De nollklassade och samverkan.

Sammanfattning av Samordningsförbundet arbete med gruppen nollklassade, genom projekt HälsoSam och Fira, samt diskussion kring fortsatt behov av samverkan.

Samordningsförbundet
Östra Östergötland

Av: Sandra Lundqvist Medén, Processledare

Innehåll

Sammanfattning 3
Inledning 4
Rehabilitering i Sverige 5
Arbetslivsinriktad rehabilitering 5
Vad är social rehabilitering? 6
Rehabiliteringsmetoder, vad fungerar? 7
Varför kommer en person med hälsoproblem till ekonomiskt bistånd? 8
Hur stor är gruppen nollklassade? 10
Sjukskrivningar - vad är det man sjukskriver ifrån när man inte har något arbete? 11
Pilotprojekt inom Samordningsförbundet Delta 11
Genomförande 12
Samordnad rehabilitering 12
Annan planering 12
Stöd i genomförande 13
De personer som varit föremål för en gemensam genomgång 13
De personer som inte varit föremål för en gemensam genomgång 13
Implementeringsplan och samverkan med andra myndigheter 13
Glapp, svårigheter och annat som framkommit 14
Framgångsfaktorer 14
Slutsatser från pilotprojektet 15
Processkartan - klientens väg från nybesök till bedömning och insats 15
Individens delaktighet 16
Att arbeta för förbättrad samverkan 16
Slutsatser 17
Referenser 17

Sammanfattning

Gruppen nollklassade har varit föremål för diskussion inom Samordningsförbunden många år. Ansvaret för rehabilitering av denna grupp människor är fördelat på alla fyra huvudmännen och samordningsansvaret ligger på en myndighet som inte har ansvar för gruppens försörjning. Fördelningen av rehabiliteringsansvaret på flera myndigheter och otydlighet i hur detta ska hanteras gör att kommunerna de senaste åren uppmärksammat att gruppen sjuka ökar på enheterna för ekonomiskt bistånd, att de tenderar att bli kvar där och att enheterna saknar adekvata insatser för att arbeta med detta. En utökad samverkan behövs för att inte denna grupp människor ska bli större och tvingas leva på en ersättning, som är utformad för att försäkra en skälig levnadsnivå en kort tid, i många år.

Under åren 2010-2012 bedrev Samordningsförbundet ett metodprojekt vid namn HälsoSam. HälsoSam kom till då kommunernas enheter för ekonomiskt bistånd uppmärksammat att andelen personer som söker försörjningsstöd pga. ohälsoproblematik ökade och de tenderade att fastna i bidragsberoende. Under projekttiden genomfördes kartläggningar i de tre kommunerna Norrköping, Söderköping och Valdemarsvik och totalt identifierades 474 unika individer som alla uppbär ekonomiskt bistånd från kommunerna och som inte bedöms kunna arbeta pga. sjukdom. I Norrköpings kommun blev kartläggningen av olika skäl inte heltäckande och tidigare kartläggningar där hade visat på över 600 individer bara i Norrköping, det finns därför anledning att tro att den egentliga siffran ligger kring 700 unika individer i de tre kommunerna sammantaget.

Inom projektet uppmärksammades rehabiliteringsansvaret för denna grupp människor. Ansvaret för samordning av rehabilitering som åligger Försäkringskassan verkar av olika skäl inte fungera. Kartläggningen i Norrköping visar att 6 % av målgruppen har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI), 56 % har det ej och i 38 % av fallen är det oklart då personen kanske inte ens sökt sjukpenning eller handläggaren inte vet om detta tidigare skett. Bara 22 % har aktuella sjukintyg.

Inom projektet uppdagades också att kommunen i dessa fall står utan adekvata insatser, biståndet är tänkt att vara kortvarigt och personer med sjukdom är inte tänkta att hamna där. Personalen är inte medicinskt kunnig eller utbildad i att kunna tolka ett läkarintyg och de besitter inte heller, av naturliga skäl, den fördjupade kunskap om samordnad rehabilitering och samverkan med vården som försäkringskassan gör. De har heller inte tillgång till de redskap man förfogar över på försäkringskassan och de har inte den väg vidare till arbetsförmedlingen som så många gånger behövs för att denna grupp ska kunna närma sig arbetsmarknaden.

I den här rapporten beskrivs ett pilotprojekt mellan ekonomiskt bistånd och försäkringskassan med stöd av Samordningsförbundet Delta i Göteborg. Där har man utvecklat en samverkan kring målgruppen som man ämnar fortsätta med.

Den här rapporten är tänkt att sammanfatta de kunskaper som vi tillskansat oss inom samordningsförbundet och att utgöra ett underlag för en fortsatt diskussion kring samverkan runt målgruppen.

Inledning

Statistiken för ohälsotalen i Sverige visar att ohälsan minskat år för år sedan 2003 om än en svag ökning inträffat de sista åren. Ohälsotalen bygger dock på hur många ersättningsdagar som utbetalats via försäkringskassan varför statistiken blir missvisande då detta utelämnar sjuka individer som av olika anledningar inte är berättigade till ersättning från försäkringskassan. Någon samlad officiell statistik för hur ohälsotalen egentligen ser ut finns inte och frågan uppstår om både kostnadsansvar och rehabiliteringsansvar för många sjuka har flyttats från försäkringskassan till kommunerna.[1]

Projekt HälsoSam som bedrevs inom Samordningsförbundet under åren 2010-2012 har utgjorts av tre och en halv socialsekreterare varav två från Norrköping, en från Söderköping och en halvtid från Valdemarsvik. Inom projektet har projektarbetarna bemannat resursteam inom primärvård och psykiatri samt olika typer av inskrivningsgrupper och team för samordning av rehabilitering. För en fullständig redogörelse för projektet hänvisas till HälsoSams slutrapport *Att äta en elefant* från december 2012. Slutrapporten finns att tillgå på Samordningsförbundets hemsida www.samordning.org.

