
SLUTRAPPORT

Processen Nollklassade



Samordningsförbundet
Värend

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. FÖRSLAG TILL BESLUT

2. SUMMERING

3. BAKGRUND

4. PROCESSENS UPPLÄGG

- 4.1 Processägare, styrgrupp och processledare
- 4.2 Arbetsmetoder
- 4.3 Processmål och effektmål

5. SLUTRAPPORTENS UPPLÄGG

6. PERSONBESKRIVNINGAR NOLLKLASSADE

7. STATISTIK

- 7.1 Nollklassade exklusive sociala hinder
- 7.2 Nollklassade inklusive sociala hinder
- 7.3 Statistik från Försäkringskassan
- 7.4 Statistik från Arbetsförmedlingen
- 7.5 Kommentar

8. BEGRÄNSNING I UTFÄRDANDET AV LÄKARINTYG TILL NOLLKLASSADE

9. REHABILITERINGSVÄGAR

- 9.1 Regionen - Rehabkoordinator
- 9.2 Ekonomiskt bistånd - Socialsekreteraren
- 9.3 Försäkringskassan – Samordnad rehabiliteringsplan
- 9.4 Arbetsförmedlingen – Förstärkta samarbetet

10. INTERVJUER

- 10.1 Ekonomiskt bistånd
- 10.2 Regionen
- 10.3 Försäkringskassan
- 10.4 Arbetsförmedlingen
- 10.5 Sammanfattning och analys

11. OMVÄRLDSBEVAKNING

- 11.1 Problembildsbeskrivning projekt
- 11.2 Jämförelse
- 11.3 Slutsatser

12. FÖRSLAG

- 12.1 Förslag till flödesschema
- 12.2 Förslag till beslut och samverkansstruktur utifrån underlaget i rapporten

BILAGOR

1. FÖRSLAG TILL BESLUT

Utifrån rådande läge och förutsättningar bör följande förslag lyftas för diskussion av medlemmarna i Samordningsförbundet Värend:

- Medicinska underlag tillgängliggörs för de nollklassades individer som behöver dessa i ansökan om förmån eller samordnad rehabilitering från Försäkringskassan.
- Samverkansforum etableras mellan socialsekreterare, rehabkoordinator och handläggare för samordnad rehabilitering på Försäkringskassan.
- Försäkringskassan erbjuder socialsekreterarna kompetensutveckling om rehabiliteringsprocessen och försäkringsmedicinsk grundkunskap.
- Ansöka om pilotprojekt finansierat av Samordningsförbundet Värend. Försök med konsultationsteam där Regionen, kommunerna, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är representerade med processledare som leder utvecklingsarbetet.

2. SUMMERING

Nollklassade är en process som april - december 2021 genom stöd av Samordningsförbundet Värend utreder rätt till stöd i rehabilitering för nollklassade, det vill säga sjuka eller funktionsnedsatta individer som uppbär försörjningsstöd från ekonomiskt bistånd i Lessebo, Uppvidinge, Tingsryds eller Alvesta kommun.

3. BAKGRUND

I ansökan om processmedel från Samordningsförbundet Värend (se bilaga 1) uttrycks en brist på samsyn och tydlighet i ansvarsfördelning mellan kommunerna, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Regionen vad gäller olika delar av rehabiliteringen för nollklassade. Man ser även en brist på kompetens om målgruppen hos de professioner som möter den och en brist på samverkan sinsemellan. Slutligen ser man att denna otydlighet kan leda till passiva planeringar för nollklassade individer vilket riskerar att leda till en längre tids bidragsberoende, utanförskap och ett försämrat hälsoläge.

4. PROCESSENS UPPLÄGG

4.1 Processägare, styrgrupp och processledare

Processägare är Lessebo, Uppvidinge, Tingsryds och Alvesta kommun. Processägarna utgör tillsammans med representanter från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Region Kronoberg styrgrupp för processen nollklassade. Förbundschef för Samordningsförbundet Värend har tillsammans med styrgruppen utsett Elise Lindhe på Tingsryds kommun till processledare.

4.2 Arbetsmetoder

- Sammanställa statistik som är framtagen i samarbete med kommunernas försörjningsstödsenheter.
- Identifiera målgruppen nollklassade genom att ta fram olika personbeskrivningar/porträtt för att kategorisera målgruppens behov.
- Kartlägga målgruppens väg genom samhällssystemen idag genom samtal med socialsekreterare samt intervjuer med tjänstemän inom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Regionen.
- Omvärldsbevaka projekt i landet med målgrupp nollklassade som kan bidra med förslag på fungerande samverkansstrukturer för målgruppen.
- Sammanställa kartläggningen och ge förslag på flödesschema i en slutrapport.

4.3 Processmål och effektmål

För deltagande organisationer/myndigheter genom en kartläggning:

1. Identifiera antalet nollklassade inom försörjningsstödet i respektive kommun.
2. Påvisa rehabiliteringsvägarna för målgruppen idag.
3. Ge förslag på samverkansstruktur och flödesschema för att förenkla målgruppens rehabiliteringsmöjligheter och för målgruppen på så sätt:
 - a) Underlätta vägarna till myndigheter och kommun.
 - b) Få en rättssäker handläggning.
 - c) Få möjligheter till rehabilitering

5. SLUTRAPPORTENS UPPLÄGG

Denna slutrapport inleds med en personbeskrivning av nollklassade individer där exempel visar på hur sammansatt och komplex situationen kan se ut. Därefter presenteras kartläggning och nulägesbeskrivning i form av statistiksammanställning, beskrivning av rehabiliteringsvägar och presentation av intervjuer med tjänstepersoner inom berörda organisationer. Slutligen görs en omvärldsbevakning av tidigare genomförda projekt som berör målgruppen. De slutsatser som kan dras från projekten samt den kartläggning som har gjorts i denna utredning ligger till grund för förslag till beslutande medlemmar i Samordningsförbundet Värend.

6. PERSONBESKRIVNINGAR NOLLKLASSADE

*”Det känns så nu som att Sverige vill inte ha mig för att jag inte mår bra.
Det känns även som om de tror att jag ljuger.
Att jag inte blir bekräftad för den jag är och hur jag mår.”*

*”Det är vissa personer som hänvisat mig. Jag frågar alla, vad gör jag för fel?
Och alla säger det är inte du som gör fel, det är systemet som är fel.”*

Nollklassad kvinna, telefonintervju.

