

**SLUTRAPPORT FÖR PROJEKTET PERSONER SOM ÄR SJUKA OCH SAKNAR
EN SJUKPENNINGGRUNDANDE INKOMST 2013-03-01 – 2015-02-28.**



Slutrapport för projektet personer som är sjuka och saknar en sjukpenninggrundande inkomst 2013-03-01-2015-02-28.

Bakgrund

I Sörmland intensifierades diskussionen om hur vi tillsammans på ett effektivt sätt ska arbeta med de individer som är beroende av ekonomiskt bistånd för att de är sjuka och sjukskrivna men saknar en sjukpenninggrundande inkomst (SGI), så att förmågan förbättras och man går mot att bli självförsörjande.

Följande problemområden/utvecklingsområden hade identifierats innan projektstart;

Individen har ofta en komplex problematik, är aktuell hos flera myndigheter samtidigt och är i behov av flera olika insatser för att återfå arbetsförmågan. För att insatserna – sociala, medicinska, arbetslivsinriktade ska bli effektiva krävs att de sker parallellt där medicinska förutsättningar finns. För att detta ska bli möjligt behövs enhetliga rutiner och ett enhetligt förhållningssätt och samordning av resurser.

Socialtjänsten har på många sätt samma uppgift som Försäkringskassan vad gäller att tolka intyg gällande funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning samt bedöma arbetsförmågens nedsättning och rätten till ersättning. Det saknas medicinsk stödfunktion i verksamheten och därutöver har socialtjänsten svårigheter att komplettera information vilket beror på att man inte har mandat eller lagstöd att kräva att läkarna samarbetar.

Socialtjänsten har också förväntningar på försäkringskassan avseende deras lagstyrda samordningsansvar för målgruppen men här finns ibland missuppfattningar kring vad samordningsuppdraget innebär.

Inom **vården** känner man sig osäker på hur man ska använda sjukskrivning för målgruppen och vilka intyg man ska utfärda. Man är även osäker på hur bedömningar ska göras och vilka konsekvenser en sjukskrivning får för individen. Vidare upplevs det att målgruppen inte erbjuds medicinsk utredning/behandling i tillräcklig omfattning.

Försäkringskassan saknar direktiv eller riktlinjer för hur de inom sitt samordningsuppdrag bör samverka kring personer som inte har någon SGI och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom. Försäkringskassan kan heller inte ställa krav på att individen ska delta i rehabiliteringen eftersom Försäkringskassan inte står för ersättningen. Om intygen är bristfälliga kan försäkringskassan inte heller bedöma om samordningsansvar föreligger.

Hos **Arbetsförmedlingen** finns det inget tydligt lagstöd för att begära intyg och underlag från vården eller bjuda in till möten. Arbetsförmedlingen behöver medicinsk information dels för att initiera rätt åtgärder men är också i behov

av löpande stöd från hälso- och sjukvården för att kunna stötta individen på rätt sätt i rehabiliteringsprocessen.

Samtliga aktörer efterfrågar bättre dialog dem emellan för att utnyttja varandras kompetens och resurser i samverkansarbetet. Detta för att i större utsträckning göra gemensamma bedömningar av arbetsförmågans nedsättning hos individerna i målgruppen och tillsammans med individen planera för aktiviteter så att den får rätt insats, rätt ersättning från rätt instans vid rätt tidpunkt.

Målgrupp

Målgruppen är individer som erhåller ekonomiskt bistånd, som inte har en SGI och är sjuka med eller utan läkarintyg samt i behov av samordnat stöd. Det innebär att målgruppen är vidare än den som omfattas av Försäkringskassans samordningsuppdrag.

Under projektiden har även de individer som har etableringsersättning från Arbetsförmedlingen ingått i målgruppen.

Föreslagen insats

Oberoende av grundersättning så behövs det ta ett steg framåt för att närma sig visionen om en likvärdig och rättsäker bedömning, behandling och rehabilitering för alla individer i Sörmland. Det behövs då ett gemensamt förhållningssätt och gemensamma rutiner och processer.

Syfte

Syftet med föreslagen insats är att i Sörmland skapa ett effektivare stöd till individerna i målgruppen där rehabiliteringsbehovet blir utrett och aktiviteter samordnade så att de får rätt insatser, rätt ersättning, från rätt instans, vid rätt tidpunkt och att de därmed förbättrar sina möjligheter att komma åter i arbete eller stå till arbetsmarknadens förfogande.

Uppdraget

Uppdraget är att stödja utvecklingen av en process som präglas av tidiga och aktiva insatser för att undvika långvarig sjukfrånvaro särskilt iden grupp som saknar SGI. Som stöd i arbetet finns lokala styrgrupper i varje kommun och en länsgemensam styrgrupp (TRIS).

