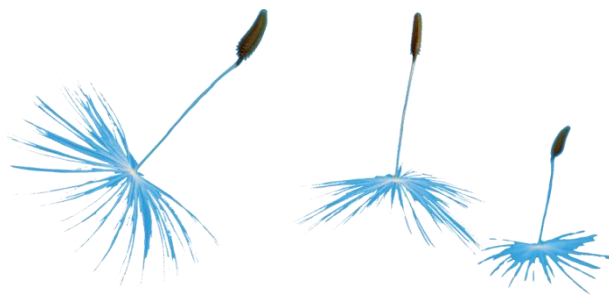


Kaosam

Kartläggning av arbetsförmåga och ohälsa i samverkan
Slutrapport från ett projekt inom Finsam Lund



Elisabeth Ravn, projektledare

Lunds kommun

2018-03-08

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning.....	4
Bakgrund.....	5
KAOS	5
Syfte, urval och avgränsningar	6
Kartläggning KAOS	6
Kaosam	10
Organisation	10
Metod	11
SIP - samordnad individuell plan	12
Rehabkoordinatorer inom Hälso-och sjukvården.....	12
Genomförande	13
Information om projektet	13
Samverkansansvariga	14
Konsultationer	14
Handläggargröd.....	14
Ordlista	14
Utbildningar och workshops	15
Mina Planer	15
SIP-processen	15
Intervjuer med socialsekreterare	16
Kartläggningar	16
Kaosam 1	16
Kaosam 2.....	17
Resultat Kaosam	19
Kunskapshöjning hos socialsekreterare	19
SIP som samverkansverktyg	19
Rehabiliteringsansvaret	20
Samordning och koordinering	20
Sjukskrivningar	21
Tidiga insatser och delaktighet.....	22
Utredning av arbetsförmåga/funktionsförmåga/aktivitetsbegränsning	22
Handläggning	23
Kartläggningarna KAOS, Kaosam 1 och Kaosam2	24
KAOS/Kaosam 1	26
Kaosam 2.....	26
.....	26

Samtliga kartläggningar	27
.....	28
Fortsatta utvecklingsbehov	28
Sweco, utvärdering och utvecklingsområden och rekommendationer	29
Avslutande diskussion	30

Sammanfattning

Kaosam, kartläggning av ohälsa och arbetsförmåga i samverkan, är ett projekt finansierat av Finsam Lund där SIP-samordnad individuell plan har använts som metod i samverkan mellan Socialförvaltningen i Lund, psykiatri i Lund, vårdcentralen Norra Fälåden, vårdcentralen Måsen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i syfte att fler individer med försörjningsstöd och oklar arbetsförmåga på grund av ohälsa och sjukdom skulle erbjudas rätt stöd, behandling och utredning från rätt instans för att komma närmare arbetsmarknaden och öka sina möjligheter att bli självförsörjande och/eller få rätt ersättning från rätt myndighet. Projektet har arbetat både på individnivå och på strukturell nivå i ett lärande- och utvecklings syfte. Kartläggningar och uppföljningar av ärenden som har försörjningsstöd och som fått en SIP har visat på vikten av tidiga insatser, kontinuitet, samverkan, samsyn för att den enskilde individen samt de som arbetar med individen i rehabiliterings- och försändringprocessen ska uppleva det som begripligt, hanterbart och meningsfullt. I projektet har 279 ärenden inom målgruppen fått sina behov tillgodosedda och sina planeringar avslutade genom självförsörjning antingen via arbete, studier, andra ersättningar eller på annat sätt. 85 SIP har genomförts i de kartlagda ärendena.

Inledning

Syftet med denna rapport är att återge hur Socialförvaltningen i Lund metodiskt gått till väga i förstudien KAOS och i projektet Kaosam gällande individer med oklar hälsosituation och nedsatt arbetsförmåga med helt eller kompletterande försörjningsstöd. Rapporten ingår som ett underlag i ett projekt inom Finsam Lund 150201-170930 om hur socialförvaltningen i samverkan med sjukvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans kan arbeta med målgruppen.

Enligt FN:s Agenda 2030 om hållbar utveckling ska alla länder arbeta för social hållbarhet vilket för Sveriges kommuner och andra samhällsaktörer innebär att tillgodose alla människors grundläggande behov, att bidra till att alla människor är inkluderade – oavsett kön, utbildnings- och inkomstnivå, social status, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, bostadsort, sexuell läggning, könsöverskridande identitet och uttryck, ålder och funktionsnedsättning och att anpassa och utforma åtgärder utifrån de grupper som har störst behov. Flera av de 17 globala målen kan kopplas till Socialtjänstlagen och socialt arbete där de grundläggande värderingarna demokrati, jämlikhet och trygghet och att arbeta för att människor ska kunna ta ansvar och leva ett självständigt liv står i centrum. (Sveriges kommuner och Landsting. *Agenda 2030 och SKL:s inriktning 2016-2019.*)

Enligt socialtjänstlagen ska den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt ha rätt till bistånd för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. För att det ska vara möjligt för socialtjänsten att hjälpa människor att bli självförsörjande måste individens behov utredas, framförallt hur individen ska kunna försörja sig på lång sikt för att leva ett så självständigt liv som möjligt. Om den enskilde är i behov av insatser från andra samhällsorgan ska socialtjänsten samverka med dessa så att insatserna kan samordnas. Den enskilde har en skyldighet att bidra till sin försörjning efter förmåga, i första hand söka och ta ett ledigt arbete. Den enskilde ska delta i arbetslivsinriktade insatser om det inte finns skäl som talar emot detta. Det ekonomiska biståndet är tänkt att vara ett tillfälligt stöd. (SFS (2001:453) Socialtjänstlag)

Hälsa, sjukdom, arbetsförmåga, funktion, motivation och rehabilitering är centrala begrepp i arbetet med målgruppen. Hur vi förhåller oss till begreppen är individuellt och många gånger komplicerat. Hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, sjukdom är i motsats till detta, ett tillstånd som innebär att individen inte fungerar optimalt. Förhållandet mellan sjukt och friskt, sjukdom och hälsa är svårt att definiera och blir komplicerat framförallt när det ska kopplas till rätten till ersättning. I det engelska språket skiljer man på illness, disease och sickness. Illness står för självupplevda symtom, disease för sjuklighet och diagnos och sickness för själva sjukrollen. I ICF, den internationella klassifikationen för funktionshinder utgår man från en *biopsykosocial* modell som beskriver och skapar förståelse för hälsa och hälsorelaterade tillstånd. I ICF kombineras medicinska och sociala perspektiv på funktion och hälsa utifrån från ett biologiskt, individuellt och socialt perspektiv.

(Socialstyrelsen (2001) *Klassifikation av funktionstillstånd och hälsa - en kortversion*)

Kaosam har identifierat individer i målgruppen utifrån ett biopsykosocialt perspektiv.

Arbetsförmåga är också ett begrepp som är svårdefinierat. Det finns olika uppfattningar och perspektiv på arbetsförmåga i vetenskaplig litteratur och ute i samhället. Arbetsförmågan kan förklaras som ett resultat av interaktion mellan individ och individens omgivande fysiska, psykiska och sociala förhållande som kan skifta över tid. (Ekbergs, K. (2014) *Den relativa arbetsförmågan-teoretiska och praktiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur) Individens

perspektiv på arbetsförmåga är ofta kopplat till den egna försörjningen och för att kunna försörja sig behövs en tillräcklig arbetsförmåga och hälsa som i sin tur kopplas till motivation och till inre och yttre drivkrafter att nå ett specifikt mål och att stödja individer att hitta strategier som leder till förändring och ansvarstagande. I en rehabiliteringsprocess är samverkan och samarbete en förutsättning för att fler ska närma sig arbetsmarknaden och öka sina möjligheter att bli självförsörjande och/eller få rätt ersättning från rätt myndighet.

Bakgrund

Socialförvaltningen i Lund ansökte 2015 om medel från Finsam för att kartlägga arbetsförmåga och ohälsa i avidentifierade individärenden med helt eller kompletterande försörjningsstöd för att säkerställa att individens behov av att hälsofrämjande och sociala stödåtgärder blev tillgodosedda. Lunds kommun hade under flera år haft många individärenden med långvarigt försörjningsstöd som stod långt ifrån arbetsmarknaden på grund av komplex problematik och som var i behov av insatser från flera olika parter såsom sjukvården, kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. För många individer är detta en omöjlig ekvation att lösa på egen hand. Många upplever att de bollas runt av myndigheterna vilket leder till frustration, dålig tillit och utanförskap när man som individ inte får den hjälp och det stöd som samhället ska stå för. Var och en part arbetar efter gällande regelverk; Socialförvaltningen ska stå för de sociala stödinsatserna, bland annat bedöma rätten till försörjningsstöd, Arbetsförmedlingen står för de arbetslivsinriktade insatserna och ska matcha individerna mot arbete, sjukvården ska stå för medicinsk utredning, behandling och rehabilitering och Försäkringskassan ska pröva rätten till ersättningar utifrån medicinsk problematik samt utreda behovet av samordnad rehabilitering. De olika trygghetssystemen ska förhindra att individer hamnar i sjukdom, fattigdom och utanförskap men verkligheten ser ofta annorlunda ut. Detta trots att alla myndigheter omfattas av ett regelverk som innebär en skyldighet att samverka för att förhindra och förebygga att individen hamnar ”mellan stolarna”.

Samverkan och samordning är en framgångsfaktor när detta fungerar. I förstudien KAOS identifierades stora brister i hanteringen av individärenden vilket innebar att många hamnat i fel åtgärd, gick miste om rehabiliteringsinsatser och/eller rätt ersättningar från de olika stödsystemen samt att vägen till självförsörjning blev längre. Ibland handlade det om kunskapsbrister både på ledningsnivå och hos dem som handlägger ärendena t.ex kring varandras uppdrag, ansvarsfördelningen, orealistiska förväntningar hos både individ och myndigheter samt otydlighet kring förekommande begrepp. Det saknades rutiner för handläggning och samverkan mellan parterna. Framförallt fanns stora brister i att ha individen i fokus under dennes rehabiliteringsprocess.

KAOS

KAOS, *kartläggning av arbetsförmåga på grund av ohälsa och sjukdom*, och är en förstudie inom Finsam Lund som pågick under perioden 150201-150930.

Kaosteori utarbetades av matematikern Edward Lorenz. Han utarbetade teorin, ”butterfly effect” som innebär att en fjärils vingslag i den ena delen av världen kan orsaka ett intensivt oväder i en annan del av världen d.v.s. att små avvikelser kan leda till stora konsekvenser vilket han också bevisade genom felaktiga datorprogrammeringar. Ragneklint nämner i boken *Effektivitet-vad är det?* (Ragneklint. R (2000) Akademi och samhälle) Lorentz:s kaosteori i samband med hur offentliga organisationer förhåller sig till effektivitetsproblem både i nutid

och i framtid. I förstudien KAOS finns det i flera ärenden en s.k butterfly effect där små misstag i ärendehantering lett till onödigt långa handläggningstider, felaktiga insatser och lidande för den enskilde individen.

Syfte, urval och avgränsningar

Förstudien KAOS innebar att socialsekreterarna på Arbets- och Försörjningsenheten och enheten 18-24 fick i uppdrag att ta fram alla sina individärenden mellan 18-65 med sjukdom, ohälsa och nedsatt arbetsförmåga på grund av detta och som hade helt eller kompletterande försörjningsstöd. Kartläggningen gjordes i februari 2015. Syftet med KAOS var att klargöra hur stor målgruppen var, kategorisera gruppen och lägga grunden för fortsatt samverkan. Socialsekreterarna fick ta fram individärenden utifrån 5 kriterier.(Bil.1.)

- Sjuk-och aktivitetsersättning
- Sjukskrivna med läkarintyg på Försäkringskassan blankett nr. 7263
- Sjukskrivna p.g.a sjukdom med läkare/vårdkontakt utan läkarintyg
- Individer som uppgav arbetsoförmåga p.g.a sjukdom men som saknade vårdkontakt
- Individer där socialsekreteraren misstänkte arbetsoförmåga p.g.a ohälsa.

Anledningen till att individerna selekterades annorlunda än i Socialstyrelsens orsaksregistrering (Socialstyrelsen (2011) *Instruktion för registrering av försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd*) om försörjningshinder var att lyfta fram individer med diffusa och komplexa problem som ofta fanns registrerade som ”arbetshinder, sociala skäl” eller ”arbetslös” men som antogs ha främst hälsohinder som primär orsak till nedsatt arbetsförmåga och försörjningsstöd. Anledningen till att de med sjuk-och aktivitetsersättning ingick i kartläggningen var att identifiera dem med partiell ersättning samt uppmärksamma ytterligare behov av insatser hos dessa. Individer med känt pågående missbruk med sekundära sjukdomsproblem på grund av sitt missbruk ingick inte i kartläggningen. Däremot har det i vissa ärenden framkommit att det döljer sig missbruk bakom en sjukdomsdiagnos eller uppgiven ohälsoproblematik. I samband med kartläggningen gavs också möjligheter till handledning i ärendena och möjlighet till fördjupad genomgång av ärendet då detta ansågs relevant.

Även kön, ålder, hur länge insatsen pågått, diagnos, vårdenhet, pågående medicinska och arbetslivsinriktade insatser ingick i kartläggningen.