Målgruppen nollklassade är en sammansatt grupp med olika förutsättningar och behov av stöd. I vissa fall är det enbart socialsekreterare på kommunerna som är den profession som har återkommande kontakt med dessa individer och därför också naturligt att det är de som i intervjuer ger en helhetsbild av nollklassade individers livssituation. Det som förenar beskrivningarna är att man ser nollklassade klienters utsatthet, och orättvisan i att de tvingas söka försörjningsstöd i många år utan någon tydlig väg ur situationen. Socialsekreterarna beskriver hur de ser individer falla mellan stolarna hos myndigheter och vården, och hur det ofta ställs motstridiga och orimliga krav på individer.

En socialsekreterare delar med sig av en erfarenhet med en klient hon träffade för 1,5 år sedan. I detta fall fanns en planering med vården och arbetsgivaren och Försäkringskassan bjöds då in till möte inför en tänkt återgång i arbete på 25%. Försäkringskassan kom aldrig till mötet och meddelade senare att kvinnan fick avslag på fortsatt ersättning och planeringen för återgång i arbete föll. Motgången innebar att kvinnan ”knäcktes” och var tvungen att avsluta sin anställning för att stå som helt arbetslös för att vara berättigad ersättning från Arbetsförmedlingen. Socialsekreteraren menar att detta var ett extremfall men att exemplet med den sjukskrivna kvinnan visar på hur bristen på samverkan och gemensamma planeringar gör att man ”slår av benen på någon som försökte att resa sig”.

En nollklassad kvinna som medverkat i en telefonintervju under utredningens gång berättar att hon har varit sjukskriven i närmare 9 år och enbart uppburit försörjningsstöd. När hon får frågor om vad för stöd hon har fått under denna tid för att komma vidare och vad hon anser att hon behövt, ställer hon i slutet av samtalet en motfråga: ”Varför har ingen frågat mig det här tidigare under alla dessa år?”. Hon berättar: ”Jag vill gärna vara aktiv. Jag försöker och kämpar så mycket jag kan” och att hon på eget initiativ har tagit körkort under sin sjukskrivning trots ytterligare svårighet i bristande svenskakunskaper. Hon säger att hon inte har fått stöd i sin rehabiliteringsprocess av myndigheter eller vården och kan inte heller minnas att hon har haft kontakt med någon annan än sin socialsekreterare i frågan. Kvinnan berättar att hon har svårt att förstå myndigheternas information och uppdrag och att hon i kontakt med dem tar hjälp av sina barn. Exemplet med kvinnan visar på hur en passiv rehabilitering kan drabba även individer som är förhållandesvis drivna och aktiva själva då man inte kan orientera sig i de stöd som man kan ha rätt till från välfärdssystemen.

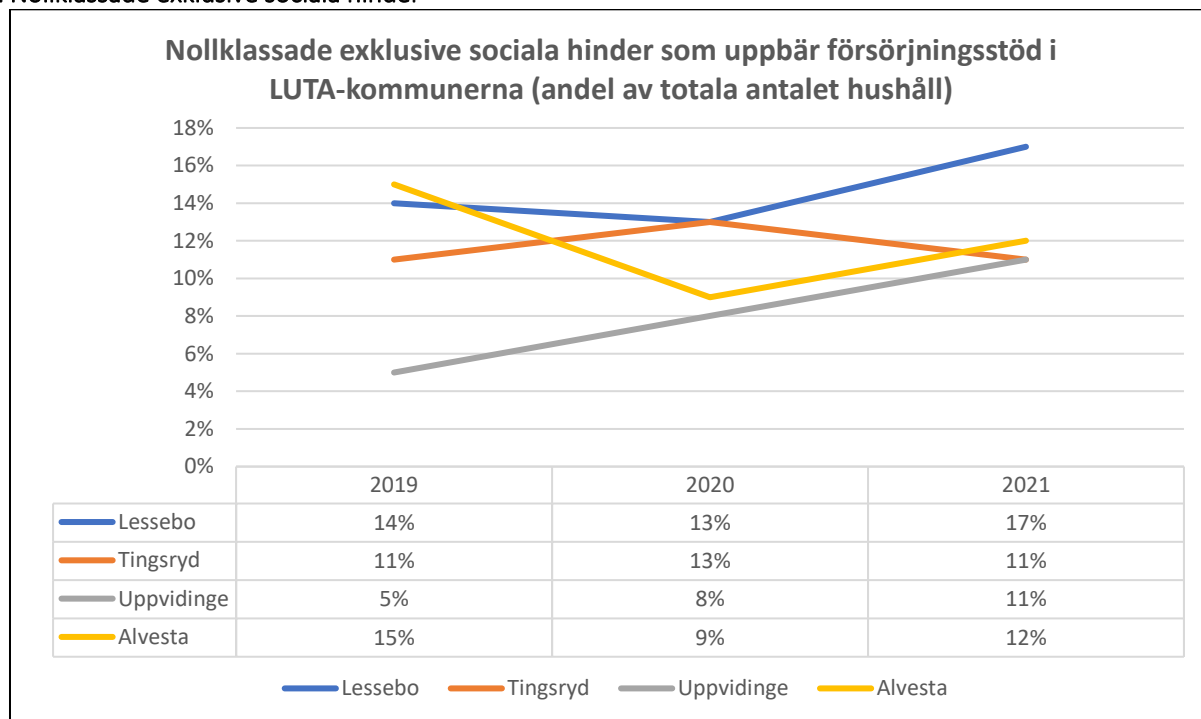
Ett sista exempel på nollklassades situation kommer från en intervju med en nollklassad kvinna och belyser en annan aspekt, nämligen hur komplexa situationerna kan se ut. Kvinnan berättar att hon bodde i en annan del av landet innan hon flyttade till Kronoberg och att hon på förra orten fick påbörja en arbetsförmågebedömning genom förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och att hon hade bra stöd av en rehabkoordinator. På grund av våld i nära relation var kvinnan tvungen att avbryta utredningen och hastigt flytta och fick en sekretessmarkering som hindrade

informationsutbyte mellan gamla och nya hemorten. Kvinnan berättar att hon sedan flytten inte har fått något liknande stöd och hur det påverkar hennes mående negativt.