I uppdraget ingår att;

Kartlägga hur processen ser ut idag för målgruppen inom varje kommun i Sörmland och med utgångspunkt från individen

Ta fram processmodell som eventuellt kan prövas i en pilot. Modellen ska kunna införas i samverkansplattformen TRIS

Bevaka utvecklingen och aktuella diskussioner som pågår nationellt för målgruppen

Föra dialog med lokala styrgrupper och länsstyrgrupp

Genomföra arbetet i nära samarbetet med processtödet-/ledare TRIS.

Genomförande av uppdraget

Kartläggning genom intervju

Under 2013 har uppdraget inriktat sig på att kartlägga hur samverkan ser ut i samband med att en individ som är 0-placerad är i behov av insatser för att återfå förmågan för att stå till arbetsmarknadens förfogande eller återgå i aktivitet/åtgärd.

Kartläggningen har skett genom intervjuer med handläggare och chefer hos de berörda aktörerna, där fokus framförallt lades på kommunerna då de har en central betydelse för individen, dels genom att man står för försörjningen men man är också den aktör som tidigt i sjukfallet kan uppmärksamma signaler om att ett behov av insatser behövs från andra aktörer. Kartläggningen visade att utvecklingsområdena som var identifierade innan projektstart kvarstod, men att även ytterligare utvecklingsområden tillkommit. Dessa utvecklingsområden samlades ihop och tillsammans med en "brainstormgrupp", med parter från samtliga aktörer. Tanken med detta var att få en samlad diskussion med samtliga parter samt att se om vi hade fått upp allt till "ytan".

Framtagande av process

När kartläggningen var genomförd hösten/vintern 2013 togs ett flöde av processen fram med inriktning på vad som ska ske innan, under och efter TRIS-mötet. Uppdraget var utformat på så sätt att processen skulle kunna införas i samverkansplattformen TRIS. Tanken var att processen inte skulle göras för detaljstyrd, och att processen skulle länka till metoder och rutiner som var användbara i samverkansarbetet. Processflödet presenterades på en nätverksträff med Socialtjänstens kontaktpersoner i TRIS i december 2013 och man var enig om att kunna arbeta utifrån den framtagna processen.

Urval av pilotteam

I enlighet med uppdraget så skulle processen prövas i pilotverksamhet. Tillsammans med Landstinget tog man fram lämpliga vårdcentraler till att delta i pilotverksamheten. Kriterierna för att bli uttagen till pilotverksamheten var att det fanns ett intresse för detta, att man blev uttagen (av Landstinget) att ingå i

Försäkringskassans projekt "rätt info – rätt insats" samt att målgruppen 0-placerade, fanns knutna till vårdcentralen.

De vårdcentraler som blev uttagna till pilotverksamheten var Tunafor's VC i Eskilstuna, Nävertorps VC i Katrineholm samt psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Oxelösund. Den senare, psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Oxelösund var inte uttaget till Försäkringskassans projekt "rätt info – rätt insats" men man ansåg ändå det intressant att pröva processen där då psykisk sjukdomar står för en stor del av de sjukdomar som individer i målgruppen sjukskrivs för.

Inför uppstarten av respektive pilotverksamhet så träffade processledaren respektive TRIS-team vilket innebär Socialtjänsten, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt vården och de yrkesroller som ingår i vårdens team. Man gick då igenom processen, frågor kring läkarintyget, samordningsuppdraget samt vilka krav som ställdes på respektive aktör.

Även cheferna hos respektive aktör fick information om pilotverksamheten.

Genomförande av pilot inklusive uppföljning

Pilotverksamheten startade i slutet på mars 2014 på Tunafor's VC och Nävertorps VC och i början på maj 2014 på psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Oxelösund. Därefter har pilotverksamheten följts upp av processledaren genom träffar med hela teamet samt kontakter med enskilda handläggare i teamet.

Omvärldsbevakning

I uppdraget ingick också att bevaka utvecklingen och aktuella diskussioner som pågår för målgruppen. När det gäller nationella frågor så har kontakt tagits med Försäkringskassans huvudkontor ifråga om samordningsuppdraget och om det ska förtydligas för målgruppen 0-placerade, då det upplevs som otydligt. Från nationellt håll så hade man inga intentioner på några riktlinjer eller metoder för målgruppen. Man hade ett projekt som pågick i Halmstad som Försäkringskassan nationellt bevakade.

De Försäkringskassor som projektet har varit i kontakt med är Östergötland (sommaren 2013) och Halmstad (sommaren 2014). I Östergötland så hade man vid den tidpunkten inte kommit längre än vad man hade gjort i Sörmland, man var där i en tidig kartläggningsfas.

Sommaren 2014 började tankar ta form om ett närmare samarbete mellan Socialtjänsten och Försäkringskassan. Kontakt togs med Halmstad för att se om vi kunde utbyta erfarenheter med varandra och den 20 oktober träffades vi i Eskilstuna.