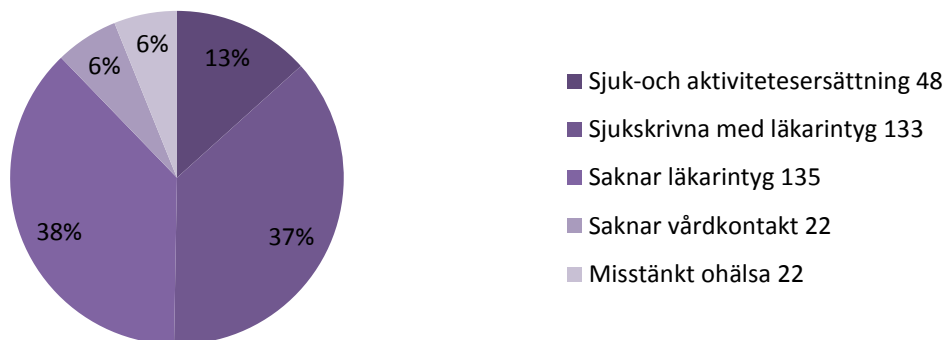
Kartläggning KAOS

348 individer mellan 18-65 år som bedömdes tillhöra målgruppen identifierades i KAOS. Av dessa var 53% män och 47% kvinnor.

- 48 hade sjuk-och aktivitetsersättning, 36 med 100% och 12 med partiell och med nedsatt arbetsförmåga på den andra delen.
- 133 var sjukskrivna med läkarintyg, 60% kvinnor och 40% män.
- 135 saknade läkarintyg
- 22 saknade vårdkontakt och 22 misstänktes ha en ohälsa som påverkade arbetsförmågan
- Depression, ångest och lumbago var de vanligaste förekommande diagnoser vilket är samstämmigt med nationell statistik.

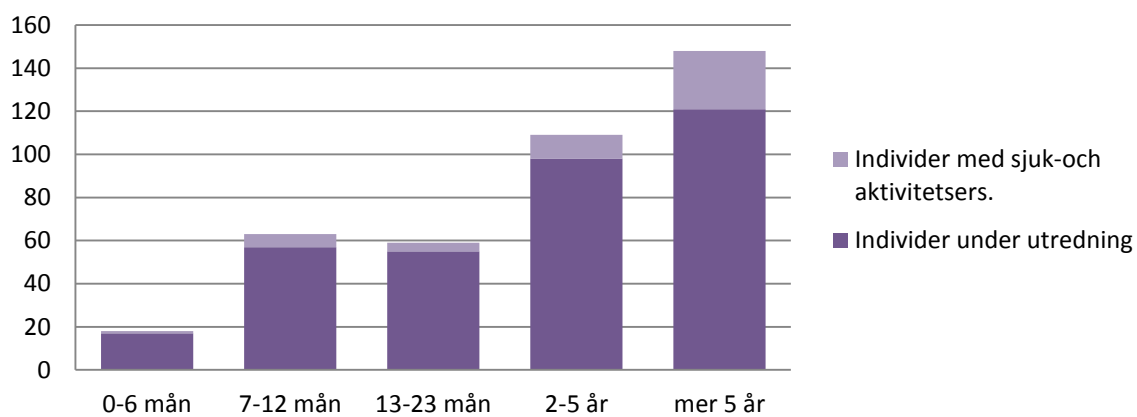
119 var inskrivna på Arbetsförmedlingen och 13 var beviljade samordning alt. ingick i det förstärkta samarbetet med Försäkringskassan/Arbetsförmedlingen.

KAOS

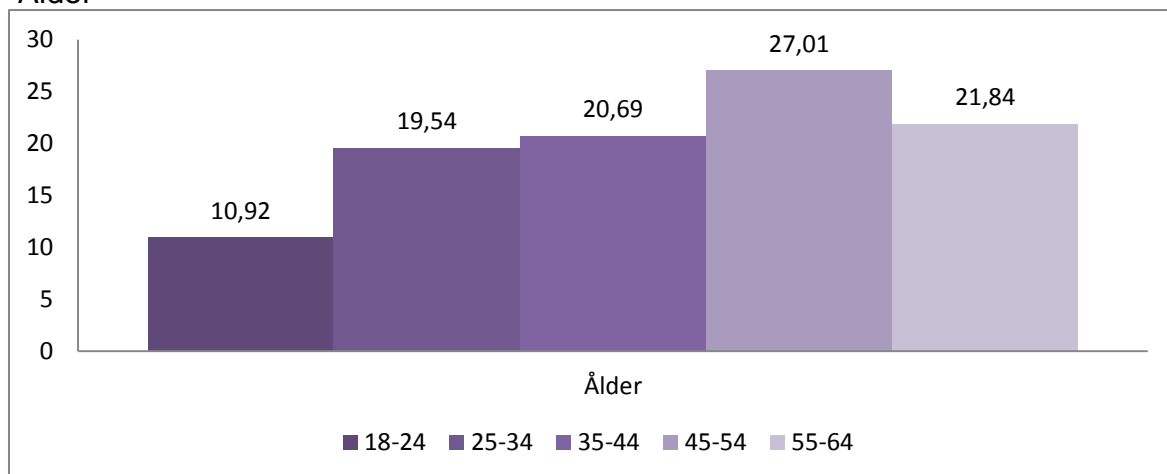


12 av de som hade partiell sjukersättning hade ohälsa på den andra delen

Antal månader/år med försörjningsstöd. Antal svarande 348.



Ålder



Detta innebar att det fanns sjukdom, ohälsa och nedsatt arbetsförmåga till följd av detta i ca.1/3 av alla hushåll som hade försörjningsstöd i Lunds kommun 2015. I vissa hushåll fanns mer än en person som tillhörde målgruppen. Många av individerna hade en lång historik hos Socialförvaltningen och det fanns flera olika orsaker till att dessa individer fortfarande fanns kvar i systemen. Många hade varit aktuella hos flera myndigheter och sjukvårdsenheter under lång tid, ofta mer än 5 år. Flera av ärenden hade fastnat i rehabiliteringsprocessen, det vill säga att det fanns ytterligare att utreda för att egentligen kunna kvalitetssäkra att individerna blivit erbjudna rätt stöd, behandling och ersättning för att närma sig arbetsmarknaden och en egen försörjning. Det fanns också flera ärenden där insatser satts in utan relevant underlag vilket ibland lett till misslyckande försök och en risk för att behöva börja om igen med andra rehabiliteringsinsatser vilket i sin tur lett till en fördröjning av hela processen mot bättre mående och självförsörjning. En av de mest utmärkande anledningarna var att samverkan inte fungerade tillfredställande vilket ökar risken för att individer faller mellan stolarna. Några exempel på detta är:

Passiva, långa och ibland, "sociala" sjukskrivningar. Både vården och socialtjänsten väntade ut varandra, ingen ansvarade för att driva och samordna ärendet. Socialsekreterarna ifrågasatte sällan läkarens bedömning av arbetsförmågan. Det fanns en övertro på att läkaren alltid gjorde rätt bedömning av arbetsförmågenedsättningen. För det mesta togs det enbart hänsyn till själva sjukskrivningsperioden.

Avsaknad av sjukskrivning. Tveksamheter från läkarens sida huruvida individer som uppbär försörjningsstöd ska sjukskrivas eller inte har lett till att många individer förlorat sin sjukpenninggrundande inkomst och/eller inte fått hjälp med samordning via Försäkringskassan alt. fått stöd via det Förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen med arbetslivsinriktade insatser, eller att stå till arbetsmarknadens förfogande med rätt krav.

Många byten av handläggare, läkare, socialsekreterare. Ju fler kockar desto sämre..... stämmer bevisligen in på vissa ärenden vilket ökar riskerna för missförstånd och längre genomströmningstider. I många ärenden finns också väldigt många tjänstepersoner inblandade och ansvarsfördelningen är ibland otydlig både för individen och för dem som arbetar kring individen i en rehabiliteringsprocess.

Kommunikations-och samverkansvårigheter. Skyldigheten att samverka finns inskrivet i Socialtjänstlagen, Hälso-och sjukvårdslagen och Socialförsäkringsbalken. Trots att det finns flera möjligheter att kommunicera idag via mail, SMS, rehabiliteringskoordinatorer inom vården, socialtjänstens mottagningsenhet, samverkansansvariga kontaktpersoner utnyttjades inte detta. Även den interna samverkan var bristfällig i vissa ärenden t.ex. att beslut och insatser inte kommunicerades till övriga inblandade inom förvaltningen. Det fanns även en stor brist hos professionella om hur ersättningssystemen fungerar och vilka krav som ställs på individerna från myndigheternas sida och vem som gör vad. Felaktiga förväntningar på vad andra kan erbjuda för hjälp, stöd och behandling eller för högt ställda förväntningar på individens egen förmåga att själv samordna sitt ärende.

Brev, beslut och information från myndigheter är svåra att förstå framförallt för dem med språksvårigheter, lägre utbildning och kognitiva besvär. Många brev skrivs på "byråkratsvenska" och de svenska ersättningssystemen är komplicerade. Många individer har dålig eller ingen förståelse för vilka krav som ställs för på dem för rätten till ersättning eller bistånd.

Samordning och brukarperspektiv. Dålig samordning av insatser sig kring individen leder till att individen själv får gå runt mellan olika myndigheter, sjukvårdsenheter med sin historia. Samsyn och helhetstänk saknades kring individen. Istället för att samverka och säkerställa att individen når det övergripande målet, att få eller återgå i arbete, få rätt vård och bli självförsörjande hamnade individen ofta ”mellan stolarna” i övergångarna. Individens egenansvar betonades olika d.v.s. det var inte självklart att myndigheterna alltid tog sitt ansvar trots bristande förmåga hos individen. Det personliga mötet med individen får stryka på foten för en allt tyngre administration, ökad ärendemängd, tyngre ärenden och sjukskrivningar i personalen. Myndigheternas snäva ekonomiska ramar tenderar att spilla över på tjänstemännens och vårdpersonalens sätta att agera och arbeta på vilket riskerar att individens behov inte längre är i fokus.

Försäkringskassan har ett utredning- och samordningsansvar för dem som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom som innebär att tillsammans med individen klargöra behov av vilka åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering och se till att dessa påbörjas samt samverka med arbetsgivare, hälso- och sjukvård, socialtjänst, Arbetsförmedling och andra myndigheter. Försäkringskassan ska inte ta över andra aktörers ansvar men samordningsansvaret förutsätter att Försäkringskassan gör övriga aktörer delaktiga i planeringen. Försäkringskassan ska fånga upp impulser från de olika aktörerna i en sjukskrivningsprocess och ska i samråd med den försäkrade och med stöd av andra aktörer föra processen framåt. Försäkringskassans samordningsansvar gäller även de som inte har kvalificerat sig för en sjukpenninggrundande inkomst s.k. nollplacerade. (SFB 30 kap 8§-11§) Försäkringskassans samordningsansvar var okänt för de flesta socialsekreterare men även för en del chefer.

Det skrivna underlagets betydelse väger tungt i vissa sammanhang vilket ställer stora krav på den som skriver underlaget. Medicinska underlag, arbetsförmågebedömningar och andra bedömningar som ska ligga till grund för ersättningar och bidrag är en förutsättning men finns en risk att det personliga mötet med den enskilde individen går om intet. I motsats till detta har vissa individer istället fått väldigt mycket inflytande och handlingsutrymme. Ett fåtal individer tar ibland upp väldigt mycket av handläggarnas tid, ibland på bekostnad av andra individer. Svårigheterna att balansera rätt i vardagen, upprätthålla ett professionellt förhållningssätt ställer stora krav på den enskilde medarbetaren.

Bristfällig dokumentation. Det fanns stora brister i dokumentationen hos Socialtjänsten vilket antas ha försvårat och förlängt processerna t. ex vid handläggarytbyte, samverkan och när dokumentation ligger till grund för någon åtgärd som någon annan ansvarar för. (Sedan januari 2015 har Socialstyrelsen nya dokumentationsregler vilket inneburit att nyare ärenden uppfyller kraven bättre. Det finns också en tydligare utredningssystematik i nya ärenden än tidigare.

Rutiner och riktlinjer kring hur man på socialtjänsten ska handlägga målgruppen saknades. Bedömning av arbetsförmåga i förhållande till den aktuella planeringen gjordes inte på ett adekvat och objektivt tillvägagångssätt.

Begreppsförvirring. Det fanns olika syn på begrepp som sjukdom, arbetsförmåga, aktivitetsförmåga, funktionsförmåga, sysselsättning, rehabilitering etc. inte enbart mellan myndigheter utan också internt mellan tjänstemän inom samma myndighet. Arbetsförmåga är ett begrepp som är svårt att tyda och som betyder olika hos olika myndigheter.

Ekonomins betydelse för hälsan I många ärenden var den ekonomiska situationen en källa till ohälsa och sjukdom. I andra ärenden var det sjukdom och ohälsa som lett till en ekonomiskt svår situation. Flera hade behov av budget- och skuldrådgivning.

Sammantaget identifierades många brister på strukturell nivå i hur myndigheter och sjukvård hanterade individer med sjukdom och ohälsa. Det fanns ett stort behov av en förbättrad kunskap hos de samverkande parterna när det gällde samverkan med individen i fokus. Detta lade grunden för Lunds kommun i samarbete med sjukvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan att ansöka om medel för ett tvåårigt projekt inom Finsam Lund.

Kaosam

Projektet Kaosam startade i oktober 2015 utifrån föreliggande förstudie. Kaosam står för *Kartläggning av arbetsförmåga och ohälsa i samverkan*. Namnet påminner om Aron Antonovskys begrepp KASAM, känsla av sammanhang som betyder i vilken utsträckning vi upplever vår tillvaro som begriplig, hanterbar och meningsfull och hur detta påverkar hälsan. Antonovsky utgår från ett salutogent perspektiv det vill säga vad det är som gör att vi håller oss friska trots alla påfrestningar, istället för att fokusera på de patogena "eländesperspektivet" varför vi blir sjuka. (Antonovsky. A (1991) *Hälsans mysterium*. Köping. Natur och kultur) Att istället fokusera på det friska utifrån det salutogena perspektivet behövs i ett förändringsarbete med individer med komplex problematik.