7. STATISTIK

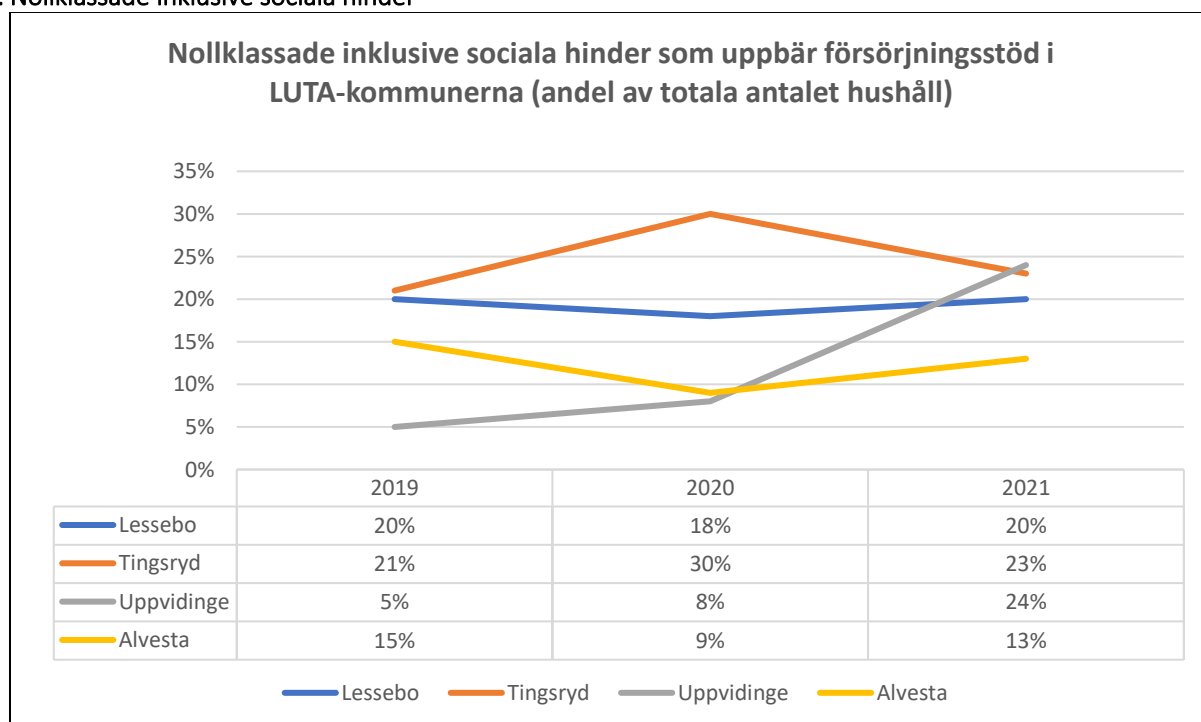
Följande statistik visar kommunernas egna statistik över nollklassade. Därefter följer statistik över deltagare i förstärkta samarbetet från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

7.1. Nollklassade exklusive sociala hinder



Antal individer: Lessebo 12/15/17, Tingsryd 16/17/16, Uppvidinge 14/9/5, Alvesta 39/30/43.

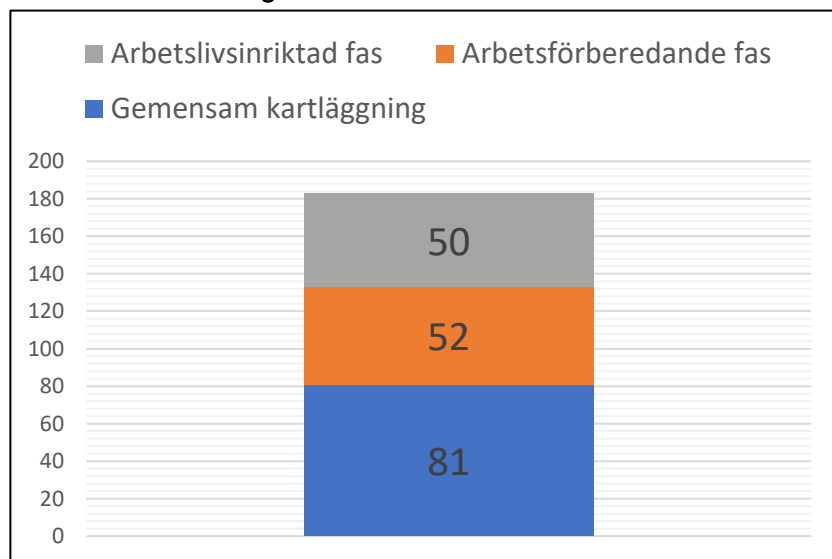
7.2. Nollklassade inklusive sociala hinder



Antal individer: Lessebo 17/21/20, Tingsryd: 33/39/30, Uppvidinge: 5/9/30, Alvesta: 43/31/41

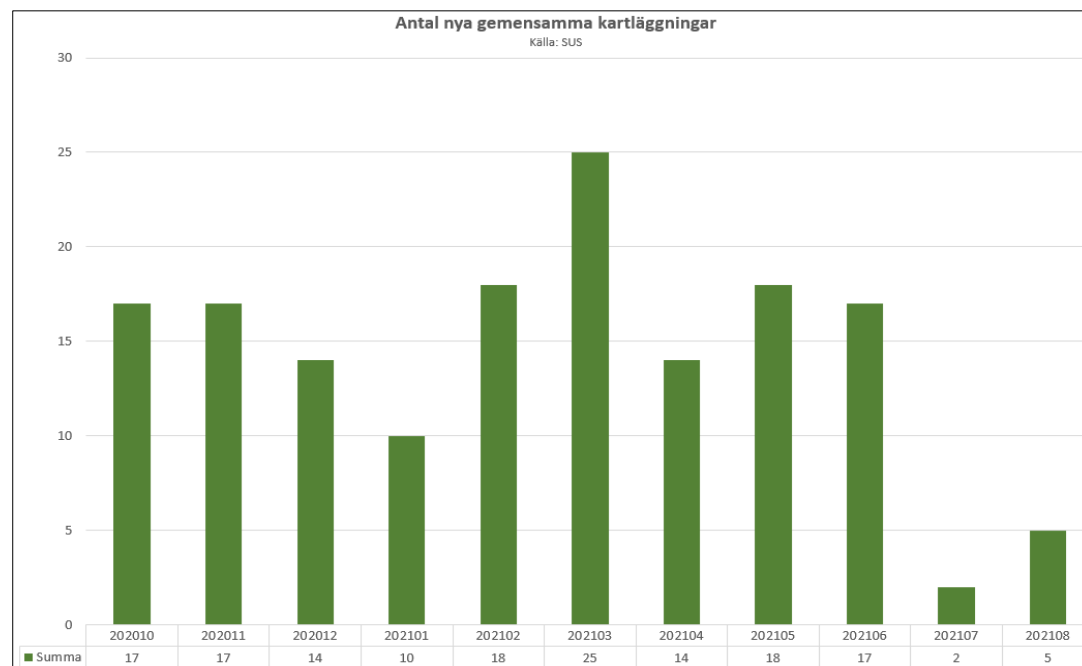
Den andra av de två tabellerna ovan visar andelen nollklassade i LUTA-kommunerna inklusive klienter som bedömts arbetsoförmögna på grund av sociala hinder. Sociala hinder är en spretig grupp och kan innebära olika beroende på kommunens egen indelning och definition. Vissa grupper inom gruppen sociala hinder, t.ex. missbrukande klienter eller personer med omfattande problem i familjen, behöver normalt sett inte stöd i en rehabilitering. Däremot kan det i kategorin sociala hinder ingå klienter med social problematik som t.ex. odiagnosticerade NPF-diagnoser, vilka kan behöva stöd i kontakt med sjukvården. Den korrekta bilden av situationen i kommunerna ligger antagligen någonstans mellan de två redovisade tabellerna. I tidigare projekt som tas upp i denna slutrapport har man funnit att andelen klienter som uppbär försörjningsstöd ligger relativt stabilt runt 20-22% av totalen i ett flertal kommuner.

