa mötesforum har inte samma krav på kontinuitet, gemensam dokumentation eller gemensam handlingsplan. Trepartsmöte och nätverksträffar används vid behov mellan samtliga parter både internt och externt

- **Stabila organisationer**

I kommunområde Eksjö beskriver man att det är och har varit förändringar inom organisationerna samt en del personalomsättning hos samtliga fyra parter. Övriga aktörer beskriver att FK har haft hög personalomsättning vilket man menar försvårar samverkansarbetet. Då det är en viss instabilitet i organisationerna fyller Samverk Eksjö ytterligare en viktig funktion. Genom att man kontinuerligt, en gång/månad, träffas och ger varandra en uppdatering av läget hos varje aktör upplever man att förutsättningarna för att kunna bibehålla och utveckla formella samverkansstrukturer förbättras. Att FK inte varit med

på samma sätt som övriga aktörer beskrivs ha en negativ påverkan på samverkansarbetet på individ-, medarbetar- och strukturellnivå. Inom SE projektet har FK skiftat kontaktperson i den samverkansgrupp som ses en gång/månad vilket övriga parter anser ge en instabilitet i utvecklingsarbetet av samverkansprocesser.

- **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 parter 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. Man förklarar detta med bristande kunskap och kännedom om varandras verksamheter och möjliga insatser för målgruppen. Att man i Eksjö har ett formellt samverkansforum, Samverk Eksjö, gör att aktörerna kontinuerligt träffas och gör gemensamma handlingsplaner tillsammans med individen. Detta leder till ökad kännedom om varandras kompetens, verksamhet och möjliga insatser för målgruppen. Det finns i kommunområde Eksjö ändå en viss okunskap om möjliga insatser och åtgärder hos de fyra parterna för målgruppen. Man menar att en kartläggning av möjliga insatser hos respektive aktör skulle underlätta i arbetet med patient/klient. Man beskriver vikten av att delge varandra den specifik kunskap som man har inom de olika verksamheterna/myndigheterna gällande målgruppen med komplex problematik och där det finns behov av att rehabiliteringsinsatser från olika aktörer samordnas. Man menar att den information om en individ som samlas in hos de olika aktörerna t.ex. vid en utredning/bedömning hos olika professioner på HIA, hos professioner inom AF:s verksamhet samt vid medicinska bedömning hos vårdgivare i högre grad bör användas gemensamt. Den gemensamma sammantagna informationen av individen skulle kunna ge bättre förutsättningar för aktörerna att ställa ”rätt” krav på individen och att ge rätt insatser och stöd till individen. Aktörerna får också en gemensam syn gällande individens förutsättningar att klara krav som ett arbete ställer. Man beskriver en risk av att viktig information och kunskap om målgruppen inte tas tillvara i samverkansprocessen, vilket leder till ineffektiva samverkansprocesser och en fördröjning av rätt insats i rätt tid av rätt aktör för individen. Man beskriver att individen kan ”tappas bort” i processen och går runt i de olika systemen under lång tid. Individen uppbär under tiden ofta försörjningsstöd ibland i kombination med aktivitetsstöd från AF. Man tar också upp det faktum att de olika parterna har sina specifika regelverk, prioriteringar, styrkort och måluppfyllelser som också så klart måste tas hänsyn till. Verksamheter inom kommunen beskriver att de vid samverkansmöten har förväntningar att det är läkare som ska medverka på mötet då de önskar få information från läkaren om t.ex. sjukskrivning eller medicinska insatser som kan vara lämpliga för att komma vidare i ett ärende. Vårdgivare beskriver svårigheter för läkare att närvara vid mötet då det ofta blir på bekostnad av ett patientbesök. Man beskriver också att det finns en okunskap gällande aktörernas olika definitioner, begrepp och terminologi tillhörande beskrivningar av t.ex. arbetsförmåga/oförmåga, funktionsnedsättning och funktionshinder i förhållande till arbete. Vården har sin terminologi, AF har sina koder och begrepp liksom FK och kommunernas olika verksamheter också har. Detta kan leda till missförstånd i kommunikationen. Oklarheter i begrepp och definitioner mellan aktörerna menar man också kan leda till att man har fel förväntningar på varandra.