I Kaosam har Lunds kommun varit projektägare. Vuxenpsykiatri i Lund, vårdcentralerna Norra Fälåden och Måsen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har varit samverkansparter.

Organisation

Projektet har haft en projektledare på 100% från socialförvaltningen. Region Skåne, vuxenpsykiatri, Region Skåne, primärvård, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har haft vardera 10% engagemang i projektet.

Styrgruppen har representerats av 6 personer i ledande ställningar, verksamhetschefer, områdeschefer, enhetschefer samt projektledare och Finsamsamordnare. Styrgruppen har träffats 11 ggr. under projektiden. Deltagande har varit högt. Om ordinarie styrgruppsdeltagare varit förhindrad har det oftast funnits en ersättare.

Referensgruppen har förutom projektledare representerats av minst en från alla samverkansparter. I gruppen har det ingått arbetsterapeut, läkare, rehabkoordinator, handläggare, arbetsförmedlare, samverkansansvariga, socialsekreterare, enhetschef, arbetsmarknadskonsulent samt projektledare. Referensgruppen har träffats 12 ggr. Deltagandet har varit relativt högt. Gruppkonstellation har dock varierat då en del av deltagarna bytt tjänster och ersatts av andra.

En intern arbetsgrupp med deltagare från Arbets- och försörjningsenheten bildades för att fånga upp frågeställningar, önskemål och för ökad delaktighet. Gruppen har träffats vid 5 tillfällen. På grund av stor omsättning i personalgrupperna samt att andra arbetsuppgifter fått prioriteras upphörde gruppen före projektslut. Informationsspridning och informationsinhämtning har istället via teamträffar och arbetsplatsträffar.

Metod

Utifrån förstudien KAOS gjordes ett antagande att det inom den identifierade gruppen av 348 individer, samt även i ny tillkomna ärenden som blivit aktuella för försörjningsstöd därefter, fanns åtskilliga ärenden där det rådde oklarheter kring insatser, sjukdom och ohälsa, arbetsförmåga och individens förmåga att närma sig arbetsmarknaden. Efter diskussioner med samverkansparterna kring hur projektet skulle kunna nå framgång både på strukturell nivå och på individnivå beslutades att använda SIP, samordnad individuell plan som metod. Det fanns sedan flera år tillbaka överenskommelser mellan Region Skåne och Kommunförbundet Skåne om SIP samt rekommendationer från SKL, Sveriges kommuner och Landsting om att använda SIP även i samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. SIP var också en relativt okänd metod hos Arbets- och försörjningsenheten i Lund. En fördel med SIP var att det redan fanns ganska mycket material och att metoden var lagstadgad vilket var bra ur ett implementeringsperspektiv. SIP är också ett samverkansinstrument som ska utgå från den enskilde individen och som har ett tydligt brukarperspektiv. Att införa och pröva ytterligare metoder för samverkan var inte aktuellt eftersom det redan fanns befintliga samverkansmetoder. Problemet var att metoderna inte användes på rätt sätt. En annan av diskussionerna innan projektstart var ersättningsfrågan då framförallt vården hade farhågor om att ett ökat antal SIP skulle skära alltför stora hål i en redan ansträngd budget. Även Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen var till en början restriktiva då SIP inte är lagstadgat för dem. Arbetsförmedlingen hade dock ett stort behov av att arbeta fram metoder tillsammans med vården då denna samverkansväg saknas. Försäkringskassan såg också fördelar med att arbeta med SIP för att uppmärksamma samordningsbehov och säkerställa tillförlitligt underlag i deras ärenden. Dessutom var SIP ur ett individperspektiv ett sätt att öka individens delaktighet vilket är en viktig faktor för en lyckad rehabilitering. Specifika handläggare från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kopplades till projektet och som skulle delta i SIP om det fanns skäl till detta om det inte redan fanns en aktuell handläggare. Samma handläggare från Försäkringskassan skulle också finnas till hands för konsultation på Socialförvaltningen under projekttiden. Syfte och mål utarbetades, enligt nedan av en arbetsgrupp som representerades av alla fyra parter.

***Syftet** med Kaosam var att pröva en metod och samverkansprocess, genom systematiskt användande av SIP, för identifiering och hantering av individer med oklar arbetsförmåga p.g.a ohälsa och sjukdom, som är aktuella hos socialförvaltningen och sjukvården samt även i vissa fall hos Försäkringskassan och/eller Arbetsförmedlingen och som är beroende av helt eller kompletterande försörjningsstöd.*

***Målet** med projektet var att fler individer med oklar arbetsförmåga på grund av ohälsa och sjukdom skulle erbjudas rätt stöd, behandling och utredning från rätt instans för att komma närmare arbetsmarknaden och öka sina möjligheter att bli självförsörjande och/eller få rätt ersättning från rätt myndighet.*

Ett sekundärt mål eller förhoppning var också att användandet av SIP som verktyg i samverkan i reell miljö och i samspel med individen skulle generera lärande och kunskapsutveckling både på organisations- och teamnivå samt minska missförstånd och ineffektiva processer, onödiga sjukvårdsbesök, långa handläggningstider, ohälsa och långa sjukskrivningar och skapa arbetsmetoder, rutiner och processer som kunde implementeras i och mellan verksamheterna för att underlätta samverkan i framtiden.

SIP - samordnad individuell plan

Tidigare forskning om SIP där syftet har varit att analysera professionellas erfarenheter av samverkan i form av SIP visar att SIP bidrar till bra samverkan om de professionella visar kollegial respekt och fokuserar på brukarens behov. De senaste åren av ökad komplexitet i ärendena har ökat behovet av samverkan. Samtidigt har en ökad specialisering inom olika samhällsfunktioner och ökad differentiering av insatserna både genom att många professioner är inblandade och att många verksamheter är inblandade lett till svårigheter samt en otydlighet om vem som ska ansvara för helheten. I SIP-mötena är det därför viktigt att det är rätt personer som deltar, som kan representera sin verksamhet, som har mandat att fatta beslut och som är intresserade av samverkan. Gemensam terminologi och dokumentation var också framgångsfaktorer för en bra samverkansprocess. SIP ska vara individens verktyg och inte verksamheternas verktyg. (Nordström, E., Josephson, I., Hedberg, B., Kjellström, S. Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? *Socialvetenskaplig tidskrift* 2016:1)

SIP är en lagstadgad skyldighet för båda huvudmännen, landstinget och kommunen sedan 2010 utifrån 2 kap § socialtjänstlagen (2001:453) SoL och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL. I Skåne finns sedan 2013-06-10 *”En ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller som riskerar att utveckla psykisk ohälsa”* som ligger till grund för lokala överenskommelser. 2016-04-12 kom ytterligare riktlinjer. *”Rutiner vid upprättande av Samordnad Individuell Plan framtagna i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne”* och sedan 2017-02-01 finns även en *”Intern rutin för hantering och dokumentation av SIP och SVPL”* i Lunds kommun. (SVPL betyder samordnad vårdplanering och gäller personer som skrivs ut från slutenvården. Fr o m 1 januari 2018 kommer nya regler vad gäller utskrivning från slutenvården. SVPL ersätts av SIP. *Lag (2017:612 om samverkan vid utskrivning från slutenvården hälso- och sjukvård)*

En SIP ska upprättas om någon av huvudmännen bedömer att den behövs för att en individ ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Alla kan initiera en SIP, även den enskilde. Till SIP kan även andra aktörer kallas t.ex Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Dock finns det ingen skyldighet enligt lag för andra aktörer att komma till en SIP. I en SIP ingår:

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för
- vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
- vem av kommunen eller landstingen som ska ha det övergripande ansvaret för planen

Rehabkoordinatorer inom Hälso-och sjukvården

I projektansökan fanns också en vision om att engagera och arbeta upp kommunikationen med sjukvårdens rehabkoordinatorer. Hälso- och sjukvårdens uppdrag är att ge behandling och rehabilitering vid sjukdom men även ge patienter rätt förutsättningar att kunna återgå till arbete/söka arbete så att var och en kan försörja sig själv. Sedan 2006 har vården arbetat med att utveckla arbetet kring att sjukskrivningar både nationellt, regionalt och lokalt. Region Skåne har genom ett sjukskrivningsprojekt drivit linjen om att en sjukskrivning ska vara rätt, lagom, säker och jämställd. I samband med arbetet av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har en ny funktion utvecklats, rehabkoordinatorrollen.

”När det gäller samordningen kring individen är denna betydelsefull för att den medicinska, sociala och arbetslivsinriktade rehabiliteringen ska länka i varandra eller löpa parallellt. Enl. SKL:s överenskommelse för 2014-2015 om den s.k. sjukskrivningsmiljarden, vill man fortsätta utveckla rehabkoordinatorrollen för att stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det är sagt att funktionen ska ha både en extern och intern roll i samverkan.”

En rehabkoordinator ska arbeta med alla individer utifrån ett jämlikhetsperspektiv vilket även omfattar dem som inte har rätt till eller uppbär sjukpenning på grund av att de saknar en sjukpenninggrundande inkomst. Tyvärr finns det fortfarande oklarheter kring hur denna grupp ska hanteras vad gäller sjukskrivningar men det finns goda intentioner om att rättvise- och jämlikhetstanken även gäller för dessa individer. I Kaosam har det från början varit en ambition att använda rehabkoordinatorernas kompetens i arbetet med SIP och samverkan.

SKL, Sveriges kommuner och Landsting publicerade 2016, *Metodbok för koordinering*, som är vägledande kring hur denna funktion ska arbeta med dem som riskerar eller är inne i en sjukskrivningsprocess. I denna nämner man även rehabkoordinatorns roll i förhållande till dem som har försörjningsstöd istället för sjukpenning. Man hänvisar också till SIP, samordnad individuell plan som en bra metod för koordinering.

Genomförande

Kaosam har arbetat systematiskt och genomfört de aktiviteter som arbetats fram av styrgrupp och referensgrupp. Projektet har också haft kontinuerlig kontakt och samarbete med Sweco som har utvärderat projektet.

Information om projektet

Arbetsbeskrivningar skrevs i början av projektet för att underlätta för rehabiliteringskoordinatorn, kontaktpersonen, handläggaren, arbetsförmedlaren att komma igång med samarbetet.

En *informationsbroschyr* utarbetades tidigt i projektet för att underlätta spridningen till övriga samverkansparter. Även en informationsbroschyr som vänder sig till brukaren har utarbetats. Projektledare m.fl. har informerat internt och externt om projektet både hos samverkansparter samt hos andra aktörer främst i början av projektet.

Nyhetsbrev om projektet har skickats ut under projektiden.

Rehabkoordinatorer från psykiatrin har varit på Socialförvaltningen och informerat om sitt uppdrag.

Kaosam har blivit uppmärksammat av SKL, Uppdrag psykisk hälsa och Utvidgad SIP (<https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/sip/sip-for-vuxna/forsakringskassa-och-arbetsformedling/jobb-sip-underlattar-atergang-och-intrade-pa-arbetsmarknad/>). Har även haft studiebesök av SKL, Uppsala län samt andra Finsamförbund i Skåne samt blivit inbjuden att hålla föreläsningar på SKL:s konferens, *Fokus ekonomiskt bistånd-att bryta långvarigt biståndsberoende* i jan. 2017 samt på Finsams nationella konferens i mars 2017 i Malmö, *Hur kan Finsam bidra till jämlika livsvillkor?*

Samverkansansvariga

Både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har samverkansansvariga som arbetar övergripande. Deras medverkan i referensgruppen har varit en stor tillgång. Deras funktion är viktig för att sprida god samverkansanda mellan parterna framförallt för Kaosams målgrupp. Samverkan kring denna grupp är nödvändig för att förändra och förbättra förhållandena för individerna. Forskning kring samverkan är samlad i en kunskapsöversikt från Socialstyrelsen (Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen (2015) *Kunskap och erfarenheter om samverkan kring arbetslösa personer med ekonomiskt bistånd*. www.godsamverkan.se)

Konsultationer

Konsultationer mellan projektledare och socialsekreterare har skett löpande under hela projekttiden. Kontinuerliga uppföljningar av kartlagda ärenden har gjorts vid ett flertal tillfällen. Projektledaren har varit tillgänglig som ”bollplank” i ärendena samt som samordnare i SIP-processerna om socialsekreterarna har haft behov av detta.

Försäkringskassan har besökt socialförvaltningen 1 ggr/14 dag och varit tillgänglig för generella frågor kring läkarintyg och ersättningar. I vissa fall har det funnits samtycke från klient att ställa frågor i dennes ärende och då har socialsekreteraren kunnat diskutera ärendet.

Arbetsförmedlingen och Socialförvaltningen har sedan tidigare ett samarbete som innebär konsultationer hos varandra. Samarbetet intensifierades under 2016 efter införandet av en ny process och som innebär att övergångarna mellan myndigheterna skulle bli smidigare för klienter och arbetssökande. Individärenden diskuteras om det finns samtycke.

Vuxenpsykiatrien har ett Samverkans/konsultationsforum som leds av en arbetsterapeut inom psykiatriens Rehabilitering. Samverkansparter från alla myndigheter från psykiatriens upptagningsområde deltar. Dessa forum sker 2 ggr/termin och är ett viktigt forum för samverkan.

Projektledaren har haft kontinuerligt informationsutbyte och träffar med andra Finsamförbund under projekttiden.