[1] Holm Carolin & Lingärde Svante, *Vägen tillbaka – om socialtjänsten, Försäkringskassan och de långtidssjukskrivna*, FoU-rapport 2007:3

Rehabilitering i Sverige

Den första tiden i projekt HälsoSam samlades information kring hur det ser ut för dessa sjuka personer idag. Projektarbetarna studerade grundförutsättningarna för arbetet hos kommunen samt hos övriga aktörer; försäkringskassa, arbetsförmedling och hälso- och sjukvård.
Vid en första anblick ser rehabiliteringsansvaret tydligt ut, en fördjupning väcker dock frågor och det som först såg relativt lättbegripligt ut blir svårt att hantera i praktiken. Uppdelningen av rehabiliteringsansvaret i Sverige ser ut som följer:

Rehabiliteringsansvar[2]

Försäkringskassan har ett ansvar för att samordna rehabiliteringen

Gemensamt mål, regeringens prop. 1996/97:63

”Det gemensamma målet för de samverkande myndigheterna är att personer i t.ex. utsatta grupper som saknar fast förankring på arbetsmarknaden, i så stor utsträckning som möjligt, skall befinna sig i aktiva åtgärder i syfte att få arbete. Målet för verksamheten kan också vara att inom en överblickbar framtid uppnå resultat i form av t.ex. kortare sjukskrivningstider, minskade kostnader för sjukpenning och förtidspension/sjukbidrag samt färre socialbidragstagare.”

Arbetslivsinriktad rehabilitering

En stor del av en individs rehabilitering från ohälsa är den som riktar sig direkt mot arbete, det vill säga arbetslivsinriktad rehabilitering. I den svenska rehabiliteringskedjan är det arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen som har ansvaret för detta. Det är dock svårt, nästintill omöjligt, att dra en tydlig gräns mellan arbetslivsinriktad rehabilitering och det som kallas social rehabilitering, ibland kan det även vara svårt att dra en gräns mot vad som ingår i den medicinska rehabiliteringen. De fall som kommer till kommunernas kännedom, genom att en person uppbär ekonomiskt bistånd, är de fall där personen saknar anställning och där det är arbetsförmedlingen som bär ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Arbetsförmedlingen har sedan några år tillbaka utvecklat sitt arbete för personer med ohälsa i och med reformer i sjukförsäkringen. De erfarenheter vi har av detta är att arbetet fungerar bra

[2] Günzel Mats *Rehabiliteringskedjan- tillbaka till arbetslivet*, Kommunlitteratur 2009.

för de individer som kommer från försäkringskassan, där försäkringskassan tar ett samordnande ansvar och samarbetar med arbetsförmedlingen. Har man dock ingen ersättning från försäkringskassan, på grund av att man inte har någon sjukpenninggrundande inkomst och inte heller uppfyller kriterier för att få sjukersättning, så har man också haft svårt att få ta del av arbetsförmedlingens stödinsatser. Det vanligast förekommande scenariot har varit att personer med ohälsa som själva söker sig till arbetsförmedlingen (ej kommer via försäkringskassan) antingen blir hänvisade att återkomma när de står till arbetsmarknadens förfogande alternativt blir inskrivna med begränsad service och inte får ta del av något stöd. Detta har kommunerna i många fall försökt kompensera genom att bygga upp egna arbetslivsinriktade insatser vilket blir bristfälligt då individen inte får tillgång till arbetsförmedlingens mycket innehållsrika ”verktygslåda”.

När en persons sjukpenningdagar eller sjuk/aktivitetsersättning tar slut överförs individen till arbetsförmedlingens program arbetslivsintroduktion (ALI). Inom ALI gör arbetsförmedlingen en kartläggning och beslutar därefter om vilka insatser inom arbetsförmedlingen som individen behöver eller så fastslås att individen är för sjuk för att påbörja arbetslivsinriktad rehabilitering. Individer som inte har någon SGI kan dock aldrig komma ifråga för ALI vilket uppmärksammats av samordningsförbundet styrelse och sedan början av 2012 driver samordningsförbundet projektet FIRA[3] - Fler i rehabilitering mot arbete, en arbetslivsintroduktion på arbetsförmedlingen för de som uppbär ekonomiskt bistånd.

Enligt projektarbetarna i FIRA är målgruppen något mera komplex än den grupp man normalt hanterar inom arbetslivsintroduktionen, dessa personer har samma sjukdomsproblematik men också ofta en socialt problematisk situation och en besvärligare ekonomisk situation. Dock ser projektarbetarna att deltagarna gör stora framsteg och de har goda förhoppningar om att flera av deltagarna kommer att komma ut i arbete efter rätt rehabilitering. Projektet är unikt och arbetsförmedlingen har ingen kunskap om något liknande projekt någon annanstans i landet.

Inom Fira arbetar man med personer som har ohälsoproblematik men där den medicinska situationen är stabil, personer som behöver omfattande vård, t.ex. olika slags operationer eller problematik som behöver utredas ytterligare har inte tagits in till Fira. De har då hänvisats tillbaka till vården och ekonomiskt bistånd.

Vad är social rehabilitering?

Kommunen arbetar utifrån en helhetssyn över individers situation och har ansvaret för den sociala rehabiliteringen. Ofta ligger detta ansvar under socialtjänsten och det man främst syftar på är missbruksvård. Även om det finns personer med ohälsa som samtidigt har missbruksproblem så finns det också många utan beroendeproblematik. Kommunen känner ett ansvar för dessa personer i och med att de uppbär ekonomiskt bistånd, det ligger även självklart i kommunens intresse att minska biståndet varför man är intresserad av insatser som för ut människor på arbetsmarknaden. Frågan blir därmed vad social rehabilitering innebär för en person med ohälsa? Hur avgränsas den sociala rehabiliteringen från den medicinska samt den arbetslivsinriktade?