- **Gemensamma målgrupper och mål**

Den lokala överenskommelsen i Samverk Eksjö beskriver samarbetet runt personer med psykiska/neuropsykiatriska/fysiska sjukdomar. Målgruppen är personer som kan ha behov av eller har pågående insatser genom fler än två aktörer inom Samverk Eksjö. Syftet är att skapa en gemensam kunskapsbas, underlätta samarbetet mellan de deltagande organisationerna samt att genom samverkan mellan aktörerna i Samverk Eksjö effektivt utnyttja samhällets resurser till stöd för personer med behov av insatser från olika aktörer. Samverkansforumet ska användas vid samverkansbehov där ordinarie, befintliga samverkansmetoder och nätverk saknas eller är oklara. Inom SE har aktörerna också definierat målgrupp, syfte och mål gällande samverkan för projektet.

Målgruppen som har behov av samordnade rehabiliteringsinsatser har i kartläggningen definierat på olika vis beroenden på vilken verksamhet/myndighet man representerar. De fyra aktörerna beskriver målgruppen och svårigheter kring målgruppen på följande vis:

**Kommunen**

- Mycket långvarigt försörjningsstöd (mer än 27 månader under en tre årsperiod enligt Öppna jämförelserns definition) ”*det finns vissa som har haft försörjningsstöd i mer 10 år*”
- Komplex problematik med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser ofta från minst tre aktörer, ibland av samtliga fyra aktörer
- Insatser från flera av kommunens verksamheter
- Svårt att få till rätt insats, i rätt tid och av rätt aktör
- Varit inskrivna på AME ett flertal gånger och svårt att få till varaktig lösning
- Svårt att klara de krav som ställs vid försörjningsstöd t.ex. inskriven på AF
- Oklarheter angående förutsättningar att klara arbete
- Oklarheter vid sjukskrivning av försörjningsstödstagare utan SIG
- Är individen inom ”rätt” försörjningssystem?
- Ungdomar på gymnasiet med komplex problematik där det finns frågeställningar gällande förutsättningar att arbeta efter avslutade studier
- Unga vuxna som uppbär försörjningsstöd men komplex problematik och som beskriver psykisk ohälsa som orsak att inte klara de krav som ställs i samband med försörjningsstöd/ inskriven på AF.

**Vårdgivare**

- Frekvent vårdsökande ”Om och om igen patienter”
- Komplex problematik som gör det svårt med ställningstagande kring medicinsk/social orsak
- Svårt med lämpliga insatser inom vården (behandling/utredning)
- Svårt att definiera diagnos/sjuk/ohälsa/funktions- aktivitetsnedsättning
- Högre inflöde av patientgruppen än avslutade ärenden
- Patienten har ofta pågående insatser via AF och/eller kommunen (försörjningsstöd, AME, socialpsykiatri, S.E, LSS, boendestöd, öppenvård)

- Svårt med ställningstagande gällande sjukskrivning ”Vad sjukskriver vården patienten från?” ”Vilka pågående insatser finns redan för patienten via AF eller hos kommunen?”
- Svårt utfärda LUH och göra bedömning utifrån DFA kedjan vid ställningstagande om varaktig nedsatt arbetsförmåga (hel/partiell sjuk-aktivitetsersättning)
- Unga vuxna med komplex problematik som beskriver psykisk ohälsa som har stora svårigheter att ta sig in på arbetsmarknaden

#### *Försäkringskassan*

- Försäkrade som är/riskerar att bli utan anställning
- Komplex problematik och ofta psykisk ohälsa
- Den försäkrade har ofta kontakt med vården och AF
- Har kontakt med kommunala verksamheter (ffa målgrupp med aktivitetsersättning)
- Upplever att det är en ökning av ärendena som har försörjningsstöd, komplex problematik, utan anställning och utan SGI
- Finns redan många aktiva insatser och planeringar för målgruppen från AF, kommunen och vården. Vad innebär och bör ingå i FK:s samordningsansvar för målgruppen?
- Ungdomar med aktivitetsersättning

