



**Projekt; Fokus Integrerad Samverkan**  
**Delrapport**  
**Kommunområde Tranås**

**Resultat kommunområde Tranås**

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 stycken 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 Tranås beskriver att de ger förutsättningar för medarbetare att prioritera samverkan. Samtliga chefer beskriver nyttan och värdet av samverkan. Cheferna är dock medvetna om svårigheter för medarbetare att prioritera samverkan. Medarbetare upplever att chefer anser att de ska prioritera samverkansarbete men beskriver att det ibland är svårt att göra den prioriteringen. Chefer beskriver att det också för dem periodvis är svårt att prioritera samverkansfrågor som t.ex. att medverka i Lokala Samverkans Gruppen (LSG). Högt tryck på verksamheterna, akuta uppgifter, hög personalomsättning och omorganisation är faktorer som nämns som försvårande i prioriteringen av samverkan på såväl medarbetarnivå som på chefsnivå. Medarbetare och chefer inom kommunernas verksamheter beskriver det som något enklare att prioritera samverkan än chefer och medarbetare hos de övriga tre aktörerna. På chefsnivå lyfts också vikten av att politikerna har kännedom om hur samverkan fungerar mellan de fyra aktörerna för målgruppen. Man önskar resonera och utveckla detta vidare. Chefer hos samtliga fyra aktörer i kommunområde Tranås träffas ca fyra gånger per år i LSG. Det är ett gemensamt formellt mötesforum med syftet att bibehålla och utveckla samverkansprocesser. Forumet har en beslutsfattande funktion. Tidigare var FK sammankallande samt ansvariga för LSG. Sedan våren -15 är det chefer inom kommunens verksamheter som har övertagit denna funktion.

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

I Tranås kommunområde har man sedan -98 arbetat efter en överenskommelse gällande formell samverkan på individnivå mellan samtliga fyra parter. I samband med KUR satsningen -12 såg man över rutinerna och reviderade dessa. Då samverkansarbetet återigen granskades i samband KUR satsningen -14/15 framkom att det fanns en frustration hos samtliga fyra aktörer gällande samverkansprocessen. Man upplevde att processerna stannat upp, saknade flöde och tydlig struktur. Under våren -16 har man inom LSG skrivit en ny lokal överenskommelse gällande samverkansprocesser mellan de fyra aktörerna för forumet som

numer heter Samverk Tranås. Denna överenskommelse kommer inom det närmsta att undertecknas av de chefer som representerar de olika aktörerna i LSG. Det finns en planering för att på chefs- samt medarbetarnivå fortsätta att se över samverkansprocesserna. Man planerar också för att LSG ska få samverkansprocesserna mellan de fyra aktörerna förankrade även på politiks nivå. Man beskriver att det finns möjlighet att kalla eller kallas till Samordan Individuell Plan (SIP) vilket dock görs i låg utsträckning. Man beskriver oklarheter kring vem som kan kalla, när man ska kalla och hur mötesformen ska fungera. Inom SE-projektet finns ett formellt samverkansforum där samtliga fyra aktörer träffas i konkreta ärenden en gång/månad för målgruppen 18-29 år som har/riskerar få aktivitetsersättning.

### *Samverkansparter Kommunen*

**Försörjningsstöd** samverkar mest med AF. Man har kontinuerliga gemensamma träffar med AF gällande gemensamma ärenden. Försörjningsstöd samverkar en del med primärvården och något mindre med psykiatrimottagningen. Det finns behov av samverkan med vårdgivare i de komplexa ärendena. Försörjningsstöd beskriver att samverkan med vårdgivare många gånger sker via arbetsterapeuter på AME för de klienter som är inskrivna där för arbetsrehabiliterande insatser. Försörjningsstöd samverkar minst med FK. Det saknas strukturer för samverkan gällande sjukskrivna personer som uppbär försörjningsstöd och som ingen SGI har. Inom försörjningsstöd finns med under hela rehabiliteringsprocessen. Man upplever sig att ha yttersta ansvaret för individen och att man inte kan prioritera då det finns en försörjningsskyldighet. Inom försörjningsstöd beskriver man överlag behov av mer samverkan med samtliga aktörer i de komplexa ärendena.