Kvantitativ kartläggning

Tankarna med den förstärkta samverkan mellan socialtjänsten och Försäkringskassan, var att man skulle rikta in sig på processen innan TRIS-mötet. Som en följd av detta så bjöds Försäkringskassan och socialtjänsten i Halmstad, i oktober 2014, in av TRIS för att berätta om deras samverkansprojekt som har pågått i nästan 3 år. Det bildades också en arbetsgrupp från samtliga aktörer inom TRIS som skulle arbeta med en förstärkt process innan TRIS-mötet.

I samband med detta så gjordes en kartläggning av länets samtliga kommuner som gick ut på att se antalet sjukskrivna, med eller utan läkarintyg, hos respektive kommun. Denna kartläggning skulle vara en del underlaget till omfattningen och resursanspråk om den förstärkta samverkan mellan Socialtjänsten och Försäkringskassan blev en verklighet.

Från länets 9 kommuner har i dagsläget svar kommit in från 7 kommuner på den förfrågan som skickades ut i oktober 2014. Påminnelse till kommuner som inte har svarat har gjorts i december 2014, januari 2015 och februari 2015

Svaren från kommunerna ser ut så här;

	Flen	K-holm	S-näs	V-åker	Gnesta	N-ping	O-sund	Trosa	E-tuna
Individer som styrkt sjukdom med medicinskt underlag och varit sjuka mindre än 12 månader	10	42	18	16	7	42	9	8	30
Individer som <u>inte</u> styrkt sjukdom med medicinskt underlag och varit sjuka mindre än 12 månader	5	33	21	6	2	40	8	0	37
Individer som styrkt sjukdom med medicinskt underlag och varit sjuka mer än 12 månader	22	70	5	17	12	44	6	8	64
Individer som <u>inte</u> styrkt sjukdom med medicinskt underlag och varit sjuka mer än 12 månader	27	35	14	3	3	28	7	3	115
	64	180	58	42	24	154	30	19	246

Totalt är det 817 personer som har bedömts som sjuka av Socialtjänsten, av dessa har 430 (53 %) visat medicinskt underlag. 334 individer (41 %) har varit sjuka mindre än 12 månader. Siffrorna i tabellen visar hur situationen var i oktober 2014.

Det konstaterades att utvecklingen och förstärkningen av processen **innan** TRIS-mötet inte skulle hinna göras klart inom ordinarie tid för projektet. Under hösten så diskuterades det om projektet skulle förlängas eller om kvarvarande arbete skulle gå över i "ordinarie" TRIS, vilket blev beslutet i Länsstyrgruppen TRIS.

Kommunikation

Arbetet kring framtagandet av processen och den nya processen har kommunicerats ut till aktörerna i samband med gemensamma träffar och andra sammankomster. LSG och Länsstyrgruppen TRIS har hållits informerade dels genom s.k. statusrapporter men även fysisk närvaro. RSG och RAR's styrelse har vid enstaka tillfälle fått information om hur arbetet har fortskridit.

Processen finns nu på www.trissormland.se med de länkar som för tillfället är möjliga att använda.

Utvecklingsområden hos aktörer som samverkar kring målgruppen 0-placerade.

Under genomförandet av uppdraget har nedanstående kommit fram genom intervjuer med handläggare, vårdpersonal samt chefer hos respektive aktör.

Kommunerna

I Sörmland finns det 9 kommuner som handlägger ekonomiskt bistånd (EB) enligt socialtjänstlagen (SoL). Rätten till bistånd finns endast om den enskilde inte själv kan tillgodose sina behov eller få de tillgodosedda på något annat sätt.

En undersökning som Försäkringskassan gjorde 2013¹ visar att risken att varaktigt sakna förvärvsinkomst är högre i Sörmland och Östergötland än för landet i övrigt, och i Sörmland särskilt för kvinnor.

Bland de personer som uppbär EB så finns det även de som är sjuka och sjukskrivna. Dessa individer har ofta en komplex problematik, insatserna är inte samordnade, kommer sent i sjukperioden eller inte alls.

Genom intervjuer med socialsekreterare och enhetschefer på samtliga kommuner i länet så bekräftas den bilden. Vidare säger man att man inte tycker att Försäkringskassan tar ansvar för sitt lagstadgade samordningsuppdrag för målgruppen 0-placerade. Kommunens handläggare får själva ta ansvar för de åtgärder som de har möjlighet att använda och dessa åtgärder är ibland inte tillräckliga. Man har till exempel inte tillgång till Arbetsförmedlingens förstärkta insatser som kan ges via det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Detta innebär att en del individer inte får tillgång till dessa förstärkta insatser och därmed inte får en fullgod rehabilitering då kommunens handläggare inte kan "remittera" individer till dessa förstärkta insatser via en så kallad Gemensam Kartläggning (GK). Kommunen har dock tillgång till Arbetsförmedlingens rehabiliteringshandläggare (AR) när individen har en nedsättning på grund av sjukdom.