#### *Arbetsförmedling*

- Varit utanför arbetsmarknaden en längre tid
- Komplex problematik med funktionsnedsättningar
- Sjukskrivna med rehabiliteringsinsatser som inte kan gå tillbaka till sin anställning
- Svårt med lämpliga insatser från AF
- Konjunktur okänslig grupp
- Har behov av arbetsförberedande insatser innan det är lämpligt med praktik i reell arbetsmiljö
- Frågeställning gällande förutsättningar att klara arbete och behov av att klargöra förutsättningar för arbete
- Behov av insatser från AF:s egna specialister (socialkonsulent, arbetsterapeut/fysioterapeut, arbetspsykolog, )
- Ofta kontakt med vården och socialtjänst (ffa försörjningsstöd/AME)
- Resurskrävande målgrupp
- Ungdomar med komplex problematik och med svårigheter att klara arbete

#### *Andelen klienter/patienter tillhörande målgruppen inom respektive verksamhet/myndighet:*

##### *Kommunen*

Inom socialtjänsten verksamheter tillhör ca 80-100% målgruppen med komplex problematik och som har behov av samordnade rehabiliteringsinstaser från minst två de fyra samverkansparterna.

### *Vårdgivare*

Av psykiatrimottagningarnas patienter är det mellan 50-75% som tillhör målgruppen. Av primärvårdens patientgrupp är det ca 20 % som tillhör den komplexa målgruppen med behov av samordnade rehab insatser. Primärvården beskriver dock att målgruppen tar större del än 20 % av verksamhetens tid och resurser.

### *Försäkringskassan*

Handläggare inom sjukskrivningen beskriver att ca 50-80 % tillhör målgruppen. Handläggare inom aktivitetsersättningen beskriver att 80-90% av deras ärenden tillhör målgruppen.

### *Arbetsförmedlingen*

På AF tillhör 50-80% målgruppen med komplexproblematik. Det skiftar något på AF beroende på vilken insats handläggare som intervjuats arbetet med.

- **Fokus på varje individs behov**

De formella samverkansforum som finns i Eksjö kommunområde utgår från ett individfokus. De som medverkar vid samverkansforumet ansvarar för att vara väl förberedda och uppdaterade i ärendet. Varje aktör ska kunna beskriva tidigare insatser samt också formulera möjliga framtida insatser. Man påtalar vikten av att alla kommer till mötet med klient/patient fokus. Man påtalar också vikten av att ha en lösningsfokuserad inställning, att varje aktör ska ha som mål med mötet att utifrån individens behov kunna erbjuda lämpliga insatser/åtgärder. Frågeställningar inför mötet kan vara: Vad har jag för viktig information i ärendet som jag ska informera om på mötet? Vad kan vår verksamhet/myndighet bidra med för specifik kompetens och insats som skulle vara relevant utifrån individens behov? Man trycker på vikten av att samverkansmöten ska utgå från vad respektive verksamhet/myndighet kan erbjuda istället för att man ska försöka undvika att bli involverad i ett ärende. Man beskriver vikten av behovsstyrda insatser för individen samt vikten av att kartlägga individens behov av insatser. Försörjningsstöd har nyligen påbörjat att kartlägga individer som ansöker om försörjningsstöd med intervjuinstrumenten Förutsättningar Inför Arbete (FIA) samt Instrument X. Syftet med att använda instrumenten är bl.a. att kunna ställa rätt krav på individen samt att utifrån behov hos individen kunna ge rätt stöd. Detta för att för att effektivisera och snabba på processen för individen mot självförsörjning. Flera av de fyra parterna beskriver svårigheter med att ge rätt insats i rätt tid till personer som är utan arbete, som uppbär försörjningsstöd, som ingen SGI har och som uppger ohälsa eller funktionsnedsättning/ohälsa som orsak till att inte kunna arbeta. Det är svårt erbjuda individanpassade insatser som leder till varaktig lösning vad det gäller arbeta/sysselsättning samt självförsörjning. Flera av aktörerna menar att det är av stor vikt att klargöra förutsättningar för arbete hos målgruppen och klargöra om en eventuell nedsättning av arbetsförmåga beror på ohälsa och/eller funktionsnedsättning. Tiden är en viktig faktor i klargörandet, man menar att det ofta tar lång tid innan man får ”rätt” bild av personens hela livssituation” *Det tar tid innan man får fram hur komplext den här människans liv egentligen är. Det är som att lägga ett pussel. Nästa pussel är sedan att hitta vilka samverkansparter som ska vara med och det pusslet är inte heller alltid så himla lätt*”. Man beskriver att det