Handläggarsöd

I början av projektet publicerades ett internt handläggarsöd på Arbets- och försörjningsenheten, *Individer med nedsatt arbetsförmåga på grund av ohälsa och sjukdom*, för att underlätta den löpande handläggningen för socialsekreterarna. I detta finns en teoridel som förklarar hur trygghetssystemen länkar i varandra, vilka uppdrag som de olika myndigheterna har samt en förklaring av vanligt förekommande begrepp. Det finns även flödesschema, dokumentationshänvisningar och checklistor som kan användas för en förbättrad och mer kvalitetssäkrad handläggning med målgruppen. Tydliga riktlinjer för hur man handlägger rehabärenden är av stor vikt, främst för nya medarbetare och detta fanns inte tidigare på Arbets- och försörjningsenheten.

Ordlista

Samverkan och samordning kring individer som är i behov av olika former av rehabilitering försvåras ofta av att de olika myndigheterna har olika definitioner och begrepp. Under projektet har referensgruppen arbetat fram en kortfattad gemensam *Ordlista* som bland annat bygger på Rikstermbankens och Socialstyrelsens begreppsförklaringar. Som ett led i att

åskådliggöra och visualisera hur vissa begrepp förhåller sig till varandra har referensgruppen också arbetat fram *Rehabpyramiden* (bil.3) som syftar till att identifiera var individen befinner sig i rehabiliteringsprocessen.

Utbildningar och workshops

SIP-utbildning till socialsekreterare gavs i början av projektet internt. Dessutom informerades medarbetarna om webbaserade utbildningar på Uppdrag Psykisk Hälsas hemsida. (www.uppdragpsykiskhalsa.se)

Försäkringskassan har hållit workshops om läkarintyg, DFA-kedja, Förstärkt samarbete och samordnad rehabilitering samt om sjuk- och aktivitetsersättning. Även Försäkringskassans avdelning för funktionsnedsättning, har informerat om sjuk-och aktivitetsersättning.

Interna utbildningar gällande handläggning av målgruppen har getts till nyanställda.

Sweco genomförde en processkartläggningsworkshop med 20 personer i januari 2017 med alla samverkansparter för att identifiera ”typiska” processer där SIP används, vad, hur och när SIP görs, kvalitéer, flaskhalsar och glapp i myndighetsansvar, vad som behöver utvecklas, förbättras samt styrkor och svagheter i samverkan. (Sweco. *Utvärdering av Kaosam*)

Mina Planer

Mina planer är ett integrerat IT-system för hälso-och sjukvård och socialtjänst som infördes i Lunds kommun 2016. Under projektiden har alla socialsekreterare fått behörighet och utbildning i Mina Planer för att kunna upprätta SIP, samordnad individuell plan. Systemet används i öppenvården och SVPL samordnad vårdplanering används vid utskrivning från slutenvården. Systemet innebär att slutenvård, öppenvård, primärvård och kommuner tillsammans kan planera och säkra patient/klienters väg mot målet.

Användningen av Mina Planer i Lund varierar mellan de olika vårdenheter samt beroende på om det är en privat eller offentlig vårdgivare. Eftersom socialförvaltningen i Lund inte haft tillgång till Mina Planer i inledningen av projektet har detta inneburit att det varit svårt för vården att veta om SIP ska upprättas digitalt eller manuellt. Det finns också funnits en viss skepsis mot att använda Mina Planer då SIP-mallen varken är läsvänlig eller utskriftsvänlig vilket innebär problem när den ska vidarebefordras till andra aktörer som medverkat t.ex Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som inte har behörighet i Mina Planer. Eftersom SIP-processen ska ha ett tydligt individperspektiv finns fortsatt utvecklingsbehov av det nu befintliga IT-systemet.

Mina Planer kommer att uppdateras till en nyare version som ska göra det möjligt att kalla till möten i systemet som ett led gällande utskrivning från slutenvården. (SFS (2017:612) *Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården hälso-och sjukvård.*)

SIP-processen

En SIP är inte bara ett möte. SIP är en metod eller en process som kräver delaktighet, motivation och aktivitet från alla medverkande parter. Referensgruppen har utarbetat en process tillsammans utifrån erfarenheter från projektet och som omfattar alla parter.

(bil. 2) Processen är indelad i 7 olika faser från uppmärksammat behov av SIP till avslut. Oavsett vem initiativet kommer från är processen den samma. Processen tar hänsyn till övriga regionala och lokala riktlinjer och rutiner. En SIP-process består av följande faser:

- Behov
- Samtycke och delaktighet
- Kallelse och förberedelse
- SIP-möte
- Samordning
- Uppföljning
- Avslut

Det som främst skiljer sig åt mellan parterna är hantering av samtycke och sekretesseftergift vilket delvis beror på myndigheternas olika sekretesslagstiftning.

Intervjuer med socialsekreterare

I samband med kartläggningarna 2015 och 2017 intervjuades socialsekreterarna kring handläggningsfrågor om samverkan, SIP och utbildningsbehov. Förutom frågorna om SIP var frågorna liknande vid båda tillfällena. 17 socialsekreterare medverkade 2015 och lika många medverkade 2017. Idag finns endast 7 socialsekreterare kvar sedan 2015. På vissa tjänster har det varit flera byten av socialsekreterare.

Kartläggningar

Ytterligare två kartläggningar har skett under projektperioden, Kaosam 1 och Kaosam 2 i syfte att identifiera ärenden som kunde vara aktuella för SIP samt i lärandesyfte följa upp hur handläggningen sker i de ärenden som tillhör målgruppen. I KAOS uppmärksammades många ärenden där det inte fanns något tydlig väg mot självförsörjning, där det fanns motsägelsefulla bedömningar kring arbetsförmågan, medicinska tveksamheter, otydligheter kring insatser och behov av samordning av arbetslivsinriktad, medicinsk eller social karaktär och/eller där det inte skett någon progression i ärendet på lång tid. I dessa ärenden har projektledare tillsammans med socialsekreterare diskuterat både handläggning och ställningstagande till SIP.

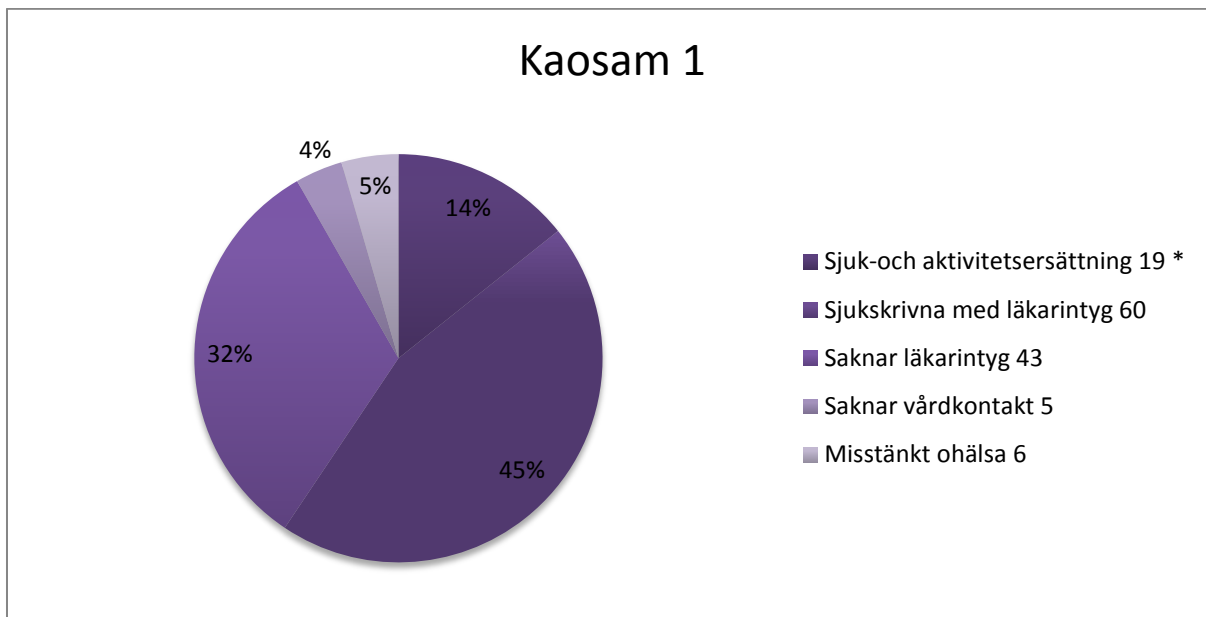
Kaosam 1

Förutom de 348 ärenden i KAOS kartlades *resterande* ärenden på Arbets- och Försörjningsenheten t o m 151231 enligt samma metod. I denna kartläggning medverkade inte enheten 18-24. Det totala antalet ärenden i KAOS och Kaosam 1 uppgick till 478.

I Kaosam 1 kartlades 130 nya ärenden. Av dessa var 54% kvinnor och 46% män.

- 19 hade sjuk-och aktivitetsersättning. (14 med 100% och 5 med partiell. 3 av dessa är sjukskrivna på den andra delen)
- 60 var sjukskrivna med läkarintyg, 55% kvinnor och 45 % män
- 43 saknade läkarintyg
- 5 saknade vårdkontakt och 6 misstänktes ha en ohälsa som påverkade arbetsförmågan
- Depression, ångest var de vanligaste förekommande diagnoserna.

61 var inskrivna på Arbetsförmedlingen varav 37 var aktivt arbetssökande. 8 var aktuella i det Förstärkta samarbetet med Försäkringskassan/Arbetsförmedlingen.



*5 har partiell sjukersättning. 3 av dessa är sjukskrivna på den andra delen

Kaosam 2

I februari 2017 gjordes en ny kartläggning, Kaosam 2, där **alla** ärenden, även de som ingått i tidigare kartläggningar, som tillhörde målgruppen på Arbets- och försörjningsenheten och enheten för 18-24 kartlades enligt samma urvalsmodell som i KAOS och Kaosam 1.

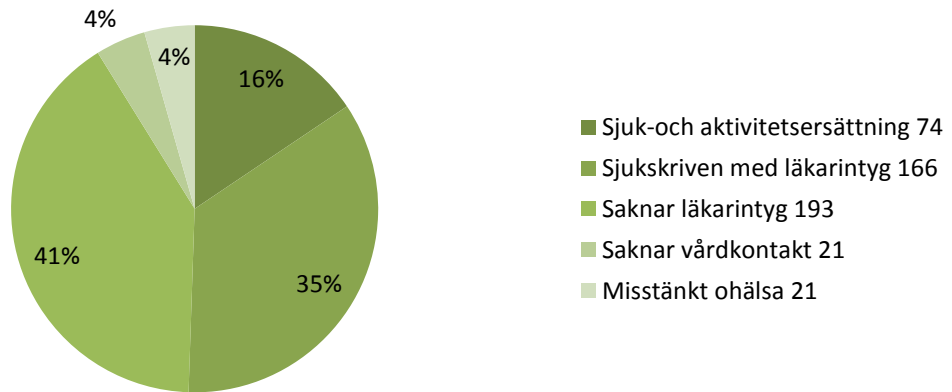
470 ärenden identifierades i Kaosam 2. I denna kartläggning togs även hänsyn till om individerna var utrikesfödda, vilka som medverkat i KAOS och Kaosam 1 samt vilka ärenden som hade fått en SIP.

Av 470 var 51% kvinnor och 49% män. 42% var utrikesfödda. 217 fanns kvar sedan föregående kartläggningar.

- 74 hade sjuk-och aktivitetsersättning, 64 med 100% och 10 med partiell sjuk-och aktivitetsersättning. (5 hade både sjukersättning samt var sjukskrivna på den andra delen) De flesta mellan 55-64 år.
- 166 var sjukskrivna med läkarintyg, 87 av primärvården, 69 av psykiatri och 10 av övriga. 60% kvinnor och 40% män. De flesta i åldern 35-44 år.
- 193 saknade läkarintyg
- 21 saknade vårdkontakt och 21 misstänktes ha en ohälsa som påverkade arbetsförmågan.
- 12% hade fått en SIP.
- Fibromyalgi, depression, PTSD, ångest var de vanligaste förekommande diagnoserna.

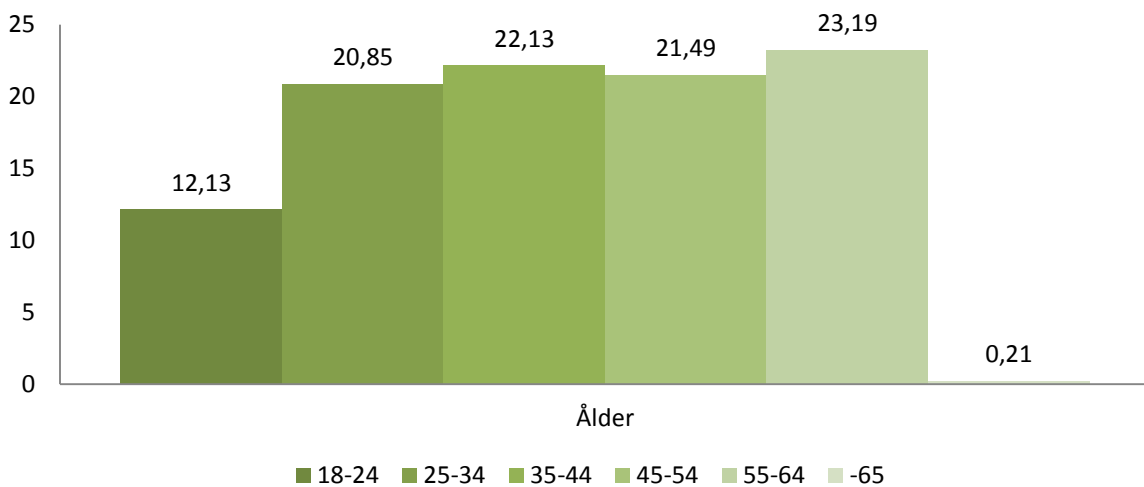
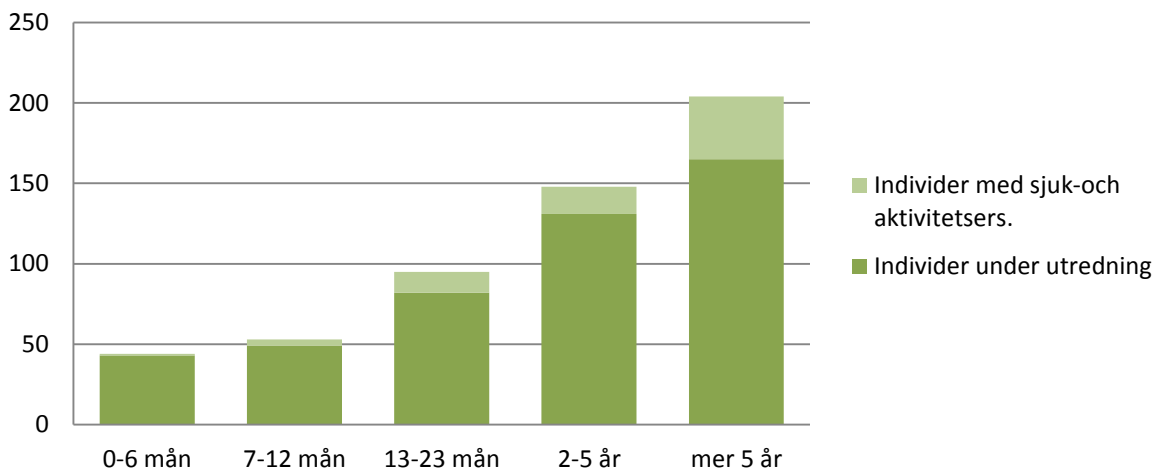
160 var inskrivna på Arbetsförmedlingen varav 85 var aktivt arbetssökande. 20 var aktuella i det Förstärkta samarbetet med Försäkringskassan/Arbetsförmedlingen.