Kommunernas socialtjänst har ingen större kontakt med Försäkringskassan för att gemensamt diskutera individärenden, det är normalt först på TRIS-mötet som kontakten med varandra sker.

Socialtjänsten hanterar även medicinska underlag i samband med att individerna är sjuka och inte kan delta i aktiviteter. Man har tidigare accepterat i princip "allt" som kommit från sjukvården oavsett hur intygen var formulerade och vad intygen var skrivna på. Man ställer nu krav på individen att sjukdom ska styrkas med läkarintyg, som är utfärdat på Försäkringskassans blankett, i de fall sjukdomen sätter ned förmågan i sådan grad att man inte kan delta i aktiviteten. Kvaliteten på läkarintygen är varierande där allt från enbart sociala orsaker anges till bra skrivna läkarintyg.

Fortfarande så finns det ett antal individer som uppbär EB samtidigt som de är sjuka men har inte styrkt detta med medicinska underlag. Här har kommunerna, i de enskilda fallen, valt att acceptera att individen inte behöver uppvisa medicinskt

¹ Socialförsäkringsrapport 2013:1 "Att sakna försäkrad inkomst"

underlag. Anledningarna till detta kan vara flera, dels att individen har varit sjuk under lång tid och man redan från början accepterade detta utan medicinskt underlag, dels kan individen vara i gränlandet "frisk/sjuk" och har inte fått något medicinskt underlag från vården men socialtjänsten accepterar klienten som sjuk. Det finns också ett antal individer som helt enkelt inte tar kontakt med vården av olika orsaker. Det här är ett ställningstagande som Socialtjänsten gör, men det försvårar ställningstagandet till om ett samordningsbehov föreligger eller inte, då ett medicinskt underlag är ett av de viktigaste underlagen för Försäkringskassan för att göra det ställningstagandet.

Socialtjänsten uppmanar numera, vilket har blivit en verklighet hos samtliga kommuner i länet under projektiden, individen att ta kontakt med vården för att få en medicinsk bedömning vid en nedsättning av förmågan på grund av sjukdom. Det är sedan vårdens kompetens, läkaren, som avgör om individen ska få ett läkarintyg eller inte. Det kan ju vara så att man har specifika begränsningar i sin förmåga och för uppgiftslämnande om sådant så är inte ett läkarintyg nödvändigt, här bör det räcka med något annat intyg till berörd aktör, normalt Socialtjänsten alternativt Arbetsförmedlingen.

Kravet på läkarintyg har slagit igenom i hela länet och man upplever också att när läkarna skriver ett läkarintyg på Försäkringskassan blankett så ökar också kvaliteten på underlaget. Det finns fortfarande funderingar från vården sida varför man ska skriva ett läkarintyg när individen inte har sjukpenning från socialförsäkringen. Här har det tagits fram ett dokument som ska godkännas i vissa forum för att sedan bland annat användas internt i Landstinget för diskussion om förhållningssättet att skriva läkarintyg till 0-placerade.

Flera kommuner och dess socialtjänster har börjat arbeta mer strukturerat i rehabiliteringsarbetet som utförs internt. Socialtjänsten på Eskilstuna kommun har under en längre tid haft arbetsterapeut, beteendevetare samt psykolog anställda i deras rehavteam, socialtjänsten på Katrineholms kommun har skriftliga rutiner på hur man internt ska hantera arbetet inför ett TRIS-möte, socialtjänsten i Flens kommun har nyligen inrättat en tjänst som "rehabsamordnare" vilket innebär att den personen arbetar med ärenden där ett samordningsbehov kan finnas eller finns. På socialtjänsten i Strängnäs har man gjort en omorganisation och man har numera coacher som ska vara ett närmare stöd för individer som är i behov av det, bland annat de som är sjuka.

Försäkringskassan

Rehabilitering är både en arbetsbaserad och en bosättningsbaserad förmån enligt Socialförsäkringsbalken (SFB) vilket innebär att personer som saknar SGI omfattas av Försäkringskassans lagstadgade samordningsuppdrag.

Försäkringskassan har under 2014 gjort en organisationsförändring som innebär att man har delat in försäkringslagen i livssituationer. De livssituationer som är aktuella inom detta uppdrag är framförallt "Tillfällig nedsatt arbetsförmåga" där sjukpenning

och rehabiliteringssamordningen finns samt "Varaktigt nedsatt arbetsförmåga" där förmånerna aktivitetsersättning och sjukersättning finns.