Projektarbetarnas diskussioner kring social rehabilitering ledde fram till en syn på detta som innebär att kommunens uppgift är att hjälpa, stötta och motivera personer efter deras

[3] Se mer information om FIRA på www.samordning.org

förutsättningar så att de kan skapa en fungerande vardagsstruktur med rutiner som gör det möjligt för dem att ta del av samhället samt andra myndigheters insatser och stöd. För målgruppen med ohälsa kan det handla om att bli en brygga som möjliggör övergång till arbetsförmedlingen efter lång tids sjukskrivning, det kan vara stöd i att samordna vård- och myndighetskontakter. En grundbult i det sociala arbetet är att det ska anpassas efter varje individs särskilda förutsättningar.

Rehabiliteringsmetoder, vad fungerar?

När det kommer till forskning kring rehabilitering finns det inte mycket att gå efter. Den forskning som gjorts gäller mest personer som har en arbetsgivare och som fångas upp i ett tidigt skede av sjukdomen, det handlar också oftare om symtomlindring än om återgång till arbete. Vissa slutsatser kan man dock dra av det tillgängliga materialet.

Multimodal behandling, det vill säga behandling som riktar in sig både på psykiskt och fysiskt mående har visat sig ha positiva effekter på återgång till arbete. Man vet att behandlingar fungerar bättre ju tidigare de sätts in, att rehabiliteringen bör påbörjas efter 14 men inom 60 dagars sjukdom och att det är viktigt att bemötandet och anpassningen på arbetsplatsen är bra. Vidare har man kunnat se att grön terapi har positiv inverkan på stress och att Mindfulness fungerar som metod när man lär sig att leva med svårigheter, till exempel smärta.[4]

Vidare beskrivs de viktigaste faktorerna för rehabilitering och arbetsåtergång vara; tilltro till egen förmåga, socialt stöd samt inställningen till arbete.[5] Det handlar alltså till stor del om attityder och tankesätt. Det sociala stödet är mer konkret och något som särskilt bör uppmärksammas vid till exempel arbetsträning eller praktik. Det är också intressant att fundera över på vilket sätt och hur mycket vi inom myndigheterna påverkar individers attityd och framtidstro och vilka möjligheter vi har att göra detta till något positivt.

Mats Günzel som skriver om rehabilitering[6] använder en modell med fyra hörnstenar vilka han anser behöver fungera för att rehabiliteringen ska lyckas.

Aktivitet	**Regelbundenhet**
Fysisk Social Intellektuell	Sömn Mat Aktivitet
Identitet	**Inflytande**
Att vilja tillhöra arbetslivet	Makt över den egna situationen

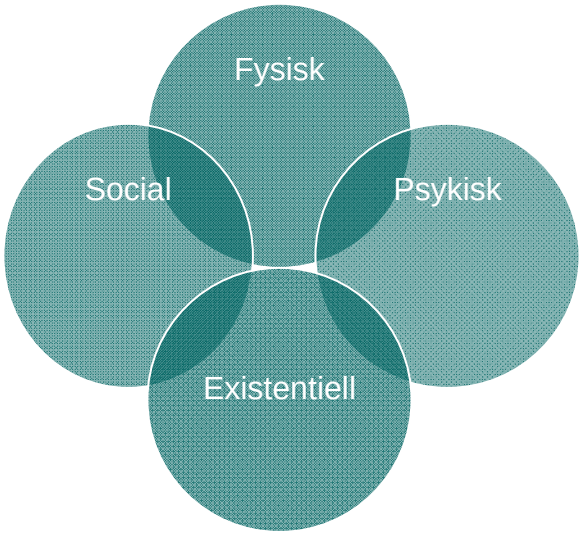
Figur 2. Rehabiliteringens hörnstenar, efter M. Günzel, *Rehabkedjan*

[4] Rehabiliteringsrådets slutbetänkande SOU 2011:15

[5] Ibid

[6] Günzel, *Rehabkedjan*

Rehabiliteringsrådet lyfter också upp att rehabilitering ofta har flera dimensioner, särskilt om sjukdomen man drabbats av varit livshotande varpå de existentiella frågorna dyker upp och behöver bearbetas. I likhet med Günzel lyfter de också den sociala delen som handlar om att kunna ha ett fungerade familje- och umgängesliv. Många sjukdomar har gjort att man inte haft möjlighet att delta i det sociala livet på samma villkor som tidigare.



Figur 3. Rehabiliterings dimensioner, ur Rehabiliteringsrådets slutbetänkande

Med dessa modeller syns det komplexa men också mycket viktiga i rehabiliteringsarbetet, att samverkan blir viktigt för att kunna erbjuda individerna stöd i samtliga delar av rehabiliteringsprocessen.

Varför kommer en person med hälsoproblem till ekonomiskt bistånd?

En person med ohälsa kan komma att behöva ekonomiskt bistånd av olika skäl. Nedan ser ni grupperat de olika situationerna en person med ohälsa kan befinna sig i.

- Har ingen eller låg sjukpenning.
- Väntar beslut från försäkringskassan på sökt ersättning (sjukpenning/sjuk- eller aktivitetsersättning).
- Anses ha arbetsförmåga men ingår inte i något program på arbetsförmedlingen.
- Ingår i program på arbetsförmedlingen men har lågt aktivitetsstöd (hit hör de nyligen utförsäkrade).

Om en person söker ekonomiskt bistånd och inte har giltigt sjukintyg eller planering med vården uppmanas denne att omgående skriva in sig på arbetsförmedlingen varför en person som inte hör hemma i någon av de ovanstående grupperna snarast måste se till att göra det för att vara berättigad till bistånd.