Kaosam 2



*5 med partiell sjukersättning är sjukskrivna på den andra delen

Antal månader/år med försörjningsstöd. Antal svarande 470



Resultat Kaosam

Projektet har arbetat både på strukturell nivå och på individuell nivå. Förhoppningarna var att SIP som metod skulle åstadkomma kunskapsutveckling och kompetenshöjning för de samverkande parterna, vara till nytta för de individer som ingått i kartläggningarna och som fått en SIP samt att fler skulle komma närmare arbetsmarknaden och öka sina möjligheter att bli självförsörjande.

Kunskapshöjning hos socialsekreterare

Trots att endast 7 av 17 socialsekreterare 2015 fanns kvar 2017 i gruppen samt att det varit flera socialsekreterare på samma tjänst har kompetensen att handlägga ärenden som tillhör målgruppen har ökat. Det är stor skillnad i hanteringen av läkarintyg. 2015 var det inte ovanligt att socialsekreterarna endast tog hänsyn till period och omfattning för att bedöma rätten till försörjningsstöd. Någon analys eller reflektion av uppgifterna som fanns i läkarintygen gjordes vanligtvis inte. 2017 analyseras läkarintygen i högre grad utifrån diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar i förhållande till den planerade aktiviteten. Det finns ett annat sätt att se på sjukdom och aktivitetsförmåga idag, ett analytiskt förhållningssätt till det som skrivs i intygen och vad sjukskrivningen ska leda till samt vad som behövs för att klienten ska kunna återgå till sin planering. Socialsekreterarna konsulterar vården oftare och det fungerar mycket bra att kontakta rehabiliteringskoordinatorerna på vårdenheterna. Läkarna är dock fortfarande svåra att nå. Tyvärr är det sällan vården som hör av sig till socialsekreterarna. Samverkan med övriga samverkansparter, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, SFI fungerar bättre 2017 än 2015. De flesta känner till att Försäkringskassan har ett samordningsansvar, även för 0-placerade men många är fortfarande osäkra på när Försäkringskassan ska konsulteras och vad samordningen egentligen innebär. När det gäller SIP har nästintill alla socialsekreterare medverkat på SIP och de vet också var det går att hitta information om SIP. Framöver önskar man bl.a. utbildning om SIP, hur Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen arbetar, försäkringsmedicin, hur man håller möten, socialmedicin mm.

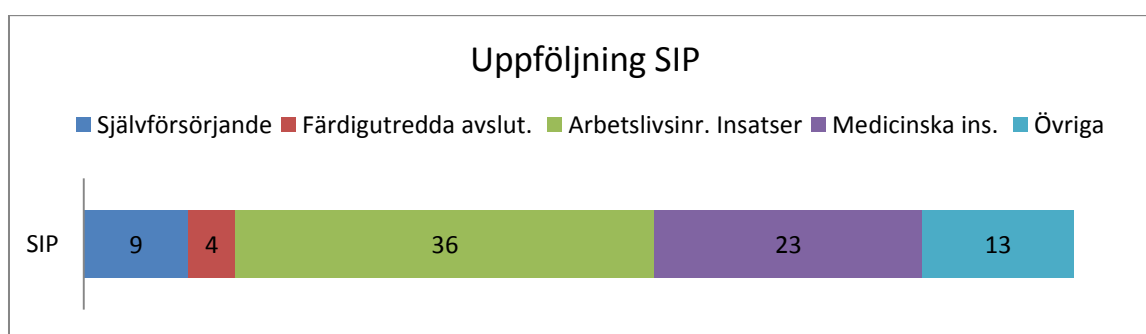
SIP som samverkansverktyg

SIP bidrar till kunskapsutveckling, bättre kommunikation, samverkan och ökad samsyn. Framförallt har Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens medverkan i SIP lett till bättre förståelse och rimliga förväntningar både utifrån ett samverkansperspektiv och ur ett individperspektiv. Många individer med olika typer av funktionshinder är i behov av tydlig kommunikation och information om hur ersättningssystemen fungerar, vilka krav som ställs för rätten till olika ersättningar samt vilka insatser som är möjliga och vem som ansvarar för respektive insats. I förberedelsefasen inför en SIP är det bra om detta klargörs så att SIP-mötet kan fokusera framåt på individens behov och mål. I SIP-mötet ska individen vara i centrum. Om en SIP genomförs som den ska skapas samsyn och helhetstänk kring delmål och långsiktiga mål. Även om det ibland kan vara svårt, utifrån tidsbrist och arbetsbelastning, att samlas kring individen i ett SIP-möte så finns det förhoppningar om att det sparar både tid och energi i ett längre perspektiv. I en SIP-process ska det utses en huvudman som har ett övergripande ansvar för att det som beslutas på mötet verkställs. I uppföljningar av SIP har det visat sig att samordningen är viktig för att individen ska nå delmål och långsiktiga mål. En SIP-process utan uppföljning och avslut riskerar att målen inte nås.

Uppföljning och resultat

SIP-processer har genomförts främst i de ärenden som har en mycket komplex problematik av sjukdom, relationsproblem, missbruk och fattigdom och som på grund av detta står mycket långt från arbetsmarknaden och från självförsörjning. I de flesta SIP-ärenden har det funnits

behov av flera olika insatser med varierande längd från många aktörer. Många gånger har det varit aktuellt med flera SIP-uppföljningar för att nå målet. Vid uppföljning 171031 hade 85 SIP genomförts i de ärenden som blivit kartlagda inom KAOS och Kaosam 1 och 2. 13 är idag färdigutredda och avslutade, av dessa är 9 helt självförsörjande 4 har en avslutad planering med fortsatt behov av försörjningsstöd. Flera har också fått sina behov tillgodosedda och har tydliga planeringar mot arbete eller studier. Många har fortsatt pågående medicinska insatser eller planering sjuk-och aktivitetsersättning. I ett några ärenden har det ännu inte skett någon progression i riktning mot arbete, ofta i ärenden där det uppmärksammas en missbruksproblematik som då lett till andra insatser. Däremot finns det en bättre kontinuitet i dessa ärenden som säkerställt att det inte blivit någon försämring för den enskilde individen. För att nå progression i komplexa ärenden krävs tålamod, idogt arbete, god samverkan och utrymme. Ju längre tid som dessa individer ”valsar” runt i systemen desto längre blir rehabiliteringsprocesserna. Ständiga avbrott förlänger rehabiliteringsprocesserna.



Rehabiliteringsansvaret

Vem har egentligen rehabansvaret för dem som uppbär helt eller kompletterande försörjningsstöd och vad menar vi med rehabilitering? Rehabilitering är ett samlingsbegrepp som står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Ansvar att utreda behovet av olika former av rehabilitering och driva individens rehabiliteringsprocess faller ofta på den aktör som står för individens ekonomiska ersättning eller bistånd. Detta innebär dock inte att all rehabilitering utförs av samma aktör. En utredning av rehabiliteringsbehovet kräver tillräcklig kompetens hos den som bär ansvaret. När det dessutom gäller personer som har ersättningar och bistånd från flera huvudmän krävs också en god samordning och koordinering. Både *Rehabpyramiden*, som referensgruppen utarbetat, och SIP är verktyg som klargör vem som bär utredningsansvaret, var en individ befinner sig i en rehabiliteringsprocess samt vem som ska stå för olika former av insatser för att rehabiliteringsbehov ska tillgodoses.

Samordning och koordinering

En del i rehabkoordinatorernas uppdrag inom vården är att se till att samordningen kring individen fungerar. I Kaosam har rehabkoordinatorernas roll visat sig vara mycket värdefull både för den enskilde individen och för de samverkande parterna.

Försäkringskassans har ett samordningsansvar för individer som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom även för dem som saknar en sjukpenninggrundande inkomst. SKL, Sveriges kommuner och landsting har på nationell nivå tillsammans med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen enats om en Viljeinriktning (Stein, H., Brattlund, L-Å., Andersson,

P-A. (2016) *Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom*) kring samarbete för att säkerställa möjligheten till rehabilitering för personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom efter den så kallade "Halmstadmodellen". Denna modell syftar till att parterna ska samverka bättre. Trots detta är samordningsuppdraget fortfarande svårdefinierat. I ärendeuppföljningarna i Kaosam har det visat sig att det finns stor variation i hur Försäkringskassan hanterar samordningsärenden vilket blir svårt för både samverkansparter och den enskilde individen att greppa. Det är sällan Försäkringskassan informerar om sitt samordningsansvar och lyfter fram fördelarna med detta. Det Förstärkta samarbetet mellan FK och Af visar på en del goda resultat när det gäller att ha individen i fokus och att driva en framgångsrik rehabilitering men det finns också exempel på alltför långdragna processer. "Försäkringskassan har ett utredning- och samordningsansvar för dem som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom som innebär att tillsammans med individen klargöra behov av vilka åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering och se till att dessa påbörjas samt samverka med arbetsgivare, hälso- och sjukvård, socialtjänst, Arbetsförmedling och andra myndigheter." (SFS (2010:110) Socialförsäkringsbalk, 30 kap 8§-11§) Att klargöra behovet av åtgärder kräver att FK-handläggaren uppmärksammar och har kännedom vad som erbjuds av sjukvården, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen. Speciellt när den enskilde individen saknar kunskap om insatser. Det är tveksamt om denna kunskap finns hos de enskilda handläggarna på FK. Detta är inte heller självklart för dem som arbetar inom andra organisationer och som troligtvis skulle kunna leda till effektivare processer. Ett sätt att klargöra detta är att mötas på en SIP.

Sjukskrivningar

Individer med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom är i behov av att få en sjukskrivning för att få rätt till sjukpenning, försörjningsstöd och aktivitetsstöd. En sjukskrivning är kopplad till rätten till ersättning. Försäkringsmedicinsk kunskap behövs för att kunna sjukskriva rätt och för att göra rätt bedömningar. Socialsekreterarna arbetar idag mer aktivt i ärendena med bedömningar av arbetsförmågenedsättningen i förhållande till den planerade aktiviteten och har ett bättre samarbete med övriga samverkansparter framförallt med vården. Socialsekreterarna uppmanar i större utsträckning individen att söka vård i syfte att få behandling och inte enbart för att bli sjukskrivna. Det finns en större medvetenhet om att verka för att förkorta och avsluta sjukskrivningar på rätt sätt. Läkarna har en ökad kunskap om målgruppen och en bättre förståelse för socialtjänstens krav för rätten till försörjningsstöd och därmed vikten av att sjukskriva rätt, lagom och säkert som är i linje med Region Skånes vision om att sjukskriva mindre och att hantera sjukskrivning som en behandlingsåtgärd. Framförallt strävar man efter att individer med försörjningsstöd ska erbjudas samma stöd, ersättning och rehabilitering som övriga samhällsmedborgare. Utifrån ett barnperspektiv är det av stor vikt att alla människor får den rehabilitering som de har rätt till och som gör att de har möjlighet att på sikt kunna försörja sig själv och sin familj. Detta innebär att även de som har försörjningsstöd som sin inkomstkälla och som har en arbetsförmåga på grund av medicinska skäl har rätt att få en sjukskrivning. *Det finns idag läkare som fortfarande hävdar att individer med försörjningsstöd inte ska sjukskrivas även när arbetsförmågan uppenbart är nedsatt på grund av sjukdom. Detta leder ofta till stora konsekvenser för den enskilde individen.* Detta är oerhört viktig fråga som måste lyftas upp på en högre nivå för att samhället ska kunna leva upp till grundläggande värderingar om människors lika värde och ett socialt hållbart samhälle.