**Arbetsmarknadsenheten (AME)** Arbetscentrum (AME) samverkar mest och enklast med AF. Man har kontinuerliga gemensamma uppföljningar och planeringar med handläggare på AF. Specifik handläggare på AF som har flera ärenden inskrivna på AME, har lagt en arbetsdag/månad på AME för att underlätta samarbete och samverkan. AME har också mycket samverkan med vårdgivare. Arbetsterapeuter på AME jobbar tillsammans med en av vårdcentralerna inom primärvårdens rehabiliteringsutredningar (PR-team). Arbetsterapeuterna har kontinuerliga rehabiliteringsmöten med rehabsamordnare på de båda vårdcentralerna där syftet är uppföljning/planering av insatser på individnivå. Rehabmötena mellan psykiatrimottagningen och AME är inplanerade men har i skrivande stund ännu inte kommit igång. AME samverkar också en del med FK och då framförallt i de fall där det handlar om ansökan om hel eller partiell sjuk- eller aktivitetsersättning.

**Socialpsykiatri** samverkar mest och enklast med psykiatri mottagningen. Man har kontinuerliga träffar för planering och uppföljning på individnivå. Man har också en del samverkan med FK. Det handlar då ffa om personer som är sjukskrivna via psykiatrimottagningen. Samverkan med FK sker också i samband med ansökan om hel eller partiell sjuk- aktivitetsersättning. Socialpsykiatri har minst samverkan med AF. Man beskriver dock att då det finns behov av samverkan så fungerar den bra.

**Vuxen Teamet** (öppenvård missbruk) samverkar mest med psykiatrimottagningen. Det finns bl.a. en lokal överenskommelse gällande samverkan mellan kommunen och Region Jönköpings län som underlättar den formella samverkan mellan parterna. Psykiatri mottagningen och Vuxen teamet finns i samma lokaler vilket också underlättar samverkan

mellan dessa parter. Vuxen teamet har också en del samverkan med primärvården vilken man också beskriver fungerar bra.

**LSS** samverkar mest med psykiatri mottagningen och med FK. LSS har minst samverkan med AF och primärvården

**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.

Flera personer från kommunens verksamheter finns med som kontaktpersoner i Samverk Tranås. Flera chefer från verksamheter inom kommunen är med i chefsnätverket LSG.

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

Primärvården samverkar mest med FK. Det finns tydlig struktur för den formella samverkan mellan vårdgivare och FK via avstämningsmöten. Primärvården samverkar också en del med AME. Det finns struktur för samverkan i form av kontinuerliga rehabiliteringsmöten på individnivå med arbetsterapeuter på AME. Primärvården samverkar minst med AF. Man har behov av mer, enklare och strukturerad samverkan med AF. Psykiatrimottagning samverkar mycket med kommunens olika verksamheter ffa med socialpsykiatriska enheten och Rås gård samt med Vuxen Teamet. Psykiatrimottagningen samverkar också en del med kommunens AME samt med verksamheter inom LSS. Psykiatrimottagningen har minst samverkan med AF. Det saknas formella strukturer för samverkan mellan psykiatrimottagningen och AF. Inom SE samverkar psykiatrimottagningen med kommunen, AF och FK bl.a. vid gemensamma träffar en/månad. Vårdgivare är med i rehabprocessen då det finns en vårdsökande patient eller då annan verksamhet/myndighet efterfrågar medicinska bedömningar/intyg/utlåtande.

Rehabsamordnare hos samtliga tre vårdgivare har funktionen kontaktperson i Samverk Tranås. Samtliga vårdgivare har också representant i chefsnätverket LSG.

#### *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 tex gemensam kartläggning (GK). Man har minst och svårast samverkan med kommunens verksamheter. Det finns inte samma formella och strukturerade samverkansforum kring personer som uppbär försörjningsstöd och som inte har någon SGI. Man samverkar en del med kommunens verksamheter som Rås gård (socialpsykiatrin) och Arbetscentrum (AME) men då ofta via vårdgivare eller AF. FK samverkar då det finns en sjukskrivning och samordningsansvar.