1. Ingen eller låg sjukpenning, ingen rätt till sjuk-/aktivitetsersättning
Personen är sjukskriven och har aktuellt läkarintyg, personen har anmält sjukdomen till försäkringskassan. Personen har antingen fått beslut om att den sjukpenninggrundande

inkomsten (SGI) är noll eller så har sjukskrivningen godkänts men ersättningen är för låg för att personen ska vara självförsörjande. Det kan även vara så att personen har SGI 0 och har sökt sjukersättning men att sjukdomen inte anses livslång och avslag därför har getts.
Insats: Finns ett aktuellt sjukintyg görs som regel inget ytterligare då personen anses för sjuk för att delta i aktiviteter. Det ställs krav på att man följer läkarens ordination och tar den hjälp man erbjuds för att bli bättre. Har personen varit aktuell en längre tid kan denne lyftas i resursteamet för att handläggaren ska få en bättre bild av vad sjukdomen består i och om några övriga insatser kan påskynda tillfrisknandet.

2. Väntar beslut från försäkringskassan
Personen är sjuk och har sökt sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning. Handläggningstiden på försäkringskassan brukar vara från två månader och uppåt. Under väntetiden beviljas försörjningsstöd och några ytterligare krav på personen ställs inte. Framställan görs till försäkringskassan då det är möjligt att den sökande får ersättning från försäkringskassan för samma period som för försörjningsstödet vilket i sådana fall återsöks från försäkringskassan.
Insats: Inga insatser, ärendet följs på försäkringskassan. Någon djupare kontroll och efterforskning kring personens ohälsa görs inte. Om beslutet ger bifall blir personen troligtvis självförsörjande, i vissa fall fortsatt beroende av utfyllnad. Om det blir avslag fortsätter arbetet därifrån. Om personen anses arbetsför av försäkringskassan krävs inskrivning på arbetsförmedlingen. Personen övergår i någon av de andra grupperna.

3. Inskriven arbetsförmedlingen men ingår inte i något program
Personen anses arbetsför trots vissa hälsoproblem, antingen efter beslut från försäkringskassan eller utan att ärendet gått via försäkringskassan. Personen är inskriven på arbetsförmedlingen men ingår inte i något program och får då ingen ekonomisk ersättning (om inte rätt till a-kassa föreligger). Att man inte ingår i något program kan bero på att man anses arbetsför men inte varit inskriven på arbetsförmedlingen tillräckligt länge, det kan även vara så att man anses för sjuk för att kunna delta i någon aktivitet.
Insats: Är en person inskriven på arbetsförmedlingen krävs som regel att man aktivt söker arbete, 10 per månad är en riktlinje. Ibland kombineras jobbsökandet med praktik eller annan insats ordnad via kommunen. Om personen anses för sjuk för att delta krävs att man kontaktar vården. Blir personen sjukskriven övergår den i grupp 1 eller 2. Det händer att dessa personer inte blir sjukskrivna men att arbetsförmedlingen ändå inte anser sig kunna arbeta med dem, oftast finns psykisk ohälsa och kanske begränsad sjukdomsinsikt. Detta är en grupp som det är svårt att hitta rätt insatser till, en problematik som oftast föder mycket frustration.

4. Ingår i program på arbetsförmedlingen men har för lågt aktivitetsstöd för att vara självförsörjande.
Personen har mer eller mindre ohälsa och ingår i program på arbetsförmedlingen, allt från arbetslivsintroduktion, fördjupad kartläggning till praktik eller utbildning.
Insats: Oftast görs inget ytterligare från socialtjänstens sida. Arbetsförmedlingens arbete avvaktas och handläggare försöker hålla sig uppdaterad kring vad som händer. Ibland används kommunens arbetslivskonsulenter då arbetsförmedlingens regelverk försvårar anpassningen av insatserna.

Hur stor är gruppen nollklassade?

Försäkringskassan publicerade nyligen en rapport över de nollklassade[7]. Av rapporten framgår att det handlar om omkring 4–5 procent av den arbetsföra befolkningen i åldern 20–64 år som varaktigt uppskattas sakna försäkrad förvärvsinkomst i socialförsäkringen. År 2010 hade omkring 200 000 personer saknat försäkrad inkomst ända sedan år 2006.
För dem som ett givet år saknar försäkrad inkomst är risken att göra det under sammanlagt fem år större för: kvinnor; 50-åringar och äldre; ensamstående med myndiga hemmaboende barn och ensamstående män utan barn; individer med endast grundskoleutbildning samt utrikes födda (skillnaderna minskar med vistelsetid).

Ekonomiskt bistånd är den vanligaste inkomsten för de som varaktigt saknar arbetsinkomst och år 2010 hade 31 procent av de som saknat SGI under fem år haft ekonomiskt bistånd. Samma år hade gruppen en individualiserad disponibel medianinkomst på 79 900 kr vilket är klart under gränsen för både absolut och relativ fattigdom. Således lever många i gruppen som långvarigt saknar SGI under mycket knappa ekonomiska förhållanden.
En individ som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom men saknar rätt till sjukpenning har ändå rätt att få sitt behov av rehabiliteringsåtgärder utrett av Försäkringskassan. Försäkringskassan har också ansvar att samordna sådana rehabiliteringsåtgärder med andra aktörer, exempelvis Arbetsförmedlingen.