Tidiga insatser och delaktighet

För att undvika ökad ohälsa och sjukdom som leder till passivitet och social problematik finns behov av att utveckla metoder för tidig identifiering av rehabiliteringsbehov, såväl medicinska, psykologiska och sociala behov. Forskningen betonar vikten av tidiga insatser. Det talas också om delaktighet från individen samt om koordinering som stödjer individer att få, återgå eller behålla möjligheterna att försörja sig genom arbete. (Socialdepartementet (mars 2015) *Mer trygghet och bättre försäkring* (Statens offentliga utredningar 2015:21) För att uppnå detta behövs bra utredningsmetoder t.ex. att påbörja SIP-processer tidigt i ett rehabiliteringsärende för att kunna erbjuda individer rätt stöd och rätt insatser i rätt tid. I *Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning* gällande arbetslivsinriktad rehabilitering jämfördes tre metoder, *Förstärkt samarbete (FS)*, *Case Manager (CM)* och *Supported Employment (SE)*. Denna studie visar att personintensivt stöd med tydlig och tidig inriktning mot arbete enligt modellen Supported Employment är den bästa metoden för att unga med aktivitetsersättning ska komma i arbete. (Socialförsäkringsrapport (2017:5) Försäkringskassan)

Utredning av arbetsförmåga/funktionsförmåga/aktivitetsbegränsning

Att utreda och bedöma arbetsförmåga/funktionsförmåga och aktivitetsbegränsningar är komplicerat och får ibland långtgående konsekvenser för den enskilde individen om samverkansparterna inte är samstämmiga vilket också visat sig i en del kartlagda ärenden i Kaosam. Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen och sjukvården har fortfarande bristande samsyn kring arbetsförmåga, funktionsförmåga och aktivitetsbegränsning. Dålig tillit till varandras bedömningar, utredningar och prövningar leder till förlängda rehabiliteringsprocesser. Det är tveksamt om det kan anses rättssäker att fatta beslut om arbetsförmåga på enbart skriftliga underlag eller att myndigheter överprövar varandras bedömningar utan tillräcklig konsekvensanalys eller om det är relevant och nödvändigt att varje enskild myndighet behöver klargöra individens förmågor och begränsningar. Utifrån ett individperspektiv vore det önskvärt om prövningar av arbetsförmågan kan ske i samförstånd. (författarens kommentar) I vissa ärenden i projektet där alla parter varit överens om arbetsförmågans nedsättning, ofta efter många års utredningar, har ärenden ändå avvisats eller avslagits på grund av otillräckliga medicinska el. andra underlag, att läkaren skrivit undermåliga underlag, att handläggare som inte varit med i processen underkänner eller överprövar gjorda utredningar eller att individens förmåga överskattas trots uppenbara svårigheter på grund av funktionshinder ofta då samverkansparterna har olika syn på vad som är sjukdom respektive sociala problem. Funktionsförmåga och aktivitetsbegränsningar utgår från en biopsykosocial modell enligt den internationella klassifikationen, ICF. Detta tvärvetenskapliga synsätt är fastslagit av WHO 2001 och Sverige har anslutit sig till detta synsätt. Det är dock tveksamt hur detta praktiseras i förhållande till de beslut som fattas. Den enskilde handläggarens förståelse och analys av funktionshinder präglar i hög grad beslut om vilka insatser och åtgärder som ska erbjudas och beviljas. (Danermark, B., Larsson Tholén, S. (2016) *Arbetsliv för alla*. Malmö. Gleerups) Utmaningen ligger i att kunna samverka och driva en framgångsrik rehabilitering istället för att myndigheterna ”bollar runt problemet” för att tillfredsställa övergripande organisatoriska mål. Det finns en risk att långa rehabiliteringsprocesser leder till minskad motivation. Det kan inte vara rimligt att förvänta sig att individens motivation ska kunna upprätthållas hur länge som helst. Speciellt när forskning visar att tidiga insatser är direkt avgörande för en lyckad rehabilitering och för återgång i arbete.

Individer som står mycket långt från arbetsmarknaden

För individer med bristande motivation, oklar arbetsförmåga och lång väg till självförsörjning saknas ofta insatser. Många av dessa är inte redo för arbetsmarknadspolitiska program och åtgärder via Arbetsförmedlingen då detta kräver någon form av "kvitto" på att den befintliga förmågan ska kunna leda till arbete. Flera av dessa individer har, trots nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, heller inga möjligheter att söka sjuk-och aktivitetsersättning då arbetsförmågan inte är tillräckligt utredd och det ofta saknas tillräckligt medicinskt underlag som styrker varaktighet och grad av nedsättning. Möjligheterna att bli utredda via Arbetsförmedlingens insatser är inte aktuella för denna målgrupp. Kommunen måste så långt som möjligt i samråd med den enskilde utreda möjligheterna till självförsörjning. Detta kan innebära att ställa krav på den enskilde att genomgå läkarundersökning om hälsotillstånd och arbetsförmåga och att godta lämpliga rehabiliteringsinsatser som syftar till att återvinna eller förbättra sin arbetsförmåga. Idag finns få möjligheter att erbjuda utredningar och insatser som leder vidare och många individer hamnar därför i ett vakuum. Den offentliga vården har små möjligheter att göra arbetsförmågebedömningar på beställning från socialtjänsten och det finns heller ingen möjlighet inom kommunen att få ett underlag som verifierar vad som är gjort, vad som skulle behövas och hur vilken arbetsförmåga som finns. På Råby gård finns det numera möjlighet att pröva aktivitets-och funktionsförmågan i vissa typer av arbetsuppgifter. Det finns dock ett fortsatt behov av att vidareutveckla metoder som t.ex. MI-Motivational Interviewing, FIA-förutsättningar för arbete samt arbetsterapeutiska instrument t.ex. AWP, Assessment of Work Performance, DOA-dialog om arbetsförmåga som ofta krävs för att gå vidare till andra arbetslivsinriktade insatser eller andra ersättningar.

Handläggning

Dokumentationen i ärendena hos socialtjänsten har förbättrats vilket underlättar vid handläggningarbyten och samverkan. En av orsakerna är de nya dokumentationsreglerna från 2015. Även möjligheterna till dokumentanskanning har haft betydelse. Frågetecken kvarstår kring hur man rent praktiskt anpassar handläggning och bemötande för individer med olika former av sjukdomar, funktionshinder och aktivitetsbegränsningar. Om en individ har konstaterade svårigheter med t.ex. koncentration, oro, ångest, begåvningshandikapp etc. måste tjänstemän i högre grad anpassa handläggningen efter detta för att ge individen rätt förutsättningar och inte utgå eller hantera det som om det inte fanns några hinder. Detta gäller inte enbart socialtjänsten utan i hög grad även Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Beslut, medicinska intyg och andra underlag som är svårförståeliga riskerar att den enskilde individen inte känner sig delaktig i processen. Trygghetssystemen är idag så krångliga så att människor med kognitiva svårigheter behöver hjälp för att lotsa sig fram i snårigheterna. Den möjligheten finns idag inte för alla. Vissa organisationer har tätare kontakt med sina klienter vilket underlättar och förebygger missförstånd men detta kräver ett färre antalet ärenden.

Personalomsättning

Projektet har även arbetat på strukturell nivå och kunnat identifiera en del faktorer som lett till att många ärenden blivit långa och komplexa. En av orsaksförklaringarna är den stora personalomsättningen. Stor omsättning och tidvis brist på personal inom myndigheter innebär bristande kontinuitet, sämre effektivitet och otrygghet för den enskilde individen. Tillfälliga inhopp av vikarier kan avhjälpa den akuta krisen när det fattas personal på grund av sjukdom, vård av barn, semesterar mm. men kan sällan ersätta den ordinarie personalen. Att medarbetare söker nya utmaningar är inget nytt men det måste kunna hanteras av organisationerna på rätt sätt för att undvika en ökad arbetsbelastning för dem som är kvar i organisationen. Ett för stort antal tjänstemän och behandlare som förväntas samverka utgör en risk för dubbelarbete

och missförstånd. Många individer har haft ett oacceptabelt stort antal handläggare och som på grund av detta fördröjts i sin rehabiliteringsprocess.

Kartläggningarna KAOS, Kaosam 1 och Kaosam2

Arbets- och Försörjningsenheten och enheten för 18-24 har tidigare inte gjort någon kartläggning eller uppföljning av hur många som tillhör målgruppen och hur många som samtidigt är aktuella och hur många som kommer vidare till självförsörjning. Kartläggningarna är i första hand gjorda för att uppmärksamma ärenden som är i behov av samordning och SIP. I andra hand har kartläggningar och uppföljningar syftat till ökad processkunskap, kompetensutveckling och lärande kring hur vi framöver ska och bör arbeta med målgruppen från det att ett behov av försörjningsstöd uppstår tills att ärendet kan avslutas genom annan försörjning. Sammantaget finns ett stort antal ärenden som tillhör målgruppen. Socialtjänsten hanterade totalt 1672 individer (513 var barn) i 942 hushåll i februari 2017. I februari 2015 när KAOS-kartläggningen gjordes hade vi 1005 hushåll. Detta innebär att ca.40% av alla de ärenden som handläggs tillhör målgruppen, arbetsförmåga på grund av ohälsa och sjukdom.

Antal ärenden inom målgruppen har endast sjunkit marginellt från den första kartläggningen, KAOS/ Kaosam 1 som var 478, till den senaste, Kaosam 2 som var 470. Det ska dock noteras att ärenden från enheten 18-24 inte omfattades i Kaosam 1, vilket troligtvis skulle inneburit ett större antal ärenden. 217 ärenden i Kaosam 2 kommer från KAOS/Kaosam 1. 253 har tillkommit därefter.

I september 2016 var 158 av 478 avslutade. Med avslutade menas att de antingen är självförsörjande eller är färdigutredda med fortsatt behov av helt eller kompletterande försörjningsstöd. I oktober 2017 var ytterligare 142 färdigutredda och avslutade. I dagsläget är det svårt att veta om detta är ett bra eller dåligt resultat då det tidigare inte gjorts några kartläggningar. Det är också svårt att avgöra vilka direkta faktorer som påverkar. Troligtvis är det ett flertal faktorer som påverkar.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan

Antalet inskrivna som aktivt arbetssökande på Arbetsförmedlingen har varierat mellan 18-28% och antalet inskrivna i det Förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen mellan 3-6%. Förhoppningen var att fler skulle få hjälp med samordning och rehabilitering via det Förstärkta samarbetet men många har fått avslag på sin ansökan om samordning då man från Försäkringskassan sida bedömt att de medicinska underlagen inte styrkt sjukdom. I vissa fall har det berott på att arbetsförmågan faktiskt inte varit nedsatt av medicinska skäl, i vissa fall på att läkarintygen varit undermåliga. De ärenden som deltagit i det Förstärkta samarbetet har fått väldigt bra stöd i sin rehabiliteringsprocess och till självförsörjning och både individer och samarbetsparter är nöjda med detta arbetssätt. Handläggarna i det Förstärkta samarbetet har ett brukarmedvetet bemötande gentemot målgruppen. Även om metoden ”Förstärkt samarbete” visat goda resultat blir det svårt att motivera metoden för både individer och socialsekreterare då en del organisatoriska hinder som identifierats i projektet och ständigt stör arbetet. Det blir också svårt att behålla kompetensen kring metoden när endast 3-6% av målgruppen får stöd av det Förstärkta samarbetet.

Sjuk-och aktivitetsersättning

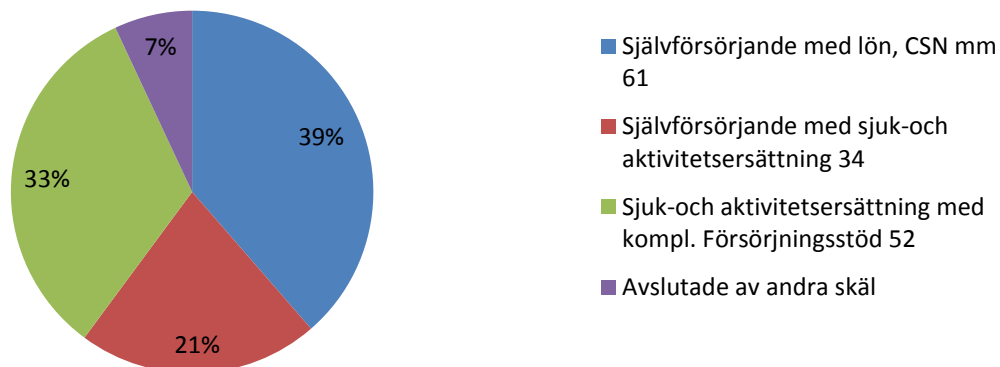
Den största skillnaden är att fler individer är beviljade sjuk-och aktivitetsersättning i Kaosam 2 än i tidigare kartläggningar. Detta kan både ses som ett misslyckande då samhället inte lyckats rehabilitera tillbaka individen till självförsörjning men också som en framgång då individen får rätt ersättning från rätt myndighet och på så sätt kommer ifrån försörjningsstödet. Sjuk-och aktivitetsersättning är pensionsgrundande, något som försörjningsstödet inte är, det innebär ofta en bättre och en stabilare ekonomi, att vissa förmåner och rabatter blir tillgängliga, ökad kreditvärdighet gentemot hyresvärdar, banker, möjlighet till sparande etc. Även om många blivit självförsörjande genom med sjuk-och aktivitetsersättning finns det också många som har ett fortsatt behov av kompletterande försörjningsstöd. En av anledningarna är ersättningen är för låg eller att de ingår i hushåll där den sammanlagda inkomsten understiger riksnormen. En del utrikesfödda som har en varaktigt nedsatt arbetsförmåga redan vid ankomst till Sverige har ingen rätt till sjuk-och aktivitetsersättning från socialförsäkringen. För dessa individer blir det ingen skillnad i ekonomin. Däremot kan socialtjänsten avsluta planeringen mot självförsörjning och på så sätt frigöra resurser hos både socialtjänsten, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och i bästa fall även hos sjukvården.