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

Handläggare inom aktivitetsersättningen har behov av tät samverkan med kommunens olika verksamheter (gymnasiesärskolan, AME, SE, socialpsykiatrin, boendestöd, biståndshandläggare och LSS). FK önskar tydligare strukturer och flöden för formell

samverkan med verksamheter och biståndshandläggare inom kommunen. Handläggarna samverkar också med vården, ffa med psykiatrimottagningen. Det saknas även här strukturer för formell samverkan. Handläggare inom aktivitetsersättningen har också en del samverkan med AF. Det finns strukturer för samverkan med det är svårt att jobba efter dem. Det är svårt att få till tider för samverkan. Man menar att det beror på bristande resurser som att det enbart finns en handläggare på AF för ungdomar med aktivitetsersättning för hela höglandet. Inom SE samverkar FK med kommunen, AF och psykiatrimottagningen bl.a. vid gemensamma träffar en/månad. Handläggare inom aktivitetsersättningen samverkar i samband med ansökan om eller pågående aktivitetsersättning

FK vill samverka mer men beskriver svårigheter med att prioritera samverkan. Handläggare beskriver en stor ökad mängd av ärenden, hög personalomsättning samt organisations förändringar vilket har försvårat möjligheten att samverka. FK samverkar då det finns en sjukskrivning och då den försäkrade efterfrågar samordningsansvar. FK har en kontaktperson i Samverk Tranås. Samverkanskoordinator är FK:s representant i chefsnätverket LSG

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

Handläggare på AF samverkar mest, enkelt och bra med kommunen ffa med AME och försörjningsstöd. Man har kontinuerliga möten och man har kännedom om kontaktpersoner hos kommunen, vilket förenklar den formella och informella samverkan. En specifik handläggare på AF finns en dag/månad i AME:s lokaler för uppföljning och planering i gemensamma ärenden. Inom SE samverkar AF med kommunen, FK och psykiatrimottagningen bl.a. vid gemensamma träffar en/månad. AF beskriver också ofta och enkelt samverkan med FK. Här finns strukturerad och formella samverkanforum genom GK. AF samverkar minst med vårdgivare. AF beskriver samverkan med vården (primärvård och psykiatri) som svår och att man saknar strukturer för formell samverkan. AF beskriver att behovet av att samverkan med vårdgivare ökar i de komplexa ärendena med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. AF beskriver att behov av samverkan med samtliga parter har ökat då det förmålgruppen ofta finns behov av att klargöra individens förutsättningar för arbete. AF är med i rehab processen då personen har arbetsförmåga eller då arbetsförmågan ska klargöras. AF har en kontaktperson i Samverk Tranås samt en representant i chefsnätverket LSG.

#### ***Kontaktvägar***

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

Samtliga övriga tre aktörer upplever kontaktvägar in till kommunen som svår. Det finns många verksamheter inom kommunen att samverka med (försörjningsstöd, arbetsmarknadsenhet, socialpsykiatri, LSS, boendestöd, Vuxen Team 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 övriga tre aktörer upplever att rehabsamordnaren är en enkel och bra formell kontaktväg in till vårdgivare. Allra enklast är det för FK. Arbetsterapeuter på AME har också

en formell kontaktväg in till rehabsamordnare som förenklar och effektiviserar. Aktörerna beskriver att det kan vara svårt att få kontakt med rehabsamordnaren. Man önskar att rehabsamordnaren hade mer tid just 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 ffa i ärenden inom GK. Medarbetare hos kommunen i upplever att kontakten in till FK är svår ffa då det handlar om person som uppbär försörjningsstöd och är utan anställning och som saknar SGI.

#### **In till AF**

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

Man anser att Samverk Tranås förenklar och effektiviserar kontaktvägar mellan de fyra parterna genom att man har namn och ansikte på samverkanparterna. Formellt samverkansforum som Samverk Tranås menar man ger bättre förutsättningar för att kontaktvägar ska bygga på funktion istället för person.

- **Gemensamma forum och rutiner för beslut**

Följande formella samverkans forum d.v.s. kontinuerliga möten med gemensam dokumentation, handlingsplan och uppföljning finns och används i olika grad i kommunområde Tranås.

#### ***Samverk Tranås***

Samverk Tranås har en skriftlig lokal överenskommelse gällande samverkan mellan de fyra parterna där det finns beskrivning av målgrupp, syfte, mål och rutiner. Man har stående tider som bokas senast fyra veckor innan mötet. Till Samverk Tranås finns utsedda kontaktpersoner från respektive verksamhet. Det finns också ett chefsnätverk (LSG) kopplad till Samverk Tranås.