Enligt HäloSams kartläggningen i Norrköping hade 22 % aktuellt sjukintyg, drygt 82 % regelbunden kontakt med hälso- och sjukvården och närmare hälften av dem har fått ett formellt läkarutlåtande. Detta tyder på att det är en grupp som ofta har kontakt med hälso- och sjukvården.
Ca 25 % av gruppen har enligt kartläggningen kontakt med försäkringskassan pga. sjukdomen, 4,6 % uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning, 3,8 % aktivitetsstöd och 1,3 % sjukpenning och ca 20 % har sökt och fått avslag eller fått sin ersättning från försäkringskassan indragen.

En tredjedel av gruppen är inskrivna på arbetsförmedlingen, dock framgår ej om detta är en aktiv kontakt eller om de är inskrivna på arbetsförmedlingen men bedöms förhindrade att söka arbete pga. sin sjukdom. Erfarenheterna från FIRA visar att flertalet av de som är inskrivna på arbetsförmedlingen står kodade som förhindrade att ta arbete och anledningen till detta har varit sjukdom.

Av kartläggningen kan också utläsas att 77 % av individerna har haft ekonomiskt bistånd under mer är 2 år, 41 % i 2-5 år, 24 % i 6-11 år och 12 % längre än 11 år, detta stöder den uppfattning som fanns om att gruppen tenderar att fastna i ekonomiskt bistånd.

Av kartläggningarna i samtliga kommuner framgår att psykisk ohälsa samt smärtproblematik är vanligaste sjukdomsorsakerna hos målgruppen. Målgruppen är jämt fördelat i åldersklasser.

[7] Socialförsäkringsrapport 2013:1. Försäkringskassan

Sjukskrivningar - vad är det man sjukskriver ifrån när man inte har något arbete?

När en person som uppbär ekonomiskt bistånd söker sig till vården för en sjukskrivning uppstår frågan vad läkaren ska sjukskriva ifrån, vanligtvis är det då ett aktivt arbetssökande som personen känner att denne pga. sjukdom inte mäktar med, det kan också vara olika typer av arbetsmarknadsåtgärder eller aktiveringsinsatser från kommunens sida. Det kan också vara så att läkaren avstår från att sjukskriva pga. att individen inte har något arbete eller inte avser söka sjukpenning pga. nollklassning.
Inom ekonomiskt bistånd är reglerna utformade så att man är berättigad till bistånd om man kan uppvisa läkarintyg som visar nedsatt arbetsförmåga, några andra krav på aktiviteter utformas då oftast inte och individer som är helt sjukskrivna erbjuds sällan någon insats.
Som tidigare beskrivits har personalen som arbetar inom ekonomiskt bistånd inte medicinsk kunskap eller har stödresurser som kan granska ett läkarintyg utan sjukskrivningar godkänns reflexmässigt.

Pilotprojekt inom Samordningsförbundet Delta

Samordningsförbundet Östra Östergötland har under 2012 följt ett pilotprojekt i Göteborg genom Samordningsförbundet Delta. Projektet är ett samarbete mellan enheten för ekonomiskt bistånd (EB) inom Stadsdelsförvaltningarna (SDF) Göteborg Lundby, Västra Hisingen, Norra Hisingen och Försäkringskassan/Lokalt Försäkringscenter (LFC) Göteborg Hisingen.

Samordningsförbundet har sammanfattat problemområdet så här: Personer som är sjukskrivna men inte är sjukpenningplacerade (nollklassade) och som uppbär försörjningsstöd saknar tillgång till socialförsäkringskompetens för bedömning av arbetsförmågan. Det innebär att de inte får sin arbetsförmåga prövad på samma grunder som personer som uppbär sjukpenning.
Myndigheterna bedömer individens arbetsförmåga utifrån sina olika uppdrag och det saknas ofta samsyn på begreppet arbetsförmåga och vad som är medicinsk grund till nedsättning av arbetsförmågan. Eftersom arbetsförmåga bara delvis handlar om medicinska faktorer är det viktigt att urskilja vad som är sociala faktorer som påverkar arbetsförmågan.

Som ett första steg har varje SDF tillsammans med LFC bildat ett team om 1-2 socialsekreterare samt 1 handläggare från försäkringskassan. Samordningsförbundet har finansierat 8 timmar/team och månad och kedjan med genomgång, utredning och samordning var igång i alla tre team i maj 2012.
I Lundby har 60 personer med läkarintyg identifierats, Västra Hisingen 81 och Norra Hisingen 80 (befolkningsmängden i området är ca 140 000 personer). Man har också identifierat personer som är sjuka men saknar läkarintyg. I Lundby var det 70, Västra Hisingen 79 och Norra Hisingen 60 personer. I oktober 2012 var det sammanlagt 221 personer med läkarintyg och 209 personer sjuka utan läkarintyg. Man har valt att börja gå igenom personer med läkarintyg. Det finns en tendens att fler får intyg och den gruppen ökar därmed. Fördelningen mellan män och kvinnor är jämn.

Genomförande

För att få fram personer till teamen gjordes en kartläggning bland personer utan SGI som har ett öppet ärende på EB samt läkarintyg. Socialsekreteraren i teamet har tillsammans med sina kollegor på EB valt ut personer att samverka kring.

Personen ger sitt samtycke till utbyte av information mellan EB och FK. Socialsekreterare i teamen tar med sig personer till genomgång med FK och man tittar på individens situation och läkarintyg. FK reflekterar över vilken information som finns i intyg och vilket behov av komplettering som finns. Om uppgifter saknas om arbetsförmåga får socialsekreteraren förslag på frågor att ställa och kan återkomma med ärendet när ny information finns.
EB kan behöva beställa en arbetsförmågeutredning. På Hisingens samordningsförbund Delta kan också en 8 veckors utredning på ViCan göras (vilket kan liknas med en utredning via Rehabresurs samArbete).