Samtidigt har man genomfört ett stort projekt "En enklare sjukförsäkring" med flera olika delprojekt som numera har blivit permanenta. Ett av projekten var "rätt info – rätt stöd" vilket innebär att läkaren, under vissa förutsättningar, endast behöver ge begränsad information på läkarintyget. En annan förändring är en "samlad kundfront" vilket innebär att man delar in individerna i 3 olika helhetskoncept beroende på individens behov. Det här innebär att individer som är i behov av samordnade insatser snabbare än tidigare ska få en personlig handläggare (PHL) på Försäkringskassan som ska involvera sig i ärendet. Inom Försäkringskassan i Sörmland finns det PHL på kontoren i Eskilstuna och Nyköping.

Ett av problemen inom Försäkringskassan är att de 0-placerades ärenden inte automatiskt blir synliggjorda för handläggarna. För att ett ärende ska bli synliggjort för handläggning så krävs det att dels en ansökan om sjukpenning och dels ett läkarintyg har kommit in till Försäkringskassan. Individen som är 0-placerad skickar inte ofta in ansökan om sjukpenning till Försäkringskassan. Anledningarna till detta kan vara läs- och skrivsvårigheter, man tycker inte att det gäller sig själv eftersom man inte har någon sjukpenning m.m.

Detta innebär att det är vanligt att det enbart är ett läkarintyg som kommer in till Försäkringskassan vilket då inte synliggörs för handläggning, vilket innebär att individer som är i behov av samordnade insatser inte upptäcks. Försäkringskassan har dock ett ansvar att i de läkarintyg där det framgår signaler om behov av rehabilitering så ska Försäkringskassan kontakta individen för att utreda det ev. behovet av samordning.

Det vanliga är att diskussionen om samordningsbehov väcks av någon annan aktör vanligtvis då socialtjänsten, men även från vården, där TRIS-mötet är det vanligaste forumet för sådana frågor.

När det gäller Försäkringskassans generella samordningsuppdrag så är det tydligt i lag, men det finns utrymme för tolkning av vad uppdraget innebär i sak för individer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom men som är 0-placerade. Det saknas riktlinjer eller direktiv för hur Försäkringskassan inom sitt samordningsuppdraguppdrag bör samverka kring personer som inte har någon SGI och som har arbetsförmågan nedsatt på grund av sjukdom.

Försäkringskassans samordningsuppdrag på individnivå bygger mer på frivillighet från individen eftersom man inte är berättigad till någon ersättning från socialförsäkringen och något kravställande kan därför inte göras från Försäkringskassan.

Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen ansvarar för den offentliga arbetsförmedlingen och dess arbetsmarknadspolitiska verksamhet. Arbetsförmedlingen ska verka för att effektivt sammanföra de som söker arbete med de som söker arbetskraft, prioritera dom som

befinner sig långt från arbetsmarknaden, samt bidra till att stadigvarande öka sysselsättningen på lång sikt.²

Enligt Arbetsförmedlingen så uppfattar man att samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten går att utveckla ytterligare. I de kontakter som tagits med Arbetsförmedlingen så anger man att kontakterna med socialtjänsten är sporadiska på annat sätt än genom de handlingsplaner som skrivs och lämnas till individen, som sedan får lämna de vidare till Socialtjänsten. Här önskar ibland Arbetsförmedlingen, via handlingsplanen eller via Socialtjänstens kontaktperson i TRIS att få kontakt med ordinarie handläggare på Socialtjänsten. Uppfattningen är dock att det är sällan som Socialtjänsten kommer till de möten som Arbetsförmedlingen vill ha kring individen. Det här ställs på sin spets när Arbetsförmedlingen får en individ från Socialtjänsten för åtgärder, men Arbetsförmedlingen gör bedömningen att individen inte är anställningsbar för tillfället på grund av sin sjukdom. Här är uppfattningen att individen riskerar att slussas fram och tillbaka mellan aktörerna.

I Gnesta är de så kallade 3-partsmöten där Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten är 2 av aktörerna en väl fungerande mötesform. Oftast är det dock Socialtjänsten som tar initiativet till mötena.

Det finns också uppfattningar om att Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten inte har samma målsättning för individen. Arbetsförmedlingen upplever att Socialtjänsten har kortsiktiga mål som ger underlag för utbetalning av ekonomiskt bistånd, medan Arbetsförmedlingen ser mer till hållbara lösningar inför arbetsmarknaden, till exempel utbildningar.

När det gäller begäran av medicinska underlag från vården så har uppfattningen från Arbetsförmedlingens sida varit att det tar lång tid att få svar. I vissa situationer är Arbetsförmedlingen i behov av medicinska underlag, och man har valt att i alla situationer infodra ett så kallat läkarutlåtande, då detta anges i Arbetsförmedlingens arbetsinstruktioner. Denna fråga gäller dock inte specifikt 0-placerade, men även för denna målgrupp är det en verklighet. I praktiken innebär väntetider att åtgärder, insatser, utredningar m.m. blir fördröjda vilket är negativt för individen. Kontentan av denna fråga blev att läkarutlåtande ska infodras i vissa speciella situationer då Arbetsförmedlingen har det kravet på sig, vid andra situationer då medicinskt underlag behövas ska riktade frågor eller TRIS användas.