#### ***Lokal Samverkans Grupp (LSG)***

LSG är ett samverkansforum för samtliga fyra aktörer på chefsnivå. LSG är ett beslutsfattande forum och syftet med gruppen är framför allt att arbeta med att bibehålla samt utveckla samverkansprocesser mellan de fyra aktörerna. Det är chefer från de kommunala verksamheterna som är sammankallande och håller 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 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.

#### ***Gemensam Kartläggning (GK) och Avstämningsmöten***

Formell, strukturerad samverkan mellan FK, vården och AF. Det är FK som kallar till mötet, håller i mötena samt också ansvarar för dokumentationen.

#### ***SE-projekt***

Samverkan mellan FK, AF, kommunen (SE-coach) och vården (psykiatri) för ungdomar upp till 29 år som har/riskerar att få aktivitetsersättning. Kontinuerliga formella samverkan möte 1 g/mån på individnivå.

#### ***Rehabmöte***

Kontinuerliga möten mellan rehabsamordnare och arbetsterapeuter på AME. Uppföljning och planering i gemensamma ärenden som har insatser hos vårdgivare och arbetsrehabiliterande insats på AME.

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

Nationell satsning i syfte att få ner arbetslösheten bland unga (16-24 år). Samverkan på lokal nivå mellan kommunen/AF

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

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

#### ***Avtal mellan AF/AME***

Avtal mellan AF och AME gällande arbetssökande inom jobb- och utvecklingsgarantin med behov av förstärkt arbetsträning alternativt förstärkt arbetsträning med fördjupad bedömning. Handläggare från AF kommer till AME ca en gång/mån för uppföljning samt revidering av gemensam handlingsplan

#### ***AF/försörjningsstöd/SFI/AME***

Återkommande formella möten mellan försörjningsstöd och AF för uppföljning av gemensamma ärenden

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

Kontinuerlig samverkan mellan kommunens öppenvård missbruk/psykiatri mottagningen

#### ***Kommunal Team Samverkan***

Verksamheter inom kommunen kan kalla till formellt internt samverkansmöte. Bestämda mötesdagar med beskrivna rutiner. Bokas tre veckor i förväg. Gemensamma dokument.

#### ***Skolsamverkan Skolan/AME/AF/FK (avslutningskonferens)***

Samverkan gällande elever på gymnasiet 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.

#### ***Skola/AME***

Samverkan för elever på gymnasieskolan med svårigheter att klara studierna och där det finns frågeställningar gällande förutsättningar för arbete efter gymnasiestudierna

#### ***Rehabsamordnar nätverk***

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

Förutom de beskrivna formella samverkansforumen används också mer informella samverkansformer som trepartsamtal och nätverksträffar. Det är inte samma krav på kontinuitet i möten eller gemensam dokumentation eller handlingsplan. Trepartsmöte och nätverksträffar används vid behov mellan samtliga aktörer både internt och externt

- **Stabila organisationer**

Man beskriver att det varit och till viss del fortsatt är hög personalomsättning och organisationsförändringar hos samtliga fyra aktörer. Personalomsättning och organisationsförändringar försvårar hållbar samverkan. Det är en hel del ny personal hos samtliga aktörer som inte har kännedom om de samverkansstrukturer finns. Viss informell och formell samverkan bygger på person istället funktion, vilket kan påverka kontakter och samverkan negativt. Man beskriver att Samverk Tranås samt chefsnätverket LSG fyller en viktig funktion i syftet att ge förutsättningar för att kunna bibehålla befintliga fungerande samverkansstrukturer samt för att för kunna utveckla och effektivisera samverkansarbetet mellan aktörerna.