Det kan vara aktuellt att träffa personen EB och FK tillsammans. Det kan också vara aktuellt att göra en SASSAM-kartläggning som beskriver personens situation samt hinder och resurser. Det förekommer att FK kontaktar behandlande läkare speciellt om upparbetade kontakter finns med den Vårdenhet som utfärdar intyg. Det förekommer också att FK kallar till avstämningsmöte med EB och Vårdgivare.
FK handläggaren i teamet handlägger samordningen tillsammans med EB handläggaren i teamet.

Lundbyteamet har arbetat med 60 personer av 60 personer med intyg. Behov av samordning i 15 fall. Det innebär behov av samordning i 25 %. V Hisingenteamet har arbetat med 50 personer av 81 personer med intyg. Behov av samordning har hittills identifierats i 15 fall. Det innebär behov av samordning i 30 %. N Hisingenteamet har arbetat med 50 personer av 80 med intyg. Behov av samordning i 10 fall. Det innebär behov av samordning i 20 %.

Ett sammantaget samordningsbehov i 40 av 160 ärenden innebär att 25 % av de sjuka med intyg har behov av samordnad rehabilitering.

Samordnad rehabilitering

När arbetsoförmåga på grund av sjukdom är styrkt i läkarintyg och det finns behov av samordning av rehabilitering så noteras ärendet i FK datasystem (ÄHS). FK handläggaren öppnar en så kallad Samordningsakt (SAM). FK handläggaren kollar om det finns något ärende på FK Tidig Bedömning (TB) som då har startat ett så kallat sjukpenning prognos (SJK PROG). I så fall kan det flyttas över till handläggaren i teamet. Sjukpenninggrundande inkomst bör vara utredd av TB. I SAM scannas relevanta medicinska underlag in och namn och telefonnummer till ansvarig handläggare på EB noteras.

När behov av samordning finns kan FK kalla arbetsförmedlingen till Gemensam Kartläggning för fortsatt planering och insatser.

Annan planering

Om ärendet inte direkt är aktuellt för samordnad rehabilitering har man diskuterat en alternativ planering.

För en del personer under 30 år har det varit lämpligt att föreslå ansökan om aktivitetsersättning. Det kan vara aktuellt för EB och FK att stödja personen i kontakt med vården för att få bedömning på att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom under minst ett år.
För en del personer över 30 år har det varit lämpligt att föreslå ansökan om sjukersättning. Det kan även här vara aktuellt för EB och FK att stödja personen i kontakt med vården för att få en bedömning på om arbetsförmågan är varaktigt nedsatt på grund av sjukdom.
En del personer kan vara för sjuka just nu för att samordnad rehabilitering skall vara aktuell men kanske om ett tag och då ha en rehabiliteringspotential. Då avvaktar EB och återkommer.

Stöd i genomförande

Pilotprojektet har visat att EB behöver fördjupad kunskap om samordnad rehabilitering, samverkan med FK, vården och andra parter. De socialsekreterare som finns i teamen får denna kunskap genom samarbete med FK handläggare. Denna samverkan utgår ifrån att det finns en nedsättning på medicinska grunder. Personerna har ofta många andra hinder som gör att de inte kan arbeta. FK har en kunskap att utreda medicinska förhållanden. Det sker ett lärande genom att man träffar personer samt går igenom deras läkarintyg tillsammans. Socialsekreterarna i teamen har också fått en genomgång av specialist hur man tolkar läkarintyg och hur FK tänker kring DFA-kedjan. Det vill säga vilka frågor man kan ställa kring hur Diagnos påverkar Funktionsnedsättning och Aktivitetsförmåga.

EB har en kunskap om helheten kring personer med försörjningsstöd. Dock kan det konstateras att samarbetet behöver utvecklas med alla parter tillsammans. Hur sker kontakten på bästa sätt med vårdgivare och arbetsförmedling och hur kan försäkringskassan på bästa sätt samordna de insatser som behövs är frågor som ställs.

De personer som varit föremål för en gemensam genomgång

Precis som för de personer som uppbär sjukpenning från försäkringskassan så är psykisk ohälsa samt värk och smärta vanligt. Många diagnoser handlar om depression, ångest och paniksyndrom eller kronisk smärta i olika kroppsdelar. Det är inte bara vårdcentraler i närområdet som man går till utan det är en mängd olika vårdcentraler i hela Göteborg som utfärdat intyg. Det är också många intyg från psykiatriska vårdenheter framförallt öppenpsykiatri och psykosenheter. Olika missbruksenheter förekommer också.

De personer som inte varit föremål för en gemensam genomgång

Det blev tydligt att FK ofta har en sjukhistorik som EB inte alltid har kunskap om. När man samordnar sina insatser och tar ett helhetsgrepp är det lättare att välja rätt insats även för de som inte har behov av samordning av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Implementeringsplan och samverkan med andra myndigheter

Projektgruppen vill fortsätta att arbeta i team kring de som har läkarintyg och eventuellt utöka med de som är sjuka men saknar intyg. Till en början vill man fortsätta med speciellt utsedda handläggare som hanterar både genomgång och samordning. Därefter behöver man ta ställning till om teamen skall gå över till att bli kartläggningsteam och att ”alla handläggare” på såväl FK som EB arbetar med detta.

Fortsatta utbildningsdagar för alla handläggare på EB planeras med fokus på hur man läser ett läkarintyg och hur man kan använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet. EB behöver också kunskap om ”sjukpenning i särskilda fall” och boendetillägg.

För teamen kan det bli aktuellt med gemensam workshop kring läkarintyg tillsammans med försäkringsmedicinsk rådgivare. Förutom Specialist från FK så kommer förste socialsekreterare involveras mer för att säkra kompetensöverföringen.

Ledningsgruppen med enhetschefer, specialist och samverkansansvarig fortsätter att träffas. Från och med september 2012 ingår även enhetschef från AF och Distriktsrehabilitering Hisingen. Styrgruppen med områdeschefer kommer att ta ställning till det fortsatta arbetet.