7.3. Statistik från Försäkringskassan



Tabellen ovan visar en ögonblicksbild av antalet deltagare i förstärkt samarbete 6 september 2021 i Kronobergs län. Vid denna tidpunkt var totalt 183 personer inskrivna i det förstärkt samarbete, av dessa var 81 personer i inledande fasen gemensam kartläggning, 52 i arbetsförberedande fas och 50 i arbetslivsinriktad fas.

7.4 Statistik från Arbetsförmedlingen



Tabellen ovan visar Arbetsförmedlingens statistik från oktober 2020 till augusti 2021 över antalet nya gemensamma kartläggningar, vilket är den inledande fasen i förstärkta samarbetet med Försäkringskassan. Det framgår att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i Kronobergs län har skrivit in totalt 157 nya deltagare under en period av 11 månader. Då det i statistiken är möjligt att filtrera resultatet utifrån ersättningstyp ges en tydlig bild av hur många nya deltagare som är nollklassade: antalet deltagare som varken har sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning från Försäkringskassan är 1 individ i mars månad; alltså 1 deltagare av totalt 157 individer under 11 månader är nollklassad.

7.5 Kommentar

Det bör poängteras att mer statistik finns att tillgå i Arbetsförmedlingens statistik (bilaga 2), men att de andra två faserna i förstärkta samarbetet inte redovisar nya individer vilket görs i gemensamma kartläggningen, utan inskrivna per månad och därför inte unika individer. Det är utifrån denna bakgrund valet av presenterad statistik i slutrapporten har gjorts. Efter kontakt med statistikansvarig på Arbetsförmedlingen i framtagandet av statistiken förklarades att de senast inrapporterade siffrorna är missvisande och korrigeras. Av detta skäl har den senast rapporterade månaden (september) uteslutit ur statistiken ovan.

Från Försäkringskassan har statistik för samordnad rehabilitering inte kunnat tas fram. Det har därför inte varit möjligt att se fördelningen mellan individer som är nollklassade och de som har en sjukpenningsgrundande inkomst (SGI) som får detta stöd från myndigheten. Arbetsförmedlingens statistik ger en bild av sammansättningen av nya individer i det förstärkta samarbetet fördelat på ersättningstyp och det framgår tydligt att stödet inte når nollklassade individer. Bilden av att stöd i rehabiliteringen från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen sällan kommer nollklassade till del förstärks i intervjuer med socialsekreterare, handläggare på Försäkringskassan samt Arbetsförmedlingen som redovisas längre fram i slutrapporten.

8 BEGRÄNSNING I UTFÄRDANDET AV LÄKARINTYG TILL NOLLKLASSADE

Innan befintliga rehabiliteringsstöd och ansvarsfördelning presenteras krävs en genomgång av den ändrade tillämpningen av läkarintygsutfärdandet som har implementerats under det gångna året. Då medicinska underlag utgör ett krav för vissa insatser och då frågan har lyfts i näst intill samtliga genomförda intervjuer behöver den klargöras för att beskrivningen av nollklassade reella tillgång till stöd i rehabilitering ska bli komplett.

I bilaga 3 (Utfärdande av läkarintyg i samband med att individer söker ekonomiskt bistånd) från Region Kronoberg står att Försäkringskassan samt vissa namngivna myndigheter har möjlighet att begära medicinska underlag men:

”I Socialtjänstlagen saknas däremot explicit stöd för Hälso- och sjukvårdens skyldighet att utfärda intyg i samband med att socialtjänsten prövar eller omprövar rätten till ekonomiskt bistånd.”

Samtidigt är frågan om tillgång till läkarintyg mer komplex och differentierad och innebär olika följder i olika fall och där syftet med ett läkarintyget är pudelns kärna. Det finns till exempel inga lagkrav att kommunen måste kräva läkarintyg för att kunna ta ställning till rätten om försörjningsstöd, utan beslut kan tas utifrån exempelvis information från journalanteckningar eller i kontakt med rehabkoordinator eller annan vårdprofession.

Är syftet med ett läkarintyg eller utlåtande däremot att få myndigheternas stöd i rehabilitering genom samordnad rehabilitering eller förstärkt samarbete är dock de medicinska underlagen ett absolut krav, och på samma sätt om de ska utgöra underlag för en ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning till Försäkringskassan eller en utredning hos Arbetsförmedlingen. Kanske bör därför frågan om förskrivning av läkarintyg delas och hanteras olika utifrån syftet då det har stor påverkan på nollklassades stöd i rehabilitering och även kan anses ha en rättvisaspekt.

En annan konsekvens av att läkarintyg inte utfärdas till nollklassade lyfts av rehabkoordinatorer på Regionen i intervjuer som presenteras längre fram i rapporten, där det framkommer att personer som inte är sjukskrivna mer sällan blir aktuella för deras samordning.

9 REHABILITERINGSVÄGAR

Här följer en beskrivning av det stöd en nollklassad individ i nuläget kan få lokalt, vilka krav som ställs för att få tillgång till stödet samt en sammanfattning av vad de olika typerna av stöd eller yrkesroller kan erbjuda.

9.1 Regionen – Rehabkoordinator

Inom Regionen är det primärt rollen rehabkoordinator som erbjuder stöd i individens rehabiliteringsprocess. Denna har möjlighet att ta kontakt med arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen, andra professioner inom vården, m.fl. Uppdraget är reglerat i lag och en rehabkoordinator-kontakt måste kunna erbjudas från alla vårdcentraler. Även vissa specialistenheter, t.ex. Specialpsykiatri i Växjö, har egna rehabkoordinatorer.

Andra professioner inom vården som kan vara behjälpliga i att rehabiliteringen drivs framåt är läkare som har möjlighet att skicka impulser till Försäkringskassan om behov av ytterligare stöd. Därtill finns, återigen med Specialistpsykiatri som exempel, ibland kuratorer; en yrkesroll vars funktion är att ge patienter praktiskt stöd i kontakt med bland annat myndigheter.