finns en risk i att man i den här typen av ärende hamnar i diskussioner om vems ansvar det borde vara utifrån de olika regelverk som styr verksamheter/myndigheter istället för att lösnings- och individfokuserat förhållningssätt. Man poängterar också individens eget ansvar i sin rehabiliteringsprocess. Det är klient/patient som äger handlingsplanen som upprättas vid ett samverkansforum. Klient/patient har ett stort eget ansvar i att vara aktiv i upprättandet och senare också i genomförandet av de fortsatta planerade insatserna. Individfokus beskrivs också i samband med avslut av ärende hos en aktör och då annan aktör tar vid. Det finns en risk att det man genomfört hos en aktör inte delges till nästa aktör, vilket inte blir effektivt för individens i rehabiliteringsprocess och förvårar för individen att få rätt insats i rätt tid och av rätt aktör. Svårigheten med relevant informationsöverföring menar man gäller mellan samtliga fyra aktörer men kan också gälla den interna samverkan hos de fyra aktörerna.

- **Kunskap om samverkan hos varje organisation som deltar**

Kommunens olika verksamheter har en bredd i sina målgrupper som stort ålders spann och flera olika problemområden hos individen som t.ex. social, psykiatrisk, beroende och/eller arbetsmarknadsmässig problematik. Det innebär att en individ kan ha flera pågående insatser enbart från kommunens olika verksamheter vilket ställer stora krav på samverkanskunskap inom kommunens egen organisation. I Eksjö kommun har man god intern kännedom om verksamheter och insatser för målgruppen inom kommunen. Man har också bra kännedom om personal och funktioner inom de verksamheterna och beskriver enkla kontaktvägar inom kommunen.

Inom Samverk Eksjö arbetar man på medarbetarnivå kontinuerligt med utveckling av samverkansprocessen för målgruppen genom de månatliga samverkansmöten man har. Det finns i Eksjö kommunområde idag inte något chefsnätverks som utvecklar eller tar beslut i samverkansprocesserna.

AF och FK arbetar på chefs- och medarbetarnivå med utveckling av samverkan genom gemensam metoddag en gång/år. Man jobbar bl.a. med uppföljning av gemensamma arbetsmetoder som t.ex. GK samt med utveckling av metoder gällande samverkan kring specifika gemensamma målgrupper inom AF och FK.

Rehabsamordnare på höglandet har återkommande gemensamma träffar då man bl.a. jobbar med utveckling av samverkansprocesser. Representanter från AF och FK kan också närvara vid dessa tillfällen. Representant från kommunen finns inte med.

Medarbetare hos de fyra aktörerna har inte längre några återkommande gemensamma utbildningsdagar eller mötestillfällen för gemensam utveckling av samverkan på medarbetarnivå. Tidigare har KUR utbildningsdagarna med tillhörande kommunområdesvisa uppföljningsdagar till viss del fyllt denna funktion. KUR satsningen från FK har upphört men den arbetsgrupp som bildades i samband med KUR satsningen finns till viss del kvar. Eksjö kommunområde har representanter i KUR arbetsgruppen. Detta är ett forum där möjlighet finns att utveckla en hållbar och varaktig samverkan mellan de fyra aktörerna.