En annan grupp som tillhör målgruppen 0-placerade är de nyanlända som är inskrivna med etableringsersättning hos Arbetsförmedlingen. Etableringsersättning utges under den tid som det finns en etableringsplan och ersättningen kan utges under maximalt 2 år. Det vanliga är att individen fullföljer sin etableringsplan och sedan övergår till ersättning i form av ekonomiskt bistånd, om man inte har hittat andra lösningar under etableringstiden. Man försöker att hålla kvar och anpassa aktiviteten för individen om sjukdom eller skada skulle hindra individen på något sätt att utföra åtgärden. Om en person skulle vara långvarigt sjuk, 30 dagar eller mer, så kan

² SFS 2007:1030, 1-2 §§

individens avslutas inom etableringen och istället övergå till Socialtjänstens ansvar. Detta är dock ytterst ovanligt då det finns ett ekonomiskt incitament att få etableringsersättning, detta är högre än ekonomiskt bistånd.

Vården

Hälso- och sjukvård har ansvar för den medicinska rehabiliteringen, vilket bland annat innebär att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.³

I länet har det funnits en osäkerhet inom vården vilket medicinskt underlag som ska användas när man ska sjukskriva en individ som är 0-placerad. Ska man sjukskriva och varför ska man sjukskriva en individ som inte har någon sjukpenning? En uppfattning har varit "att individen ändå får sin ersättning från socialtjänsten och att det därför inte spelar någon roll på vilket underlag läkaren noterar sin bedömning". Det finns också en osäkerhet om vad läkaren ska göra sin bedömning av aktivitetsbegränsningen mot för aktivitet. Vanligtvis är individerna med ekonomiskt bistånd arbetsökande, men det kan också vara olika typer av arbetsmarknadsåtgärder eller aktiveringsinsatser från kommunens sida. Att individerna som är 0-placerade skulle få en "sämre" vård och behandling har inte framgått av de samtal som förts. Behovet av vård och behandling styrs av omfattningen/graden av sjukdomen/skadan och beprövad medicinsk vetenskap och här ser man varje individ för sig oavsett vilken inkomst individen har. På någon vårdcentral så sker vårdens interna planering av vård och behandling i samband med TRIS-mötet, men det omfattar då inte enbart ärenden där individen är 0-placerad utan även ärenden där individen har en SGI. Det normala ska vara att vårdens planering är klar när TRIS-mötet äger rum.

Resultat och utvecklingsbehov

Projektets intention har varit att skapa en sjuk- och rehabiliteringsprocess för personer som är 0-placerade som är jämlik i förhållande till de personer som har en SGI. Det innebär att samma rättigheter och skyldigheter ska gälla oavsett var man får ersättningen från när man blir sjuk. Det är inte acceptabelt att individer riskerar att gå miste om insatser därför att de inte har rätt till sjukpenning, eller därför att de uppbär ekonomiskt bistånd.

Det som framkommit grundar sig på samtal med aktörer som är involverade i arbetet kring 0-placerade, framförallt de som är med i pilotförsöken. Några siffror som visar på det ena eller andra kan tyvärr inte läggas fram, vilket kan vara en svaghet i projektet.

³ Hälso- och sjukvårdslagen 1997:142

Uppfattningen hos aktörerna är att det har blivit tydligare att vi är tvungna att samverka kring individen framförallt om individen är i behov av samordnade insatser. Resultaten kommer dock inte att synas omedelbart då många individer har en komplex situation och har varit sjuka och borta från arbetsmarknaden under lång tid. Det framkommer hos aktörerna i pilotverksamheten men även hos de som inte ingår i piloterna att man anser att målgruppen 0-placerade numera tar samma plats som andra ärenden, de får utrymme, alla involverar sig och man kommer fram till hur ärendet ska drivas vidare på ett tydligare sätt än tidigare. Kommunens kontaktpersoner i TRIS har också förvärvat kompetens och kunskap under tidens gång, kommunens kontaktpersoner har i stort varit en homogen grupp. Det finns dock saker som ännu inte fungerar fullt ut och de redovisas nedan.

Läkarintyg/medicinska underlag

För att få en jämlik sjukskrivningsprocess i länet för målgruppen 0-placerade så har man varit överens om att även 0-placerade ska styrka arbetsförmågan med läkarintyg när ett sådant förhållande föreligger.

De åtgärder som har gjorts här är att dialogen med berörda parter hela tiden har varit inriktad på att det ska föreligga ett krav på läkarintyg även för målgruppen. En blankett "Läkarintyg för nollplacerade" har tagits fram för att användas som ett förhållningssätt i länet (se bilaga).