9.2 Ekonomiskt bistånd – Socialsekreteraren

Socialsekreterarna på Ekonomiskt bistånd har två uppdrag; att bedöma individens rätt till försörjningsstöd och att ge individen stöd för att åter komma i sysselsättning. I Socialstyrelsens handbok för Ekonomiskt bistånd står:

”När en person inte har ett arbete, och därmed inte en arbetsgivare som kan ta ansvar för rehabiliteringen kan socialtjänsten med den enskildes samtycke, i vissa situationer, behöva ta en mer aktiv roll. I vissa fall är den enskildes besvär diffusa och socialtjänsten kan då hjälpa den enskilde att få till stånd en grundlig medicinsk utredning och arbetsförmågebedömning.”

(s. 74, [Ekonomiskt bistånd – handbok för socialtjänsten \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/ekonomiskt-bistand))

9.3 Försäkringskassan – Samordnad rehabiliteringsplan

Samordnad rehabiliteringsplan innebär att Försäkringskassan efter beviljad ansökan samlar in underlag för att kunna ta ställning till vilka behov individen har av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. Utifrån detta gör man en plan tillsammans med individen och ser till att insatserna initieras. Försäkringskassan avgör då vilka insatser och rehabiliteringsaktörer som är aktuella utifrån individens behov i samverkan med Arbetsförmedlingen, kommunen och sjukvården. Försäkringskassan genomför inte själv någon rehabilitering och kan inte erbjuda egna insatser, men ansvarar för att följa upp åtgärderna och stötta individen under hela processen.

Genom samordnad rehabiliteringsplan kan individen även komma att bli aktuell för det förstärkta samarbetet tillsammans med Arbetsförmedlingen vilket beskrivs i nästa stycke.

9.4 Arbetsförmedlingen – Förstärkta samarbetet

Det förstärkta samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen innebär att individen inledningsvis får en gemensam kartläggning med myndigheterna. Därefter inleds en arbetsförberedande fas i de fall arbetsförmågan bedöms vara låg eller oklar. Insatser kan i denna fas vara av vägledande eller utredande karaktär, exempelvis kontakt med Arbetsförmedlingens arbetsterapeuter eller arbetspsykologer. Om arbetsförmågan däremot bedöms stabil går individen in i den arbetslivsinriktad fasen med exempelvis en arbetsträning.

Tidigare kunde Arbetsförmedlingen anvisa individer till det förstärkta samarbetet men efter en ändring i regelverket 2019 kan nu enbart Försäkringskassan göra anvisningar.

10 INTERVJUER

Under utredning har totalt 23 intervjuer genomförts med tjänstepersoner som möter eller som på annat sätt jobbar med målgruppen, t.ex. genom verksamhetsutveckling eller informationspridning inom sin

organisation. Alla intervjuer är genomförda genom teamssamtal och tack vare intervjupersonernas medgivande till inspelning har sammanställning av underlaget underlättats. Som utlovat är alla intervjuade personer anonyma vid presentation av resultatet i denna rapport.

Vid genomgång av en delrapport vid styrgruppsmötet 2021-11-08 gavs medlemmarna möjlighet att invända vid eventuella faktafel som framkom i beskrivning av arbetssätt och rutiner i intervjuerna men har inte lyft några sådana.

10.1 Ekonomiskt bistånd

Intervju med 8 socialsekreterare (2 per kommun) samt 2 enhetschefer för Ekonomiskt bistånd.

Rutiner - "Det beror på hur mycket tid och energi man har att engagera sig i varje klient"

Det framgår i samtalen att alla socialsekreterare som handlägger ekonomiskt bistånd arbetar med målgruppen nollklassade. I flera kommuner är en socialsekreterare mer specialiserad på att arbeta med sjukskrivna klienter med anledning av personligt intresse för målgruppen och/ eller på grund av fördjupad kompetens från tidigare uppdrag. Personal med högre kompetens om sjukskrivningsprocessen agerar ibland konsultativt stöd för kollegorna vid t.ex. gemensamma ärendegenomgångar.

Ingen av LUTA-kommunerna har en skriven rutin för hur man ska arbeta med sjukskrivna klienter och det varierar om man erbjuder nollklassade praktiskt stöd vid t.ex. ansökningar eller kontakt med sjukvården. Det råder en brist på samsyn vad socialsekreterarna själva anser att deras ansvar och uppdrag är vad gäller att jobba med individers rehabilitering och att stötta individen till återgång i arbete. En intervjuperson uttrycker att det primärt är den ekonomiska bedömningen som ingår i uppdraget och berättar att det övriga stödet varierar: "Det beror på hur mycket tid och energi man har att engagera sig i varje klient".

Den generella arbetsbördan anges av flera socialsekreterare vara avgörande för att ha möjlighet att initiera kontakt med andra aktörer kring en sjukskriven klient, exempelvis rehabkoordinatör. Det kan även finnas en otydlighet i uppdrag när t.ex. en koordinatör genom tidsbegränsade ESF-projekt, jobbcoach eller andra funktioner inom kommunen erbjuder ett liknande stöd till en sjukskriven klient.

Vid frågan om man kallar till SIP (Samordnad individuell plan) svarar alla intervjupersoner att det sällan görs av dem själva men att det ibland initieras av vården och att man då deltar. Skälet till att socialsekreteraren inte kallar till SIP är att det kräver tid, innebär mycket administration och att de har upplevt att de kallade parterna ibland uteblir från mötet.

Samverkan - "Samverkan har aldrig varit så dålig som nu och jag har jobbat med det här i 30 år."

Det framstår tydligt att det upplevs svårt att få kontakt med aktörer kring den nollklassade individen. Socialsekreterarna uttrycker att samverkan med vården brister, men där det finns en fungerande kontakt med en rehabkoordinatör är denna uppskattad. I de fall man tillsammans med klienten har ansökt om samordnad rehabiliteringsplan erfars det att nollklassade inte får ansökan beviljad och att det inte ges återkoppling från Försäkringskassan om skälet till avslag. Även att skapa och upprätthålla kontakt med Arbetsförmedlingen är svårt; det tar tid att få kontakt med rätt handläggare och upplevs omständligt. Det är svårt för sjukskrivna klienter att få en arbetsförmågebedömning och annat stöd, och ansvaret att skaffa fram medicinska underlag läggs över på individen.