- **Faktorer som främjar samverkan i kommunområde Eksjö**
  - Formella samverkansforum på individnivå för medarbetare (se under rubrik ”Gemensamma forum och rutiner för beslut”)
  - Informella samverkansforum på individnivå för medarbetare, både internt och externt, hos flera av de fyra parterna
  - Chefer som ger förutsättningar för medarbetare att kunna samverka
  - Rehabsamordnare hos vårdgivare som är kontaktväg in till vården samt även samordnar/koordinerar vårdens insatser
  - Koordinator, samverkansansvarig som förenklar vägen in till FK
  - Försörjningsstöd och AF i samma lokal ger en enkel informell kontaktväg
  - Intern samverkan mellan försörjningsstöd och HIA
  - HIA med arbetsterapeut, socialsekreterare, coacher, arbetsträning/prövning och utredning/bedömning
  - Intern samverkan i kommunen mellan försörjningsstöd, HIA, socialpsykiatri, LSS, SE samt öppenvård
  - Samverkan mellan HIA/AF via avtal och HIA/vården
  - Enkel kontakt med vården via rehabamordnare
  - Samverkan mellan vårdgivare/FK (rehabamordnare, koordinatörer, samverkanansvarig)
  - Standardiserade utredningsinstrument inom försörjningsstöd som FIA och MIX

- **Önskat läge**

*Verksamhetsnivå*

- Bibehålla och utveckla integrerad samverkan d.v.s. upprätthålla varaktiga och fungerande samverkansstrukturer mellan samtliga fyra aktörer
- Bibehålla och utveckla gemensam värdegrund och inställning till samverkan. ”Vad kan vår verksamhet göra för individen och hur löser vi detta gemensamt?”
- Ge rätt insats, i rätt tid, till rätt person, av rätt aktör och till rätt kostnad
- Ha god kännedom och kunskap om varandras verksamheter och möjliga insatser för målgruppen

*Individnivå*

- Erbjudas rätt insats, i rätt tid och av rätt aktör ”*slippa springa runt i systemen*”
- Få en varaktig lösning gällande arbete/sysselsättning och självförsörjning
- Få möjlighet att utifrån egna förutsättningar arbeta 100 % av sin egen förmåga

- **Möjliga utvecklingsområden**

- Klargöra och tydliggöra samtliga fyra parters funktion i Samverk Eksjö
- Utveckla lokalt forum för samverkan på chefsnivå mellan samtliga fyra aktörer t.ex. Lokal samverkans Grupp (LSG)
- Klargöra användandet av SIP. När, hur och vem använder?
- Förenkla och effektivisera kontaktvägar mellan de fyra aktörerna
- Öka kunskapen om varandras verksamheter, verktygslådor, kompetens, ansvarsområden, regelverk

- Kartlägga möjliga insatser för målgruppen hos de fyra aktörerna
- Klargöra när det är primärvård och när det är psykiatrimottagning som är aktuell vårdgivare
- Ökad samverkan under samt vid avslut av de 1-års visa anställningsformer i kommunen mellan socialtjänst och AF
- Förtydliga samverkansstrukturer internt och externt vid avslut/överlämning av ärende som att delge relevant information, ta vid där annan avslutar och dra nytta av det som gjorts tidigare
- Utveckla/förtydliga AME:s och specifikt arbetsterapeutens roll på AME i klagörandet av arbetsförutsättningar hos individen
- Ökad samverkan mellan kommunen, vården, AF och FK vid sjukskrivning av person med försörjningsstöd/aktivitetsstöd utan SGI. Vad sjukskriver vården från? Vilka insatser finns planerade för patienten via AF och/eller kommunen?
- Ökad och förtydligad samverkan mellan samtliga fyra aktörer vid ansökan av sjuk- aktivitetsersättning för att individen ska ges möjlighet att utifrån egna förutsättningar arbeta 100 % av egen förmåga
- Ökad samverkan under samt i samband med avslut av aktivitetsersättning. Vad händer för individen gällande arbete/sysselsättning/självförsörjning efter tid med aktivitetsersättning?
- Utöka/utveckla samverkan mellan kommunen/AF/ FK/vårdgivare för elever där det finns frågeställningar angående förutsättningar att klara arbetskrav efter avslutade studier på gymnasiet (både särskola och andra program) ”Vad händer för eleven efter avslutade gymnasiestudier?”
- Samverka med arbetsgivare för att få ökat intresse att anställa målgruppen t.ex. genom projekt Hela kedjan till arbete