Tydligare planeringar i "långa ärenden"

Det som också framgår av kartläggningarna och i uppföljningarna är att i stort sett alla individer har en tydligare planering mot självförsörjning än för två år sedan. Dessa individer har gjort förflyttningar i rehabiliteringsprocessen mot självförsörjning. Många av de kvarvarande individerna har dock en betydligt tyngre komplex problematik som kräver andra och mer långsiktiga insatser för att tillgodose deras behov. På grund av perioder av passiv handläggning kan det antas att den komplexa problematiken fördjupats ytterligare. Att arbeta med dessa ärenden är redan en stor utmaning för personalen och kan bli svår att hantera vid ett ökat ärendeinflöde. Inflödet av ärenden med migrations-och flyktingbakgrund kommer troligtvis att öka vilket också innebär en risk för ökad belastning för personalen då denna grupp ofta har andra behov. 42% av ärendena i Kaosam 2 var utrikesfödda. Många av individerna antas ha stora behov av samordnade insatser från samhället. I vissa patientärenden finns flera hundra registrerade primärvårdsbesök under en begränsad period och samtidigt flertalet pågående insatser hos socialtjänsten samt ytterligare kontakter med andra tjänstemän hos andra myndigheter. Tillsammans med stora personalomsättningar, sjukskrivningar hos personal och därmed ökad arbetsbelastning blir det svårt att bygga förtroendeingivande relationer, kontinuitet, trygghet och kvalitet. Om det dessutom finns brister i samordningen finns stora risker för att genomströmningstiderna blir långa och att rehabiliteringsförsöken misslyckas, något som avspeglas i kartläggningarna. För att förebygga och fortsätta arbeta för att individer ska kunna närma sig arbetsmarknaden och självförsörjning behöver samverkansparterna ha bättre metoder att uppmärksamma och identifiera behov så tidigt som möjligt och bra förutsättningar att samverka på ett smidigare sätt. Framförallt behöver vi bli bättre på att fånga upp individerna i övergångarna från den ena myndigheten till den andra. Hos många kommuner sker uppföljningar med individen genom ett personligt möte en gång per månad då socialsekreterarna följer upp den gällande planeringen. På så sätt blir det en mer aktiv handläggning. Samtidigt krävs ett hanterbart antal ärenden för att det ska fungera speciellt vid personalomsättningar, sjukskrivningar, omorganisationer etc.

KAOS/Kaosam 1

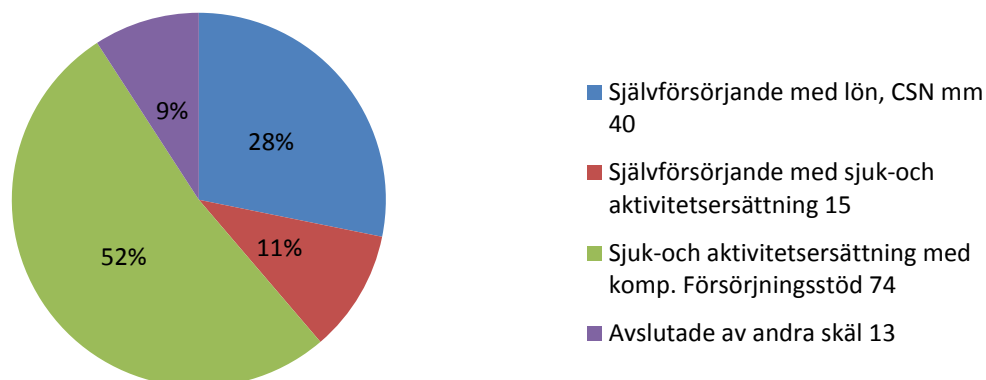
Vid uppföljning sep. 2016 var 158 av 478 från KAOS och Kaosam 1 färdigutredda och avslutade*



*Avslutade innebär att behoven tillgodosetts och att inga krav på arbetssökande ställs.

Kaosam 2

Vid uppföljning okt. 2017 var 142 av 470 färdigutredda och "avslutade" i Kaosam 2



I februari 2017 hittades 470 ärenden.

- 217 var med i KAOS/Kaosam 1
- 253 var nytillkomna
- 58 av 470 har fått en SIP

I oktober 2017 var av 142 av 470 avslutade

- 55 var självförsörjande
- 87 hade fortsatt behov av försörjningsstöd. 37 av dessa är kvar sedan tidigare, ofta de med sjukersättning.
- 98 av 142 hade haft försörjningsstöd i mer än två år.

Av de 217 från KAOS/Kaosam1 var: 10 självförsörjande (4 med sjukersättning), 53 färdigutredda och avslutade med fortsatt behov av försörjningsstöd.

Av de 253 från Kaosam 2 var: 45 självförsörjande (11 med sjukersättning), 34 färdigutredda med fortsatt behov av försörjningsstöd.

Totalt 328 av 470 hade fortsatt behov av helt eller kompletterande försörjningsstöd. 154 ärenden från KAOS/Kaosam 1 och 174 från Kaosam 2.

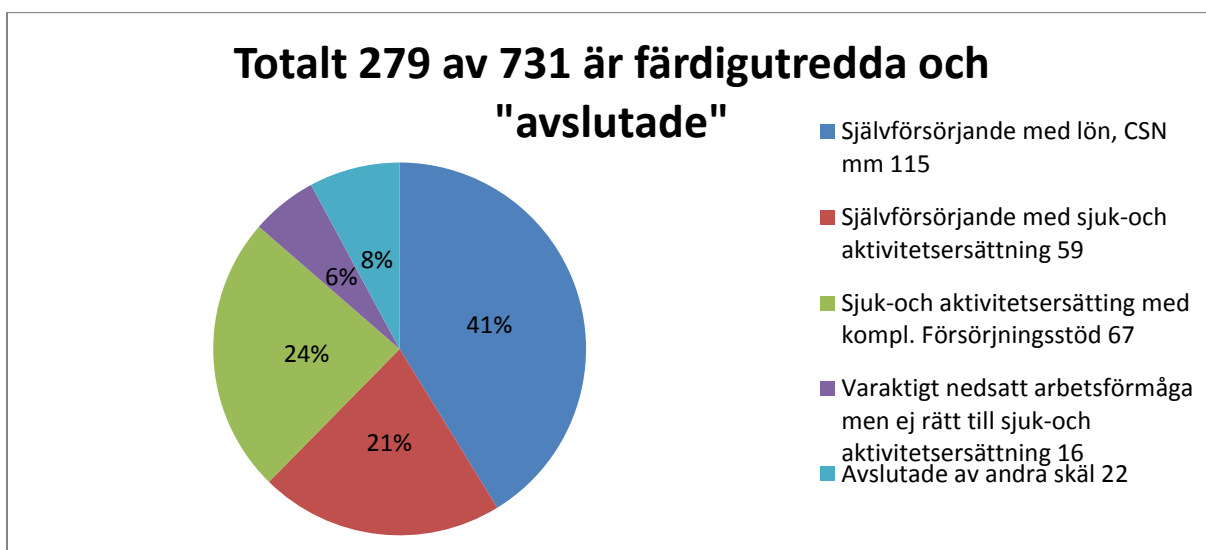
Samtliga kartläggningar

731 är kartlagda i KAOS, Kaosam 1 och 2 under perioden jan. 2015-feb. 2017.

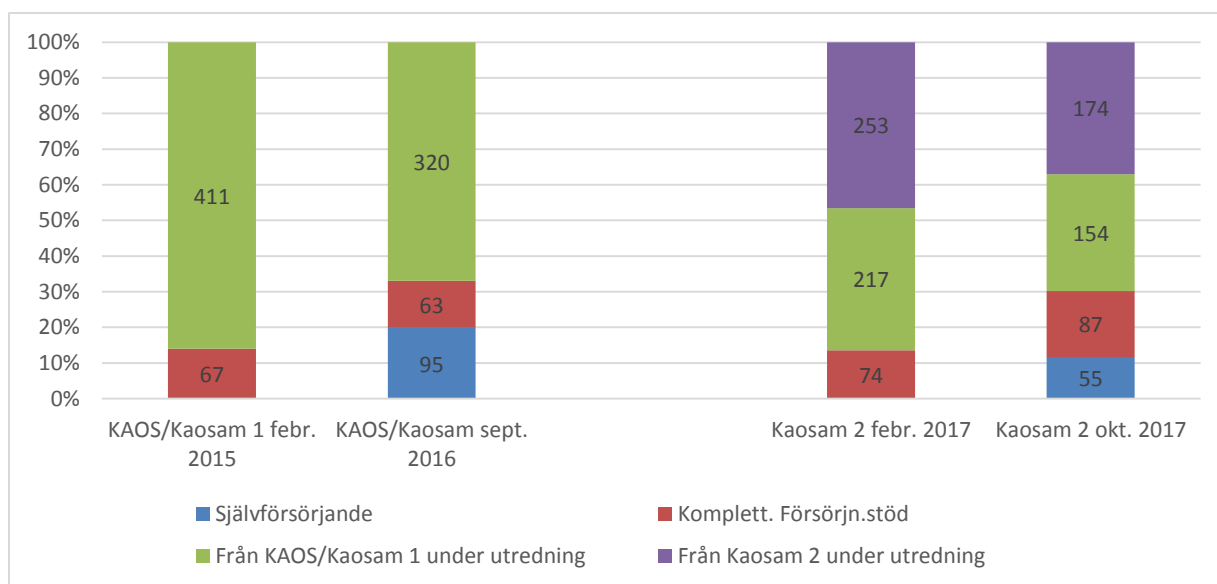
- 348 från KAOS t o m februari 2015
- 130 i Kaosam 1 februari 2015-december 2015
- 253 i Kaosam 2 januari 2016-februari 2017

Av dessa är:

- 174 helt självförsörjande. 59 via SE, 115 via arbete, CSN, flyttat etc.
- 105 är avslutade men har fortsatt helt el. kompletterande försörjningsstöd. Av dessa har 67 sjuk-och aktivitetsersättning, 16 varaktigt nedsatt arbetsförmåga men ej rätt till sjuk-och aktivitetsersättning t.ex. sjuk vid ankomst till Sverige, 22 avslutade av andra skäl.
- 38% är färdigutredda och avslutade



103 ärenden från KAOS/Kaosam finns inte med i Kaosam 2. Detta kan bero på att de inte längre är aktuella för försörjningsstöd eller att de inte längre tillhör målgruppen vilket får anses som ett steg i rätt riktning. För att utreda mer kring dessa behöver resultatet från sept. 2016 att följas upp ytterligare.



Fortsatta utvecklingsbehov

Kaosamprojektet avslutades med ett Implementeringsseminarium, *Vad händer efter Kaosam?* där Sweco presenterade sin utvärdering och där samverkansparterna fick redogöra sina tankar om nyttan av projektet och hur var och en tänkte kring fortsatt implementering. Ca. 85 personer från olika myndigheter och sjukvårdsinrättningar deltog på seminariet. Nedanstående förslag och rekommendationer är mer eller mindre kongruenta med Swecos förslag.

- SIP som samverkansverktyg kan förbättras ytterligare om fler får utbildning.
- Brukarinflytandet behöver stärkas för att SIP ska bli individens individuella plan.
- Rutiner kring sekretesshanteringen kan förbättras och bli tydligare.
- Samordningen i SIP-processen behöver kvalitetssäkras.
- Rehabkoordinatorrollen behöver lyftas fram ytterligare. Det måste också finnas utrymme att utveckla den specifika rollen i enlighet med nationella riktlinjer. Liknande roller borde finnas hos kommun och Arbetsförmedlingen. Case manager bl.a. inom kommunen kan likställas med koordinatorrollen men har starkare individfokus.
- Försäkringskassans samordningsansvar och det Förstärkta samarbetet behöver klargöras och SKL:s Viljeinriktning behöver följas.
- Läkarna och vårderna behöver utbildning i hur försörjningsstödet fungerar framförallt i förhållande till sjukskrivningar men även om socialtjänstens uppdrag.
- Samverkansparterna behöver hålla diskussionen levande kring hur vi definierar de olika begreppen, vilka förväntningar vi har på varandra och vad som är rimligt.
- ”Sysselsättningsmöjligheter” för dem som behöver träna upp basala behov och rutiner efter lång frånvaro från arbetsmarknaden eller som saknar erfarenhet av arbetsmarknaden.
- Kompetenshöjande utbildningar för personal för utveckling av brukarvänlig handläggning och bra bemötande.
- Socialförvaltningen behöver göra fördjupade sjukfallsutredningar tidigt i ärendena, arbeta mer med personintensiva tidiga insatser samt samverka mer både internt och externt i början av en aktualisering.
- Utarbeta rutiner för att identifiera vem som har det övergripande rehabansvaret och för att identifiera var i rehabiliteringsprocessen individen befinner sig.

Sweco, utvärdering och utvecklingsområden och rekommendationer

Sweco kopplades in våren 2016 i utvärderingssyfte och har följt projektet sedan dess. De har bl. annat utvärderat programlogik, gjort en nulägesanalys, hållit en workshop, gjort intervjuer och en processkartläggning. De har i sin slutrapport reflekterat över arbetet i projektet samt lämnat förslag på vad som behöver utvecklas framöver. Förslagen överensstämmer med föreliggande rapport. För mer information om projektutvärderingen se Swecos slutrapport.

SIP är ett bra verktyg – men det måste finnas bra strukturer för att det ska kunna komma till sin rätt. De olika insatser som har gjorts inom ramen för utvärderingsarbetet visar att många upplever att SIP är ett bra verktyg men att bra förutsättningar måste finnas så att det kan användas som det var tänkt när lagen stiftades. Om det blir för krångligt och tidskrävande kommer enskilda läkare och handläggare uppleva att det är alltför krångligt. Exempelvis kan tidsbrist, administrativa hinder, svårigheter att få ihop mötestider, ovisshet kring vem som är rätt person att kontakta m.m. göra att SIP inte används även om det finns ett behov av det. Kontinuerligt arbete krävs för att underlätta arbetet med SIP.