Generellt sett efterfrågas mer informations- och nätverksmöten med andra aktörer och det ses som ett problem att det finns så lite kunskaper mellan aktörerna om uppdrag och regelverk. En socialsekreterare berättar att regeländringar hos Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen upptäcks först när en klient har drabbats av exempelvis sanktioner eller avslag. Man upplever även att andra aktörer inte vet vad ekonomiskt bistånd har för uppdrag och ansvar.

Kompetens - "Vi har inte det medicinska kunnandet"

En fråga som berör både kompetens och samverkan är socialsekreterarnas osäkerhet i rehabiliteringsprocessen. Det råder osäkerhet kring vad för krav de kan ställa på en sjuk klient ifråga om insatser och aktiviteter och denna osäkerhet har vuxit sedan läkarintygen allt mer uteblivit. I de fall läkarintygen utfärdas ger de socialsekreterarna information som i viss mån som kan ligga till grund till en bedömning av

vad som är rimliga krav på klienten. I flera intervjuer nämns dock att läkarintygen håller ojämn kvalitet och att den sjukskrivande läkaren inte har kunskap om vad för aktivitet klienten sjukskrivs ifrån.

Att nollklassade inte har tillgång till medicinska underlag lyfts som ett växande problem i majoriteten av intervjuerna. En socialsekreterare berättar att hon har stöttat en klient i ansökan om sjukersättning men att klienten inte fick något läkarutlåtande från sin vårdcentral som hänvisade till att de inte längre har möjlighet att skriva medicinska underlag till patienter med försörjning från ekonomiskt bistånd. Därmed blev ansökan inte komplett och den avslogs utan att kunna bli ordentligt prövad av Försäkringskassan.

10.2 Regionen

Intervju med 3 rehabkoordinatorer inom primärvården, rehabkoordinator inom specialistvården, rehabsamordnare, biträdande verksamhetschef specialistenhet, folkhälsoutvecklare och verksamhetsutvecklare/ processledare.

Aktualisering - "Läkarintygen, det är det enda sättet för mig att få kännedom om patienterna".

Rehabkoordinatorerna beskriver i intervjuerna hur patienter aktualiseras hos dem och det framkommer att olika professioner inom vården kan lyfta en patient som de bedömer är i behov av rehabiliteringssamordning. Uppfattningen är att det inte är lika vanligt att man kopplar in rehabkoordinator i nollklassades ärenden som för patienter med arbetsgivare eller ersättning från Försäkringskassan, detta är en uttalad prioritering som gjorts på vissa vårdcentraler. Flertalet rehabkoordinatorer uttrycker att man tror att det finns ett stort mörkertal vad gäller nollklassade och att de prioriteras ner till fördel för patienter med arbetsgivare eller med kortare sjukskrivning.

Därtill är det enbart sjukskrivna patienter som blir registrerade i verksamhetssystemet Rehabstöd vilket sker automatiskt genom läkarintygsförskrivandet. Eftersom nollklassade inte längre sjukskrivs om de inte har en pågående behandling kommer de troligen aktualiseras mer sällan i verksamhetssystemet, detta är en farhåga flera rehabkoordinatorer berättar att de har.

I en intervju jämför en rehabkoordinator inom primärvården rehabiliteringsprocessen för nollklassade med den för en patient med ekonomisk ersättning från annat håll än ekonomiskt bistånd, och menar att blir en helt annan process. Då det finns en arbetsgivare eller patienten uppbär ersättning från Försäkringskassan sker exempelvis uppföljningar en gång i månaden men betydligt mer sällan för nollklassade. Det finns ingen motsvarande part för nollklassade som driver rehabiliteringen framåt men detta hade varit önskvärt eftersom man menar att nollklassade har en särskilt utsatt situation då de på grund av olika skäl kan ha speciellt svårt att lotsa sig rätt bland vården och myndigheter.

Samverkan - "Har jag en vattenläcka här hemma och ringer till takläggaren så kommer ju han att säga att du behöver en rörmokare."

Försäkringskassan är med god marginal den största samverkanspartnern för Regionen och intervjupersonerna uppger att det där finns ett gott samarbete. Däremot brister samverkan gentemot Arbetsförmedlingen och socialsekreterarna i flera kommuner och kontaktvägarna upplevs svåra. Man anser att det är viktigt att vården har information om vad det finns för aktiviteter och insatser hos kommunen.

En annan fråga där det råder konsensus är rehabkoordinatorernas syn på läkarintygen. Man önskar att mer fokus läggs på dialog mellan samverkansparter i rehabprocessen istället för att fokus ligger på läkarintyg, vilken innebär mer av en envägskommunikation. Dock innebär intygen tidigare en naturlig kontakt med socialsekreterarna vilken nu riskerar att utebli.

Läkarintygen – "Intygen är en stor och tidskrävande del av det administrativa arbetet men det finns en kommunikativ aspekt av intygen som är viktig"

Flera intervjupersoner lyfter möjlighet för individen att själv ta ut journalanteckningar som kan lämnas in som underlag till ekonomiskt bistånd. Det kan även finnas andra vårdprofessioner som kan intyga om individens hälsotillstånd, t.ex. arbetsterapeut, samtalskontakt m.fl. förutom läkaren.

10.3 Försäkringskassan

Intervju med samverkansansvarig och handläggare i förstärkta samarbetet.

Aktualisering – ”Om det inte finns ett medicinskt underlag eller läkarintyg kan vi inte beakta anspråket – då är den inte komplett”

I intervju med tjänstepersoner på Försäkringskassan görs tydlig att sjuk och sjukskriven är två olika begrepp då myndigheten ansvarar för samordnad rehabilitering enbart för sjukskrivna med medicinskt underlag från vården. För aktualisering för samordnad rehabilitering och förstärkta samarbetet med Arbetsförmedlingen måste individen göra en ansökan eller ett anspråk och det måste alltid finnas medicinskt underlag. I intervju med handläggare inom förstärkta samarbetet beskrivs att nollklassades deltagande är ovanligt.

Att få Försäkringskassans stöd i samordningen beskrivs även kunna leda till stöd i vissa andra processer. En handläggare berättar att det i förstärkta samarbetet finns möjlighet att lämna över till annan handläggare på myndigheten om det visar sig att arbetsförmågan är varaktigt nedsatt för en individ och det istället är aktuellt att söka sjuk- eller aktivitetsersättning.

Samverkan – ”Arbetsförmedlarna i förstärkta samarbetet är fenomenala på att motivera”

I samordnad rehabilitering och förstärkta samarbetet med Arbetsförmedlingen har Försäkringskassan ett samordnande ansvar, vilket innebär att ansvarig handläggare tar kontakt med andra aktörer i ett individärende. Det finns ett väl fungerande samarbete med vården och med Arbetsförmedlingen. De brister i samverkan som beskrivs, exempelvis med kommunen, är snarare på en övergripande nivå än i kontakt om en specifik individ, enligt handläggare på Försäkringskassan.