## Öppna Jämförelser 2015

Kommun storlek (1-5)	Socioek. sorteringsnyckel (1= låg risk 8 = hög risk)	Långvarigt ekonomiskt bistånd	Mycket långvarigt ekonomiskt bistånd	Bistånds mottagare i befolkningen	Barn i familjer med ekonomiskt bistånd	Barn i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd	Unga vuxna med ekonomiskt bistånd	Kostnad per invånare för utbetalt EB, kr	Arbetslösa	Arbetslösa utan ersättning	Försörjnings hinder pga arbetslöshet	
Nässjö	2	6	34,8	22,6	7,6	14,4	5,6	13,2	1518	12,6	4,2	36,6
Vetlanda	2	3	27,9	16,4	4,0	7,5	2,4	7,4	772	10,3	3,4	49,1
<b>Eksjö</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>22,9</b>	<b>17,0</b>	<b>4,8</b>	<b>8,2</b>	<b>1,3</b>	<b>10,1</b>	<b>960</b>	<b>9,8</b>	<b>3,5</b>	<b>37,7</b>
Tranås	2	6	31,6	18,8	7,2	12,2	2,8	14,8	1532	12,6	4,0	47,2
Sävsjö	1	7	30,2	15,8	8,0	15,7	4,7	10,8	1390	10,9	4,2	67,0
Aneby	1	4	28,9	16,5	5,1	8,7	2,9	9,7	1043	11,4	3,5	62,3
Jönköping	4	4	30,0	21,9	4,7	6,7	2,3	7,6	1181	10,3	3,9	40,5
Jkpg län			30,1	19,6	4,9	8,3	2,6	8,8	1 069	10,6	3,6	45,0
Riket			36,4	23,8	4,4	7,3	2,7	7,7	1 095	11,6	3,9	48,5

## Försörjningsmått 2014-2015

Genomsnittligt utbetalt belopp per individ, kr																Antal i befolkningen	
Kommun	SP	RP	AE	SE	AL	AS	UE	EE	ET	BE	EB	OHALS	ARBST	EKBI	TOT	16-64 år	
Aneby	5 235	236	601	7 118	1 611	1 749	230	612	65	37	2 612	13 189	4 304	2 612	20 105	3 907	
Eksjö	4 406	214	805	6 660	1 320	1 550	156	542	85	15	2 161	12 085	3 668	2 161	17 914	9 809	
Nässjö	4 770	258	750	6 227	1 565	2 584	240	970	106	129	4 063	12 006	5 594	4 063	21 664	17 868	
Sävsjö	3 928	312	525	5 836	1 354	1 877	49	1 649	154	196	4 310	10 601	5 280	4 310	20 191	6 449	
Tranås	4 353	243	765	6 913	1 903	2 110	295	639	83	40	3 872	12 273	5 071	3 872	21 216	10 674	
Vetlanda	4 966	258	561	5 730	1 343	1 579	100	678	66	68	1 958	11 516	3 834	1 958	17 308	15 708	

SP Sjukpenning

RP Rehabiliteringspenning

AE Aktivitetsersättning

SE Sjukersättning

AL Arbetslöshetskassa (A-kassa)

AS Aktivitetsstöd

UE Utvecklingsersättning

EE Etableringsersättning

ET Etableringstillägg

BE Bostadsersättning

EB Ekonomiskt bistånd

Försörjningsmåttet avser alla individer i åldrarna 16-64 år. De olika ersättningsformerna redovisas var för sig samt i följande tre grupper:

- Ohälsa: Sjukpenning inkl. rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning
- Arbetsmarknadsstöd: A-kassa, aktivitetsstöd inkl. utvecklingsersättning samt etableringsersättning inkl. etableringstillägg och bostadsersättning
- Ekonomiskt bistånd, Försörjningsstöd

[www.finsam.se/nationellaradet](http://www.finsam.se/nationellaradet)