Man har lyft frågan om representation och samverkan med AF Samverkan som är ett Göteborgs-övergripande kontor med arbetsförmedlare som arbetar med gemensam kartläggning och arbetslivsintroduktion. En fråga som tagits upp är behovet av att initialt specialisera några arbetsförmedlare som kan arbeta med denna målgrupp.

När det gäller vården så är det väldigt många vårdenheter som möter målgruppen. FK genomför dialogmöten på vårdcentraler, psykiatriska mottagningar och sjukhuskliniker. De brukar då ta upp vikten av bra kvalitet i alla intyg även för de som skall lämnas till EB. I dialogerna kan de föreslå att ta med representanter från såväl EB som AF. I samband med Vårdvalet har flera nya vårdgivare etablerats och här behövs information om vikten av rehabilitering och innehåll i intyg för de som sjukskrivs och saknar sjukpenninggrundande inkomst. Ett arbete som man kommer att diskutera med representanter för beställare inom Hälso- och Sjukvårdskansliet. Något annat att driva är att göra som Region Halland – ta fram ett dokument som beskriver roller och ansvar vid avstämnings- och flerpartsmöten.

Inom projektet har man introducerat representanter från AF i det försäkringsmedicinska nätverket. Nu är det dags att introducera även EB i detta forum. Det är viktigt att FK använder sitt upparbetade Nätverk till vården även för denna målgrupp.

Ett bra medicinskt underlag är det absolut viktigaste för att en person skall få den samordning och rehabilitering som han/hon har rätt till.

Glapp, svårigheter och annat som framkommit

Har vi olika syn på när det föreligger behov av Samordning? FK med mer fokus på rehabilitering till arbete och EB med mer fokus på att må bättre även om målet inte är arbete? Finns det bristande förståelse och kunskap om varandras uppdrag? Olika kultur när det gäller intyg – ok med retroaktiva intyg för rätten till EB – behov av intyg framåt i tiden för samordning av FK? Uppstår det glapp i handläggning pga bristande kommunikation? Är det sämre kvalitet i intyg som skall lämnas till EB än de som skall till FK?

Framgångsfaktorer

Att de utsedda kontaktpersonerna har erfarenhet inom sitt område och ett intresse av att samverka.
Öronmärkt tid och stöd från sin ledning.
Att EB får ta del av FK:s kontaktvägar i vården och verktyg för samordnade insatser.
Stöd i kartläggning av målgruppen.

Slutsatser från pilotprojektet

EB har försörjningsansvar för flertalet sjuka utan SGI men sällan kunskap eller rutiner att utreda arbetsförmågan. FK har kompetensen, kontaktvägar till vården och AF samt ett samordningsansvar. För att sjuka med försörjningsstöd utan SGI skall få sitt rehabiliteringsbehov utrett och samordnade insatser för att komma närmare eller åter till arbetsmarknaden så är det nödvändigt att samverka.

Initialt har projektet kommit fram till att man vill fortsätta att arbeta i team med speciellt utsedda handläggare från respektive myndighet. Det finns ett uppdämt behov hos EB att man gemensamt går igenom de personer som EB har kontakt med. FK har i nuläget inget annat sätt att få kontakt med dessa personer. På längre sikt vill man att det skall bli en naturlig del i alla handläggares arbete. Specialist på FK och förste socialsekreterare på EB kan ge metodstöd till teamen.

Gemensamma kompetensutvecklingsdagar är nödvändiga för att skapa en gemensam kunskapsbas kring metod och uppdrag.

Processkartan - klientens väg från nybesök till bedömning och insats

För att visualisera klientens väg i handläggningsförfarandet på EB uppförde HäloSam en processkarta. I processkartan har de följt en klients väg från första samtalet till mottagningen på ekonomiskt bistånd till bedömning samt insats på de olika myndigheterna under två månaders tid. De har visat detta visuellt med alla blanketter som klienten får från Arbetsmarknadskontoret samt de övriga myndigheterna.[8] Med processkartan synliggjordes klientens väg och se hur vi i dagens verksamheter kan underlätta för klienten att ta sig igenom dessa steg.

Klienten vars väg har kartlagts har bott några år i Sverige och behärskar svenska språket någorlunda. Han kontaktar Ekonomiskt bistånd för att söka försörjningsstöd. Vid samtalet framkommer det att han inte är fullt arbetsför pga. smärtproblematik. Han är inte inskriven på Arbetsförmedlingen och uppmanas att skriva in sig så snart som möjligt. Han hänvisas även till Landstinget för eventuell sjukskrivning på deltid, samt uppmanas att ta kontakt med Försäkringskassan för att undersöka rätten till ersättning för den eventuella sjukskrivningen. Under de två månaderna får han totalt träffa 11 handläggare/professioner på 5 olika myndigheter och gå på fem bedömningssamtal/kartläggningar. Slutligen landar klienten tillbaka på ekonomiskt bistånd då SIG är noll och där finner man sig sakna relevanta insatser. Ingen av kartläggningarna har gjort i samverkan och de är inte kommunicerade till andra myndigheter.