I intervjuerna berättas om personal inom kommunen som har haft felaktig eller daterad information om exempel insatser och stöd som Försäkringskassan sägs kunna erbjuda. Som myndighet kan snabba förändringar ske och man ser att det kan uppstå missförstånd hos andra aktörer då de utgår från inaktuell eller feltolkad information. Man ser generellt positivt på samverkan och önskar bli inbjuden att informera exempelvis socialsekreterare

10.4 Arbetsförmedlingen

Intervju med 2 handläggare i förstärkta samarbetet med Försäkringskassan.

Aktualisering – ”Idag tror jag inte jag har någon, jag hade en förra året”

Det förstärkta samarbetet jobbar i huvudsak med individer som är beviljade sjukpenning och endast ett fåtal är nollklassade. Urvalet går till så att Försäkringskassan anvisar individer som bedöms klara av och ha nytta av arbetslivsinriktad rehabilitering. En läkare kan signalera genom att skicka en impuls i läkarintyget till Försäkringskassan att hen bedömer att en individ skulle vara lämplig för stödet men även i de fallen krävs att myndigheten gör en anvisning.

Samverkan - ”Är det för mycket strul så är det svårt att se vilken arbetsförmåga du har”

Handläggarna på Arbetsförmedlingen berättar att det finns en bra kontakt med Försäkringskassan och att de därigenom får tillgång till medicinska underlag från vården. Genom förstärkta samarbetet kan även arbetsterapeut, arbetspsykolog, socialkonsulenter m.fl. kopplas in lättare än på myndigheten i övrigt och det tycker man är en stor fördel. Det tas sällan kontakt med kommunerna och samverkan beskrivs vara personberoende då man inte sitter i nätverksgrupper eller liknande samverkansforum. Man har diskuterat detta internt i arbetsgruppen och tycker att det samverkas för lite med kommunerna.

Synen på samverkan är att det generellt sett är betydligt svårare nu än för några år sedan och en förändring som anges kunna påverka är fristående aktörer och att det är svårare att nå handläggare på Arbetsförmedlingen efter myndighetens reformering. En intervjuperson uttrycker att det är de svagaste som nu drabbas ännu mer när samverkan brister.

Övrigt

Man anser att de individer som anvisas till förstärkta samarbetet har mer komplicerade situationer än tidigare och att de också är sjukare. I vissa fall har individen inte den kapacitet som krävs för insatser och man saknar alternativ som t.ex. den lågtröskelverksamhet som tidigare erbjöds av Samordningsförbundet för att stötta de individer som står allra längst från arbetsmarknaden.

Förstärkta samarbetet uppges ha ett gott utfall för de individer som skrivs in. Dessa kommer vidare till arbete, studier eller öppet arbetssökande i högre omfattning än utan stödet.

10.5 Sammanfattning och analys - "Vi är varandras verktyg, viktigt att vi känner så allihopa"

I genomgången av intervjuer med tjänstepersoner hos de olika aktörerna märks en skillnad mellan organisationerna vad gäller tydlighet i det egna uppdraget för rehabprocessen. Inom myndigheterna och vården har man sitt egna uppdrag och ansvar klart för sig, medan det inom kommunen varierar och inte finns tydliga rutiner och ansvarsfördelning.

Vad som dock framträder är samsyn om samverkan som överskrider organisationsgränser. Samverkan lyfts fram som en oundgänglig del av arbetet med nollklassade men samtidigt framkommer det att det finns få, om några, nätverk där informations- och erfarenhetsutbyten sker kontinuerligt för de professioner som möter de nollklassade individerna.

I samtliga organisationer lyfts även medicinska underlag fram som avgörande för att få rätt stöd i sin rehabilitering.

11 OMVÄRLDSBEVAKNING

I processansökan står att utredning ska "omvärldsbevaka projekt i landet med målgrupp nollklassade som kan bidra med förslag på fungerande samverkansstrukturer för målgruppen", där projekt i Alvesta och Växjö kommun, Malmö stad och Kalmar samordningsförbund lyfts fram som exempel. Detta presenteras utifrån de tre arbetsmetoder som är gemensamma för de genomförda projekten med en inledande sammanfattning av projekten utifrån problembildsbeskrivning.

11.1 Problembildsbeskrivning projekt

De projekt som utredningen har undersökt är desamma som nämnts ovan, samt Hallands Samordningsförbunds utvecklingsarbete med Halmstadmodellen. Denna har i flera av de andra projekten angetts som inspirationskälla samt lyfts fram som ett föredöme i Viljeinriktningen från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och SKR (bilaga 4).

- **Rättvisaspekt för nollklassades tillgång till rehabilitering, insatser och stöd**
Man fann att rehabiliteringsmöjligheter inte utreds tillräckligt för nollklassade. Nollklassade individer fick inte tillgång till samordnad rehabilitering genom Försäkringskassan eller förstärkta samarbete genom Arbetsförmedlingen i samma utsträckning som individer som hade en annan ersättning än från ekonomiskt bistånd.
- **Aktualisering och synlighet**
Försäkringskassan har svårigheter att på egen hand hitta de nollklassade som har behov av stöd och upprätthålla kontakten med dem. En följd blir att nollklassade sällan får stöd genom samordnad rehabilitering och förstärkta samarbetet med Arbetsförmedlingen.
- **Tillgång till medicinska underlag av hög kvalitet**
Ett bra medicinskt underlag beskrivs som en av de absolut viktigaste nycklarna till att individen får stöd genom samordning och rehabilitering. Nollklassades intyg från vården är generellt av lägre kvalitet än för personer med ersättning från Försäkringskassan.
- **Bristande kompetens om rehabiliteringsprocessen hos socialtjänsten**
Socialsekreterarna har otillräcklig kunskap om de andra aktörers uppdrag och om rehabprocessen i stort. Socialsekreterarna upplever att de inte har verktyg att jobba med nollklassade, och att de inte har tillräckliga kunskaper i försäkringsmedicin för att kunna ställa rätt krav på individen och ställa kompletterande frågor till vården.
- **Bristar i samverkan**
Det finns en generell brist på samverkan mellan socialtjänst, Försäkringskassan och vården om varandras uppdrag och krav för att individen ska kunna erbjudas stöd.