- **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 Tranås har ett formellt samverkansforum som Samverk Tranås, där man kontinuerligt träffas och gör gemensamma handlingsplaner tillsammans med individer, menar man leder till ökad kännedom om varandras kompetens, verksamhet och möjliga insatser för målgruppen. Det finns i kommunområde Tranås en viss okunskap om möjliga insatser och åtgärder hos de fyra aktörerna för målgruppen som har behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och man beskriver att det kan finnas ett behov av att kartlägga möjliga insatserhos respektive verksamhet/myndighet för målgruppen samt att göra dessa kända hos samtliga fyra aktörer. 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 parter samordnas. Det finns också behov av att utifrån den gemensamma kunskapen och kompetensen enas om gemensamma frågeställningar och mål för målgruppen. Man beskriver en risk av att viktig information och kunskap om målgruppen samt även på individnivå inte tas tillvara i samverkansprocessen, vilket leder till ineffektiva samverkansprocesser och en fördröjning av rätt insats i rätt tid av rätt aktör för individen. Individen ”tappas bort” i processen och går runt i de olika systeman under lång tid. Man tar också upp det faktum att de olika parterna har sina specifika regelverk, prioriteringar, styrkort och liknande som måste tas hänsyn till vid planering av möjliga insatser. Oklarheter och okunskap kring möjliga insatser leder till felaktiga förväntningar på varandras verksamheter. Det kan också innebära att klient/patient får fel information om möjliga insatser hos annan aktör. Man beskriver en risk med att patienten/klienten då kan få falska förhoppningar om vad som är möjligt hos annan aktör, vilket inte gynnar rehabiliteringsprocessen. Det finns också okunskap gällande aktörernas olika definitioner,



begrepp och terminologi tillhörande beskrivningar av t.ex. arbetsförmåga/oförmåga, funktionsnedsättningar 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**

I den lokala överenskommelsen om samarbete runt personer med behov av insatser från olika aktörer i Samverk Tranås har man gjort följande gemensamma definition av målgruppen: ”Personer i arbetsför ålder 16-65 år med behov av samordnade insatser från minst två av parterna.” Anledningarna och syfte till behovet av samordnade insatser för en individ kan vara att minska risken för rundgång mellan berörda organisationer, ge möjligheter att hitta bättre former för arbetslivsinriktad arbetsrehabilitering eller att minska risken för större ohälsa. Genom samverkan mellan aktörerna i Samverk Tranås ska samhällets resurser användas mer effektivt. Överenskommelse ska ge förutsättningar för ett verktyg där ordinarie eller befintliga samverkansmetoder och nätverk saknas eller är oklara. Även inom SE har aktörerna definierat målgrupp, syfte och mål gällande samverkan för projektet.

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

***Målgrupp Kommunen***

- Mycket långvarigt försörjningsstöd (mer än 27 månader under en tre årsperiod enligt Öppna jämförelser definition)
- Komplex problematik och ofta behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från samtliga fyra aktörer
- Ofta insatser från flera av kommunens verksamheter som tex försörjningsstöd, AME, socialpsykiatri, Vuxen team, boendestöd, SE och LSS
- Svårt att få till rätt insats, i rätt tid och av rätt aktör både intern i kommunen men också externt
- Svårt att klara de krav som ställs vid försörjningsstöd som tex att vara inskriven på AF
- Oklarheter angående förutsättningar att klara arbete vilket innebär att det finns tveksamheter till att individen ska vara inskriven på AF
- Oklarheter vid sjukskrivning av försörjningsstödstagare utan sjukpenning grundande inkomst (SGI)
- Misstanke om att individen är i fel ersättningssystem (försörjningsstöd under mycket lång tid istället för sjuk- eller aktivitetsersättning helt/partiellt)

***Målgrupp 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 som försörjningsstöd, AME, socialpsykiatri, SE, LSS, boende stöd, Vuxen team
- Svårt med ställningstagande gällande sjukskrivning ”Vad sjukskriver vården patienten från?” ”Vilka pågående insatser finns för patienten t.ex. inom AF eller hos kommunen?”
- Svårt utfärda LUH och göra bedömning utifrån DFA kedjan vid ställningstagande om varaktig nedsatt arbetsförmåga (hel/partiell sjuk- aktivitetsersättning)

#### ***Målgrupp Försäkringskassan***

- Försäkrade som är/riskerar att bli utan anställning
- Komplex problematik, psykisk ohälsa samt social problematik
- Den försäkrade har ofta kontakt med vården och AF
- Har kontakt med kommunala verksamheter (målgrupp med aktivitetsersättning)
- Upplever att ärenden med komplex problematik som är utan anställning och utan SGI och som uppbär försörjningsstöd ökar
- Finns aktiva insatser/planeringar för målgruppen från AF, kommunen och vården. Vad innebär/bör ingå i FK:s samordningsansvar för målgruppen?