Socialtjänsten handläggare på samtliga kommuner har under projektiden fått information/utbildning med fokus på vad ett läkarintyg ska innehålla, DFA-kedjan⁴, hur Försäkringskassan bedömer läkarintyg vid sjukskrivning, hur man använder det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Detta har varit uppskattat från kommunernas sida och planering sker nu för att återuppta en informationsinsats från Försäkringskassan till kommunerna – "En dag på Försäkringskassan". Om det faller väl ut så är tanken att det ska bli en återkommande kunskapsöverföring mellan försäkringskassan och Socialtjänsten.

Information om DFA-kedjan finns på TRIS hemsida. (se bilaga)

Genom ovanstående insatser så har medvetenheten och kompetensen kring frågor runt läkarintyg och medicinska underlag ökat och gjorts mer samstämmig.

Kvarvarande åtgärd: Blanketten, "Läkarintyg för nollplacerade" har lämnats till länsstyrgruppen för fortsatt hantering. Den har inte tydliggjorts inom vården, vilket bör vara aktuellt.

Kvarvarande åtgärd: Socialtjänsten blir i slutet på februari inbjudna av Försäkringskassan till "En dag på Försäkringskassan" Om detta slår väl ut så bör det fortsätta med en viss kontinuitet. Om så blir fallet så bör Försäkringskassan vara ansvarig för träffarna.

⁴ DFA- kedjan står för Diagnos, Funktionsnedsättning samt Aktivitetsbegränsning som ska framgå i läkarintyg.

Kvarvarande åtgärd: För att öka kompetens och kunskap om målgruppen 0-placerade föreslås att kommunen deltar i till exempel AT-/ST läkarutbildningar, Försäkringsmedicinska Kommittén (FMK) vid behov och andra forum som man anser lämpligt. Frågan lämnas över till länsstyrgruppen TRIS för ställningstagande hur man går vidare.

Vilken åtgärd ska bedömningen göras emot?

Detta är av vikt för Försäkringskassans och socialtjänstens handläggare för att bedöma om individen klarar av åtgärd/aktivitet trots sjukdom. Socialtjänsten har som regel tidigare accepterat ett läkarintyg utan att aktivt göra ett ställningstagande om förmågan i en aktuell åtgärd/aktivitet.

Här har riktlinjer lagts in i dokumentet "Läkarintyg för nollplacerade" som lämnas som bilaga.

Denna fråga har också varit ett stående inslag i den information/utbildning som Socialtjänsterna har fått under utbildningstiden, för att höja medvetenheten och kompetensen.

Kvarvarande åtgärd: Blanketten, "Läkarintyg för nollplacerade" har lämnats till länsstyrgruppen för fortsatt hantering. Den har inte tydliggjorts inom vården, vilket bör vara aktuellt.

Socialtjänsten uppmanar individen att söka vård för att bli sjukskriven.

Under projektidens gång så har samstämmigheten ökat hos socialtjänsterna att ställa krav på individen att uppsöka vård. Detta var inte vedertaget hos alla kommuner vid projektstart men har under projektiden blivit det. Samtal med socialtjänster och ovanstående utbildningsinsatser är en av orsakerna till detta.

Ett informationsblad "Detta kan du visa din läkare" har tagits fram (se bilaga). Tanken är att socialtjänsten eller annan aktör ska lämna det till individen som en information till vården.

Kvarvarande åtgärd: Ovanstående informationsblankett ska lämnas till länsstyrgrupp TRIS för godkännande. Efter godkännande så ska den läggas in som dokument på hemsidan och länkas från processen.

Samordningsansvaret och personlig handläggare.

I pilotprojekten har det visat sig svårt att få till ansvarsfördelningen av ärenden mellan Försäkringskassan och Socialtjänsten när det gäller ärenden där individen är i behov av samordnade insatser. När sådana behov föreligger är det Försäkringskassan som ansvarar för ärendet och Socialtjänsten om det inte finns ett samordningsbehov. De individer som har ekonomiskt bistånd och blir sjuka har inte en tydlig väg in i parternas system. Hos Socialtjänsten har man ärendet aktuellt i och med att individen har ekonomiskt bistånd, medan det hos Försäkringskassan blir aktuellt när ansökan om sjukpenning och läkarintyg finns inne i Försäkringskassans system. Det normala är att individer med ekonomiskt bistånd **inte** skickar in ansökan om sjukpenning till Försäkringskassan. Detta innebär att det inte skapas ett ärende som

tilldelas en personlig handläggare (PHL) på Försäkringskassan. Individerna riskerar här att ställas utanför de samordnade insatser som Försäkringskassan har tillgång till eller att de samordnade insatserna igångsätts sent i sjukperioden. Det visar sig också från pilotverksamheten att det framförallt är socialtjänsten och vården som lyfter in ärenden på 0-placerade till TRIS-möten. Pilotverksamheterna har fått i uppdrag att informera klienten om att skicka in **ansökan** till Försäkringskassan vid sjukdom, detta finns även med i processen.