Tydligt stöd från ledningen, kontinuerlig förankring och kunskapsspridning krävs.

Socialsekreterarna på Socialtjänsten i Lund, samt personal i andra samverkande organisationer, har genom projektet fått ökad kunskap och kompetensutveckling när det gäller SIP. För att de kunskaper och strukturer som byggts upp när det gäller SIP ska kunna bibehållas krävs dock ett kontinuerligt arbete med kunskapsspridning och förankring eftersom det efterhand kommer nya medarbetare som inte är förtrogna med de arbetssätt som har utarbetats. Eftersom det tar en del tid i anspråk att förbereda och genomföra en SIP är det viktigt att ledningen tydligt visar att det är något som bör prioriteras om det finns ett behov.

Att ha en person i de berörda organisationerna som har extra ansvar för SIP. Denna individ kan vara kontaktperson vilket underlättar för samverkande organisationer i och med att man då vet till vem man ska vända sig till. Denne/denna person kan med fördel också hålla sig uppdaterad kring frågor som rör SIP såsom metodutveckling, administration och lagstiftning.

Brukarperspektivet kan utvecklas ytterligare. Intentionen är att SIP ska vara till för individens bästa och att det ska vara ett möte där brukaren kan göra sin röst hörd. Enligt informanterna är det dock inte alltid som ett brukarperspektiv genomsyrar planering och genomförande av SIP.

Brukarperspektivet kan till exempel stärkas genom att se till att parterna är förberedda så att inte fokus hamnar på fel frågor eller vilken part som bör ta ansvar för försörjningen eller att göra brukaren så motiverad och delaktig som möjligt.

Mötestekniken kan utvecklas. Enligt flera av informanterna krävs det mycket av den person som ska hålla i ett SIP-möte eller andra komplexa samverkansmöten. Detta är inte heller alltid något som de nyutexaminerade har med sig från grundutbildningen utan där ligger fokus mer på individuella samtal. Att öka kunskapen kring hur man initierar, planerar, genomför och följer upp komplexa samverkansmöten skulle vara önskvärt.

Fler komplicerade ärenden där individen har migrant- eller flyktingbakgrund är att vänta. I en stor del (nära hälften) av de SIP:ar som har genomförts inom ramen för projektet har brukarna haft invandrarbakgrund. Med tanke på de senaste årens migrationsvåg, och flyktingkrisen under 2015, kommer en stor del av de SIP-ärenden som genomförs framöver att ha brukare som har migrantbakgrund. Att genomföra SIP-möten med individer som har sina rötter i en annan samhällskontext och som kanske inte pratar så bra svenska innebär särskilda utmaningar. Detta gäller inte minst i de fall där individerna har ett trauma bakom sig eller har försämrad hälsa på grund av migrationsrelaterad stress. I den här typen av ärenden krävs extra omsorg när det gäller planering och genomförande av SIP-möten samt när det gäller att informera, involvera och göra brukaren delaktig.

Avslutande diskussion

Kaosam har mötts av ett stort engagemang från chefer och socialsekreterare som gjort det möjligt att genomföra kartläggningar, medverka i SIP och nya arbetsätt även om det kostat både tid och energi. Även arbetsmarknadskonsulenter, personal på Råby Gård och övriga samverkansparter har bidragit till att Kaosam har varit möjligt att genomföra.

Socialsekreterare som arbetar med ekonomiskt bistånd och andra samverkansparter både internt och externt har fått en bättre förståelse för att individens ekonomiska situation hänger ihop med rehabiliteringsprocessen och är en del i helheten för att hen ska kunna få eller behålla en arbetsförmåga som kan användas för att kunna uppnå en självförsörjning.

Socialsekreterarna på försörjningsenheten arbetar med individer med mycket komplex problematik som kräver fördjupad och bred kompetens. Det handlar om allt från ekonomi, medicin, psykologi, missbruk, migration, kulturkompetens, samverkanskunskap, socialförsäkring, social problematik mm. Det är ett arbete som kräver en bred intern och extern erfarenhet och som måste bedrivas utifrån ett helhetsperspektiv. Arbetet måste vara begripligt, hanterbart och meningsfullt. Socialt arbete kräver kunskap, tålamod och utrymme. För att kunna bedriva förändringsarbete med individen i fokus måste det finnas både ork och motivation inte enbart hos individen utan även hos den enskilde arbetstagaren. I detta avseende är vi jämställda med våra klienter. Forskning om motivation och målsättning visar på vikten av att det finns tydliga mål. Här har chefer och andra personer i ledande befattning ett stort ansvar. Många studier visar att ju svårare och mer specifika målen är desto bättre blir resultatet såvida utmaningen och målet är accepterat. Det krävs ett stort mått av engagemang för att bemästra svåra mål och det sociala arbetet, och våra komplexa ärenden kräver verkligen en stor portion av detta. Arbetsmotivation handlar om vilja och övertygelse och att det finns ett värde med det vi gör. Utan kompetenta och motiverade medarbetare blir det sociala arbetet svårt att genomföra.

De sociala trygghetssystemen behöver rekonstrueras om dessa på sikt verkligen ska vara till nytta för den enskilde individen. SIP är ett steg i rätt riktning för att få det att fungera i praktiken och ett verktyg som kan utvecklas ytterligare. Nu är det upp till politiker, chefer, samverkansparter och arbetstagare att anta utmaningen och ta ansvar för en agenda som förhoppningsvis leder till social hållbarhet för både dem som arbetar med socialt arbete och för dem som utsätts för socialt arbete.

Det har varit oerhört intressant att få vara projektledare och följa Kaosamprocessen tillsammans med er samverkansparter så ett stort tack till Ann-Charlott Johansson, Marie-Louise Björnberg, Björn Hassgård, Agneta Rosdahl, Ulrika Thell Mijdemä, Maria Sjölin Olsson, Marie-Louise Lindblad, Kristina Svensson, Pirjo Termonen, Ola Carlenhag, Linda Fröjdendal, Leif Bredford, Fredrik Modig, Cecilia Arenberg, Josephine Olsson, Shida Bidari och Bengt Selander.

Elisabeth Ravn, projektledare
Arbets-och Försörjningsenheten i Lund



SIP ska påbörjas utan dröjsmål när det finns behov av att samordna insatser från Socialtjänst och Hälso-och sjukvård.

Även andra kan bjudas in till en SIP, FK, Af, skola, god man kriminalvård, anhöriga m.fl.

Den enskilde ska samtycka till informationsutbyte mellan parterna och till att en SIP-process påbörjas. Information till den enskilde ges både muntligt och skriftligt.

Parterna ska motivera och stödja individen till att få till stånd en SIP.

Den som initierar till SIP kallar, bokar tolk och lokal .

Kallelsen ska vara skriftlig och innehålla datum, tid, plats och namn på samtliga deltagare.

Tänk på att kalla mötesdeltagare med omsorg.

SIP-processen

SIP-planen innehåller:
 - Vilka insatser som behövs
 - Vilka insatser respektive huvudman ska svara för
 - Vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget
 - Vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för SIP

I SIP ska det anges vilken huvudman/ person inom socialtjänsten eller inom Hälso- och sjukvården som har det övergripande samordningsansvaret för planen.

Var och en part utför, följer upp och dokumenterar den beslutade insatsen i sitt system.

Samordnaren följer upp både internt och externt, kallar till möte enl. uppgjord SIP-plan.

SIP-processen avslutas när individen har nått sitt mål och det inte längre finns ett behov av att samordna insatserna.

En SIP-process avslutas också om samtycket dras tillbaka.



Behov finns när du bedömer att:

- Det behövs samordning och insatser från flera verksamheter.
- Ansvarsfördelningen behöver tydliggöras.
- Insatser behöver ges samtidigt eller i särskild ordning.
- En person upplever att hen "bollas runt".

Hämta in samtycke och dokumentera enl. fastställda rutiner i din verksamhet .

Den enskildes delaktighet i SIP-processen är viktig. Även anhöriga ska ges möjlighet att delta i processen om den enskilde samtycker till det.

Planen ska utgå från den enskildes hela livssituationen.

Förbered individen om hur mötet kommer att gå till, stäm av vilka frågor som ska tas upp, vem som ska vara med och säkerställ att den enskilde förstår syfte och mål.

Förbered dig genom att vara väl inläst på ärendet. En SIP ska fokusera på framtiden.

Ibland behöver du hämta in information och dokumentation från annat håll eller dela med dig till annan part före mötet.

Mötesstruktur:

- Inledning
- Nuläge
- Behov
- Sammanfattning
- Avslut
- Utse mötesledare och en som dokumenterar.
- Informera om syfte och sekretess.
- Låt alla presentera sig.
- Utse samordnare.
- Boka uppföljning v.b.
- Alla ska godkänna, skriva under och få en kopia av planen.

Dok. sker i Mina Planer el. enl. gällande riktlinjer.

Om du utses till samordnare har du kontakt med både individ och utförare.

För att den enskilde ska nå sina mål är samordningen efter SIP mycket viktig.

Om SIP-planen inte följs eller om förutsättningarna ändras ska du som är ansvarig samordnare sammankalla till uppföljningsmöte.

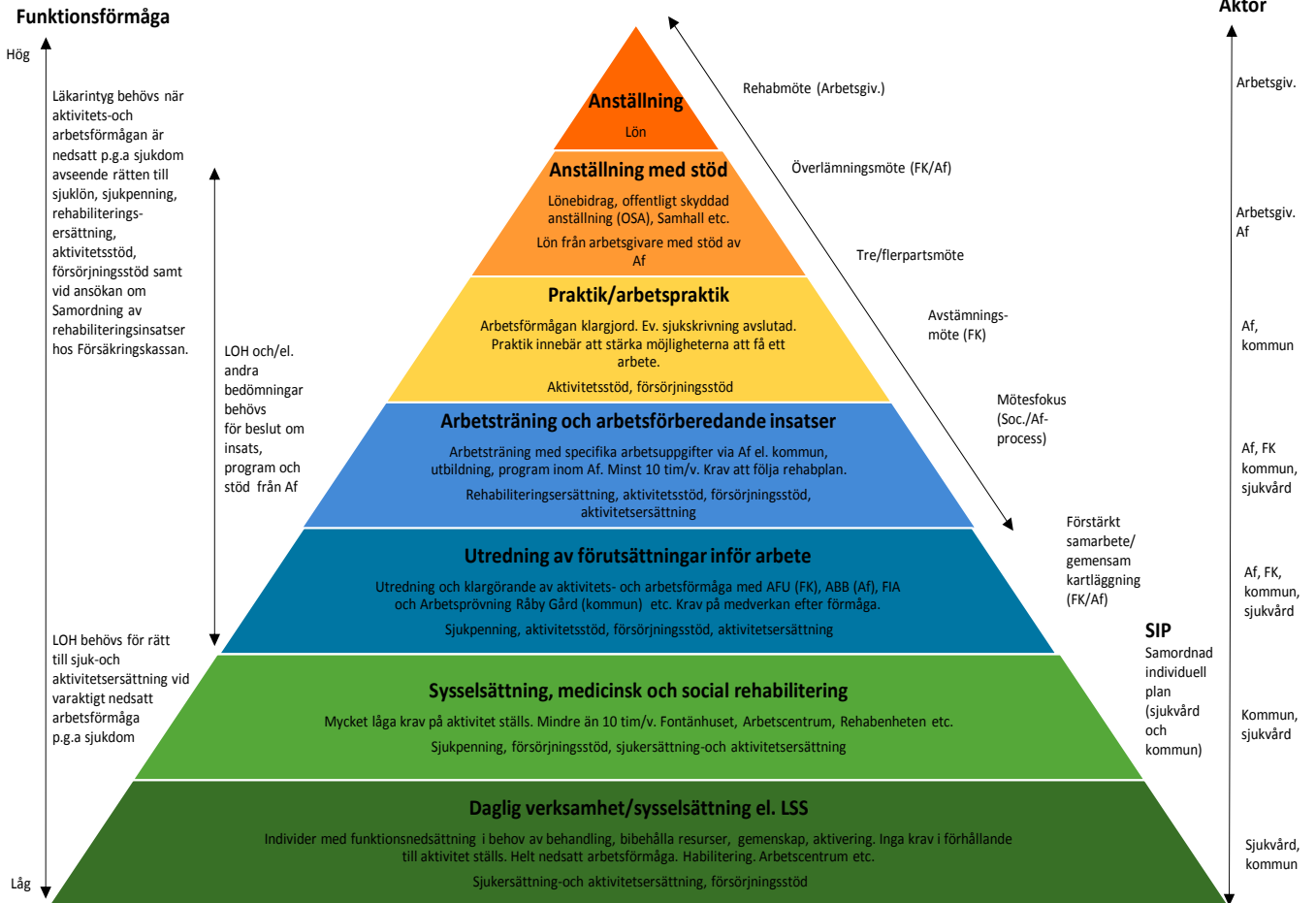
Ibland övergår ansvaret för samordningen till annan part under processen.

Som ansvarig samordnare ska du informera både den enskilde och andra parter när SIP-planen avslutas.

Ibland kan detta ske genom ett avslutande möte, ibland via tel., mail eller genom ett sammanfattande dokument.

Rehabpyramiden

Individer med oklar arbets-/aktivitets-/funktionsförmåga p.g.a sjukdom och ohälsa



Målet är att fler individer med oklar arbetsförmåga
på grund av ohälsa och sjukdom
ska komma närmare arbetsmarknaden och
öka sina möjligheter att bli självförsörjande
och/eller få ersättning från rätt myndighet.