#### ***Målgrupp 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 socialtjänstens försörjningsstöd och AME
- Resurskrävande målgrupp
- Ungdomar med komplex problematik och med svårigheter att klara arbete

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

***Kommunen***

Inom socialtjänstens olika verksamheter tillhör ca 80-100% målgruppen med komplex problematik och som har behov av samordnade rehabiliteringsinstanser 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 att målgruppen är resurskrävande och tar ca 80 % av resurserna ” man kan kalla dem 20/80 patienter”.

#### *Försäkringskassan*

Handläggare inom sjukskrivningen beskriver att ca 50-80 % tillhör målgruppen. Handläggare inom aktivitetsersättning 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 Tranås kommunområde utgår från ett individfokus. Den som medverkar vid mötet ska ansvara för att vara väl förberedd och uppdaterad i ärendet, man ska kunna beskriva tidigare insatser samt också formulera möjliga framtida insatser. Inför och under mötet ska man fråga sig ”Vad har jag för viktig information i ärendet som jag ska informera om på mötet?” ”Vad kan vår verksamhet tillföra för att komma vidare i ärendet?” samt ”Vad kan vår verksamhet bidra med för specifik kompetens och insats utifrån individens behov?” Man önskar att samverkansmötena ska utgå från vad respektive verksamhet/myndighet kan erbjuda istället för att man ska försöka undvika att bli involverad i ett ärende. Man beskriver att samverkansforumet ska ha ett starkt individfokus och de professionella ska gå in i samverkan med en lösningsinriktad inställning. Man beskriver också 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 intervjuinstrumentet Instrument X. Syfte är bl.a. att så snabbt som möjligt kunna erbjuda personer som ansöker om försörjningsstöd rätt insats i rätt tid av rätt aktör och till rätt kostnad. Detta för att för att kunna effektivisera och snabba på processen mot självförsörjning för individen. Flera av de fyra aktörerna beskriver svårigheter att ge rätt insats i rätt tid till personer som är utan arbete, som uppbär försörjningsstöd och är utan SIG SGI och som uppger ohälsa eller funktionsnedsättning som orsak till att inte kunna arbeta. Flera av parterna anser att det är svårt att få en fungerande individfokuserad samverkansprocess för just målgruppen och att det är svårt erbjuda individanpassade insatser som leder till varaktig lösning vad det gäller självförsörjning. Man anser att det är viktigt att klargöra förutsättningar för arbete hos målgruppen och klargöra om en eventuell nedsättning av arbetsförmåga beror på ohälsa och/eller funktionsnedsättning. Man beskriver en risk i att man i den här typen av ärende hamnar i diskussioner om vems ansvar det borde vara utifrån

regelverk och styrdokument istället för att ha lösnings- och individfokuserat förhållningssätt. Det i sin tur menar man leder till att patient/klient ”går runt” i systemen under väldigt lång tid.

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

Kommunen har ett bra internt arbete där de olika kommunala verksamheterna för målgruppen har god kännedom om varandras möjliga insatser. Försörjningsstöd och AME har ett nära och bra samarbete. Tranås kommun har sedan -11 ett forum som heter Kommunal Teamsamverkan. Syftet är att tydliggöra och samordna de kommunala insatserna som en individ med en komplex problematik kan ha.

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. Gemensam kartläggning samt med utveckling av metoder gällande samverkan kring specifika gemensamma målgrupper inom AF och FK

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

Chefsnätverket LSG tillhörande Samverk Tranås träffas ca fyra gånger per år. Chefsgruppen ska bl.a. jobba med att utveckla och bibehålla varaktiga samverkansstrukturer. Tidigare fanns en arbetsgrupp bestående av kontaktpersoner för KUR Samverk (numera Samverk Tranås) där medarbetare arbetade med utveckling av samverkansprocesser. Medarbetare hos samtliga aktörer på höglandet hade tidigare återkommande gemensamma utbildningsdagar och mötestillfällen för gemensam utveckling av samverkan. KUR satsningen från FK upphörde 2015. Den arbetsgrupp som bildades i samband med KUR satsningen finns till viss del kvar. Kommunområde Tranås har representanter i KUR arbetsgruppen.