Kvarvarande åtgärd: Här skulle man med fördel förstärka samarbetet mellan Socialtjänsten och Försäkringskassan. Genom detta samarbete skulle till exempel Socialtjänsten, när man anser att ett behov av insatser föreligger, ha möjlighet att ta kontakt med Försäkringskassan för att diskutera ärendet. Detta förutsätter naturligtvis att individen har gett sitt medgivande till dessa kontakter. Detta samarbete skulle ge en möjlighet till att diskutera ärendet tillsammans utifrån det medicinska underlaget, nedsättning av förmågan, behov av samordnade insatser vilket också skulle "reglera" ansvarsfördelningen mellan Försäkringskassan och Socialtjänsten, planering och samsyn i ärendet.

Kontaktvägarna mellan Försäkringskassan och Socialtjänsten skulle nog lämpligast vara att man använder mail, och då eventuellt en speciell mailbrevlåda.

Socialtjänsterna i länet sitter också på 293 ärenden som är äldre än 12 månader enligt den kartläggning som redovisas tidigare i rapporten. Här kan det vara så att man behöver en ytterligare förstärkning av samarbetet vilket skulle kunna vara att man träffas i bedömningsteam mellan Försäkringskassan och Socialtjänsten, det vill säga fysiska träffar. Det är viktigt att man arbetar med både nya och äldre ärenden för att inte öka på stocken med äldre ärenden.

Den kartläggning som påbörjades i oktober 2014 borde naturligtvis ha kommit tidigare i projektet, detta hade då också kunnat utforma ett förstärkt samarbete mellan Försäkringskassan och Socialtjänsten.

Hur och om man går vidare med detta får på grund av tidsbrist då projektet tar slut, lämnas över till processledaren i TRIS/Länsstyrgruppen TRIS.

Långt från arbetsmarknaden och brist på insatser.

En annan anledning till att Försäkringskassan inte går in och samordnar insatser för individen är att många individer står långt från arbetsmarknaden, vilket kan innebära att man väntar på eller genomgår medicinska åtgärder. Dessa ärenden bör ju i alla fall bedömas om förmågan kommer att förbättra av den medicinska behandlingen/vården eller om personen inte kommer att bli bättre. Här kan ställningstagande till prövning av sjukersättning vara aktuellt.

Vidare kommer ett antal individer, framförallt de med psykiska sjukdomar inte igång med rehabiliterande insatser då de saknas, framförallt så kallad förträning som enbart finns i Eskilstuna, det så kallade TUNA samt Enebacken. Förträning innebär att man prövar om graden av förmågan är den omfattningen att man kan övergå till Arbetsförmedlingens åtgärder. Här är det dock på gång att startas upp på flera ställen i länet.

Samarbetet mellan Af och socialtjänsten går att utveckla, socialtjänsten kommer sällan på individmöten som Af initierar och Skillnad i målsättning runt individen mellan Af och socialtjänsten.

Det framkommer i samtalen mellan Arbetsförmedlingen och socialtjänsten att samverkan mellan dessa parter kring individen inte är optimal. Många gånger sker planering mellan parterna genom skickande av planer via individen. Det är rätt att individen ska ta ett eget ansvar men ibland kan det finnas tillfällen då parterna och individen behöver träffas. Dessa ärenden är normalt inte s.k. samordningsärenden, Försäkringskassan är inte och ska inte vara inblandad. Av den anledningen har frågan inte varit prioriterad i projektet då det inte berör individer med samordningsbehov. Kvarvarande åtgärd: Om frågan blir aktuell för TRIS så har socialtjänsten i Gnesta använt 3-partsmöten som en framgångsrik samarbetsform och influenser skulle kunna hämtas där.

Implementering av processen

Förslaget från projektet är att de 3 vårdenheter som idag är så kallade pilotverksamheter fortsätter att arbeta utifrån den nya processen och att det inte längre kallas pilotverksamhet.

Övriga vårdenheter/team slussas också succesivt in i den nya processen, omfattningen av antalet vårdenheter/team gör att det är fördelar med att ta ett antal vårdenheter/team åt gången.

Att samla hela teamen innan man börjar arbeta fungerade bra i projektet. Samma sak kommer ut till samtliga i teamet och det finns möjlighet att direkt diskutera och fråga kring oklarheter. Det finns i projektet färdigställt vilka krav man ställer på varje aktör i och med den nya processen.

Kvarvarande åtgärd: Implementeringen av processen till övriga vårdenheter/team bör väl vara en fråga för Länsstyrgruppen om hur det ska gå till.

Eskilstuna i januari 2015

Bert Karlsson,

processledare för projektet personer som är sjuka och saknar en sjukpenninggrundande inkomst.