Problematiken med systemet vi har idag är att klienterna skickas mellan myndigheter och olika handläggnings- och utredningsprocesser. Klienterna träffar flera olika

[8] Processkartan finns uppförd på större papper, en förenklad version finns i rapporten som Bilaga 7

myndighetspersoner och upprättar ett flertal av varandra oberoende handlingsplaner med olika aktiviteter och mål. Önskemålet är att hitta en arbetsmodell för samverkan där de aktuella myndigheterna tar ett gemensamt ansvar för rehabiliteringsprocessen och där de olika insatserna kompletterar varandra för att det ska fungera för klienten. Det optimala för klienten vore en gemensam ingång utan sekretess mellan de olika myndighetspersonerna.[9] Samverkan bör ske mellan arbetsförmedlingen, ekonomiskt bistånd, försäkringskassan och landstinget där fokus ligger på att gemensamt stötta klienten på vägen mot egen försörjning. Klienten är huvudansvarig och måste göras delaktig och handlingsplaner måste upprättas med individuella förutsättningar vilket ställer krav på alla myndigheter som är inblandade i en klients ärende. En social insats kanske förutsätter att en medicinsk insats har satts in tidigare eller vice versa. Samverkan kan också handla om att vara så välinformerad om varandras verksamheter att man kan ge individerna korrekta uppgifter om det stöd som kan erbjudas. Med en bättre och mer effektiv samverkan kan flera myndighetsprocesser optimeras i en gemensam process vilket bör leda till bättre stöd för den enskilde.

Individens delaktighet

HälsoSams arbete kring processerna i mottagandet av individer har väckt en kritik mot hur man skapar delaktighet. Både översynen av arbetssätt vid nyansökan samt klientintervjuerna har visat att klientens egna tankar inte fångas upp. I en rehabiliteringsplanering är det av största vikt att lyssna in individens tankar och behov. HälsoSam kunde se att denna dialog i många fall är eftersatt med hänvisning till tidsbrist. En holländsk studie har, i likhet med flera andra studier, visat att de tre faktorerna arbetsinställning, socialt stöd och självtillit är av stor betydelse för återgång till arbete vid såväl psykisk som fysisk ohälsa.[10] Utifrån detta bör man i första hand arbeta med att stärka individernas motivation och tro på sin förmåga. Det är sedan länge känt, och visar sig även i projekt efter projekt, att mängden tid man har att ge individen är avgörande för hur resultatet ska bli. Självklart ska tiden man möter klienten vara genomtänkt, något som för individen framåt, inte bara möten för mötenas skull. I längden bör man se en tidsbesparing om man med mer effektiv tid i början av ett ärende därmed kan stötta ut individen till egen försörjning så att ärendet sedan är aktuellt kortare tid än vad det annars skulle ha varit.

Att arbeta för förbättrad samverkan

När man tittar på gruppen personer med ohälsa ser man ett stort behov av en god samverkan mellan kommunen, hälso- och sjukvården, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Denna samverkan fungerar på vissa områden bra, till exempel genom de resursteam som nu finns på vårdcentraler och psykiatriska mottagningar. HälsoSam såg dock att det finns stor utvecklingspotential och tror att samverkan kan förbättras. Ur deras perspektiv såg de att kommunens uppgift är svår att definiera och ofta går in i andras ansvarsområden, de såg också att man inte heller vet vad som förväntas av EB från övriga aktörer. Genom att studera litteratur kring samverkan och tidigare utförda samverkansprojekt har de sett att det viktigaste för en lyckad samverkan är att ha god kunskap om varandras arbete och tankesätt, en tydlig ansvarsfördelning och acceptans för olikheterna. Tidigare studier lyfter också vikten av

[9] exempelvis liknande arbetet i huset för Fler I Arbete (FIA) i Södertälje.

[10] *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande* SOU 2011:15

chefers deltagande och engagemang som en avgörande faktor för en framgångsrik samverkan.[11]

Slutsatser

Ansvaret för rehabilitering av gruppen nollklassade är delat mellan flera myndigheter. Som det fungerar i dag i vårt område så får inte gruppen den rehabilitering som de behöver. HäloSam har uppmärksammat målgruppen och beskrivit problematiken och Fira arbetar med de som hamnat på ekonomiskt bistånd och som har arbetshinder pga. sjukdom. Det finns dock ett behov att arbeta med att skapa en bättre process för de nollklassade, pilotprojektet i Göteborg som beskrivits är ett exempel på hur vi i samverkan skulle kunna arbeta med gruppen. De drar också samma slutsatser som projektarbetarna i HälsoSam kring bristen på medel som EB när det gäller att rehabilitera dessa människor. En förbättrad samverkan mellan EB, FK, AF och Vården skulle kunna leda till att gruppen med ohälsa på EB slutar öka. Att tidigt bedöma om arbetsförmågan är nedsatt pga. medicinska skäl gör att man kan fokusera och jobba med rätt problematik, det skulle ge de nollklassade som är nedsatta pga. medicinska skäl samma möjligheter till samordnad rehabilitering som de med sjukpenning. Det finns idag en fungerande rehabkedja för personer med sjukpenning, frågan är nu hur vi gör rehabkedjan tillgänglig även för de nollklassade?

Referenser

Danermark Berth, Kullberg Christian. *Samverkan – välfärdsstatens nya arbetssätt* Studentlitteratur 1999

Franzén, Elsie C. (1997) *Invandring och arbetslöshet.* Lund: Studentlitteratur

Günzel Mats *Rehabiliteringskedjan- tillbaka till arbetslivet*, Kommunlitteratur 2009.

Holm Carolin & Lingärde Svante, *Vägen tillbaka – om socialtjänsten, Försäkringskassan och de långtidssjukskrivna*, FoU-rapport 2007:3

Arbetsmarknadsdepartementets informationsbroschyr, *Detta är Arbetsmarknadsdepartementet.*

Regeringens proposition 1996/97: 63

Rehabiliteringsrådets slutbetänkande SOU 2011:15

Socialförsäkringsrapport 2013:1, *Att sakna försäkrad inkomst En studie av individer som en följd av år saknar sjukpenninggrundande inkomst. Hur många är det och vilka grupper är överrepresenterade?*. Försäkringskassan

[11] Berth Danermark, Christian Kullberg. *Samverkan – välfärdsstatens nya arbetssätt* Studentlitteratur 1999.