### **Faktorer som främjar samverkan i kommunområde Tranås**

- 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 aktörerna
- Samverkan mellan socialpsykiatriskaenheten (kommunen) och psykiatrimottagningen (Regionen)
- Samverkan mellan Vuxen team (kommunen) och psykiatrimottagningen (Regionen)
- Överenskommelse via avtal mellan AF och AME gällande samverkan för målgruppen
- Samverkan mellan AME och primärvårdens rehabsamordnare. Denna samverkansform är planerad även med rehabsamordnare på psykiatrimottagningen
- Intern samverkan mellan försörjningsstöd och AME

- Kommunal teamsamverkan; ett internt formellt, strukturerat samverkansforum inom kommunens olika verksamheter
- Rehabsamordnare som förenklar vägen in till vårdgivare, representant i samverkansmöten, koordinerar vårdgivarens insatser
- Koordinator, samverkansansvarig som förenklar vägen in till FK
- Standardiserade utredningsinstrument inom försörjningsstöd och på AME
- Möjlighet till arbetsförberedande insatser (arbetsträning, utredning/bedömning) på Arbetscentrum och på Rås gård (arbetskonsulenter, arbetsterapeuter, handledare, SE-coacher)
- Kompassen samt Kommunala Aktivitetsansvaret (KAA): Samverkan socialtjänst/Skola
- Samverkan Skolan/AME för ungdomar under tiden samt inför avslut från gymnasiet och särskolegymnasiet

- **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 i kommunområde Tranås**

- Fortsätta att utveckla och förtydliga rutiner och strukturer för Samverk Tranås.
- Fortsätta utveckla lokalt samverkansforum på chefsnivå mellan samtliga fyra parter d.v.s. Lokal samverkans Grupp (LSG) där strukturella samverkansfrågor initieras, drivs utvecklas och beslutas
- Klargöra och tydliggöra användandet av SIP- när, hur och vem?
- Förenkla/effektivisera kontaktvägar mellan aktörerna
- Öka kunskapen om varandras verksamheter, verktygslådor, kompetens, regelverk och ansvarsområden
- Definiera och beskriva målgrupp som de fyra aktörerna enas att samverka kring
- Kartlägga möjliga/rimliga insatser för målgruppen hos de fyra aktörerna
- Fortsätta utveckla samverkanarbetet mellan kommun (skola och AME), AF, FK och vårdgivare för elever på gymnasiet samt särskolegymnasiet
- Ökad samverkan mellan AME och AF under samt vid avslut av de 1-års visa anställningsformer i

- Förtydliga samverkans strukturer vid avslut/överlämning av ärende för att kunna ta vid där annan verksamhet avslutar, delge relevant information och dra nytta av det som gjorts tidigare
- Utveckla strukturer för samverkan mellan kommunen, vården, AF och FK vid sjukskrivning av person med försörjningsstöd/aktivitetsstöd utan SGI. Vad sjukskrivs klient/patient från? Vilken planering finns från AF/kommun?
- Ökad och förtydligad samverkan mellan samtliga fyra aktörer vid ansökan av sjuk- aktivitetsersättning
- Ökad samverkan under samt i samband med avslut av aktivitetsersättning. Vad händer för individen gällande arbete/sysselsättning/självförsörjning?
- Samverka med arbetsgivare (näringslivet). Hur ska det bli attraktivt att anställa målgruppen? ”Social certifiering?”

## Öppna Jämförelser 2015

Kommun storlek (1-5)	Socioek. sorteringsnyckel (1= låg risk 8 = hög risk)	Långvarigt ekonomiskt bistånd	Mycket långvarigt ekonomiskt bistånd	Biståndsmottagare 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	Försörjningshinder 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
Eksjö	2	4	22,9	17,0	4,8	8,2	1,3	10,1	960	9,8	3,5	37,7
<b>Tranås</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>31,6</b>	<b>18,8</b>	<b>7,2</b>	<b>12,2</b>	<b>2,8</b>	<b>14,8</b>	<b>1532</b>	<b>12,6</b>	<b>4,0</b>	<b>47,2</b>
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
Jukpg 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

## Försörjningsmätt 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

Försörjningsmättet 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)