11.2 Jämförelse

Följande insatser genomfördes i projekten i någon form:

- **Kompetensutveckling**
I projekten erbjöds socialsekreterarna utbildning i försäkringsmedicin och i att tyda läkarintyg samt djupare kunskap i rehabprocessen och hantering av rehabiliteringsärenden hos Försäkringskassan. Det genomfördes kompetensutveckling, exempelvis genom workshops som Försäkringskassan höll i och där socialsekreterarna deltog. Kompetensutveckling skedde även löpande i konsultationsteam om Försäkringskassans regelverk vilket bidrog till större förståelse för myndigheten beslut och skäl till avslag i vissa fall. Kompetensutvecklingen innebar att socialsekreterarna visste bättre vad de kunde ställa för uppföljande frågor till vårderna. I ett par av projekten arbetade man med att ta fram relevant stödmaterial i form av process- och metodbeskrivningar som skulle vara ett stöd i socialsekreterarnas arbete.
- **Konsultationsteam**
Projekten hade någon form av konsultationsteam med representanter från Försäkringskassan, socialsekreterare och i vissa fall även försäkringsmedicinskt kunnig från vårderna. Mötena var återkommande och där lyftes oidentifierade individärenden för rådgivning och vidare rehabiliteringsplanering. Förutom att fylla en rådgivande roll fungerade mötena i vissa projekt som en ingång till Försäkringskassans samordnade rehabilitering, förstärkta samarbetet med Arbetsförmedlingen eller inför en ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning. Socialsekreteraren som lyfte ett individärenden kunde med hjälp av Försäkringskassan och vårdens expertis få en tydligare bild av en fortsatt planering för den nollklassades ärende.
- **Fördjupad samverkan**
Kontaktpersoner på ekonomiskt bistånd har suttit med vid försäkringsmedicinskt nätverk samt vid informationsträffar mellan Försäkringskassan och primärvårderna. Man har även deltagit i möten med psykiatri, i nätverk för rehabkoordinatorer m.m. och i flera av projekten har socialsekreterare besökt primär- och specialistvårderna för att informera om deras sätt att arbeta med sjuka och nedsatta klienter. Den fördjupade samverkan innebar även att Försäkringskassan och representanter från sjukvårderna har spridit information vidare internt och aktualiserat nollklassade som målgrupp. Försäkringskassan beskrivs i projekten som vägen in till andra samverkanspartners som socialsekreterarna på ekonomiskt bistånd inte har ingång till själva, framförallt till vårderna och till Arbetsförmedlingen.

11.3 Slutsatser

Genom de beskrivna metoderna fann man att en tydlig effekt blev en generellt sett mer aktiv rehabiliteringsprocess. De ärenden som lyftes för konsultation mellan Försäkringskassan och socialtjänsten fick en mer aktiv planering även i de fall då de inte var aktuella för myndighetens stöd genom samordnad rehabilitering eller förstärkt samarbete. Det erfarenhetsutbyte som skedde genom konsultationsteam ledde både till stegförflyttning för individer som var nollklassade och till kunskapsöverföring mellan aktörerna. En genomförd utvärdering visade att samtliga klienter hade gjort stegförflyttning i samband med arbetssättet med konsultationsteam även i de fall de inte hade fått samordnat stöd från Försäkringskassan. Även personliga handläggare på Försäkringskassan kunde vid projektavslut vittna om att passiv rehabilitering hos nollklassade individer efter möte med sjukvård och socialtjänst blev mer aktiv hos alla parter. Detta antogs bero på den höga kompetens Försäkringskassans handläggare besitter om rehabprocessen i allmänhet och försäkringsmedicin i synnerhet, och myndighetens kontaktvägar och kompetens framstår som avgörande för att få en aktiv rehabprocess till stånd. Denna effekt kunde alltså ses i projekten även då det var socialsekreterare som drev rehabarbetet framåt men med stöd från Försäkringskassan.

En annan insikt som flera projekt lyfter är att arbetet måste vara långsiktigt för att resultat i form av återgång i arbete för nollklassade ska kunna uppnås. Många nollklassade har en komplex situation och många års passiv sjukskrivning bakom sig och därför kan snabba resultat inte förväntas. Man ser dock, förutom stöd till återgång i arbete för en del av målgruppen, en stor möjlighet för att nya nollklassade fortsättningsvis snabbare kan fångas upp med arbetssätten och ges ett tidigare stöd i rehabprocessen för att förhindra många års passiv sjukskrivning, bidragsberoende och utanförskap för

individen. För att ytterligare stärka tidig och aktiv rehabilitering för nollklassade lyfter projekten behovet av att inkludera vården och Arbetsförmedlingen i samverkan. En långsiktig förändring för nollklassade kräver ett långsiktigt och över tid hållbart gemensamt arbetssätt som förankras i respektive organisations ledning.

Socialsekreterarens roll i att vara drivande i nollklassades rehabprocess lyfts fram som oumbärlig då det ofta är enbart denna profession som har den nollklassades ärende hos sig. Det är dessutom ekonomiskt bistånd som ansvarar för den ekonomiska ersättning och som därmed kan ställa krav på individer att ta emot de stödinsatser som bedöms vara lämpliga. För att rehabiliteringen för klienter ska vara aktiv krävs att socialsekreterarna redan innan konsultation med Försäkringskassan har en upparbetad kontakt med klienten och har stämt av nuvarande hälsoläge samt haft kontakt med sjukvården. Detta hänger samman med att kunna göra en bedömning av om en klient är i en situation där hen kan ta emot en arbetslivinriktad insats eller om det t.ex. pågår en medicinsk behandling som måste slutföras först. För att socialsekreteraren ska kunna axla rollen måste kommunen ta fram interna rutiner för arbetet med sjukskrivna klienter, såväl som externa rutiner för konsultation och samverkan med vården och Försäkringskassan. Dessutom måste kompetensutveckling erbjudas i försäkringsmedicin.

Slutligen framställs kompetensutveckling och samverkan som två delar som korsbefruktar varandra. Den kompetensutveckling som socialsekreterare fick genom konsultation eller utbildningsinsatser från Försäkringskassan ledde till att socialsekreterarna betydligt mer sällan hade behov av att ta kontakt i frågor om rehabilitering, om beslut och i frågor om utbetalningar. En annan vinst för Försäkringskassan har varit att genom rådgivning i konsultationsteamet få in kompletta ansökningar om ersättning och samordning och därigenom effektivisera sin handlägningsprocess. Genom arbetssätten i projekten som beskrivits tidigare har även ett ökat fokus på och kunskap om målgruppen nollklassade hos samtliga samverkande parter varit en effekt. En annan effekt som lyfts fram är att samverkan i ett bredare perspektiv blev bättre och tydligare för alla parter. Man har sett att en större förståelse och kunskap om målgruppen byggdes upp hos myndigheterna, samt att förståelsen för var och ens respektive uppdrag ökade.

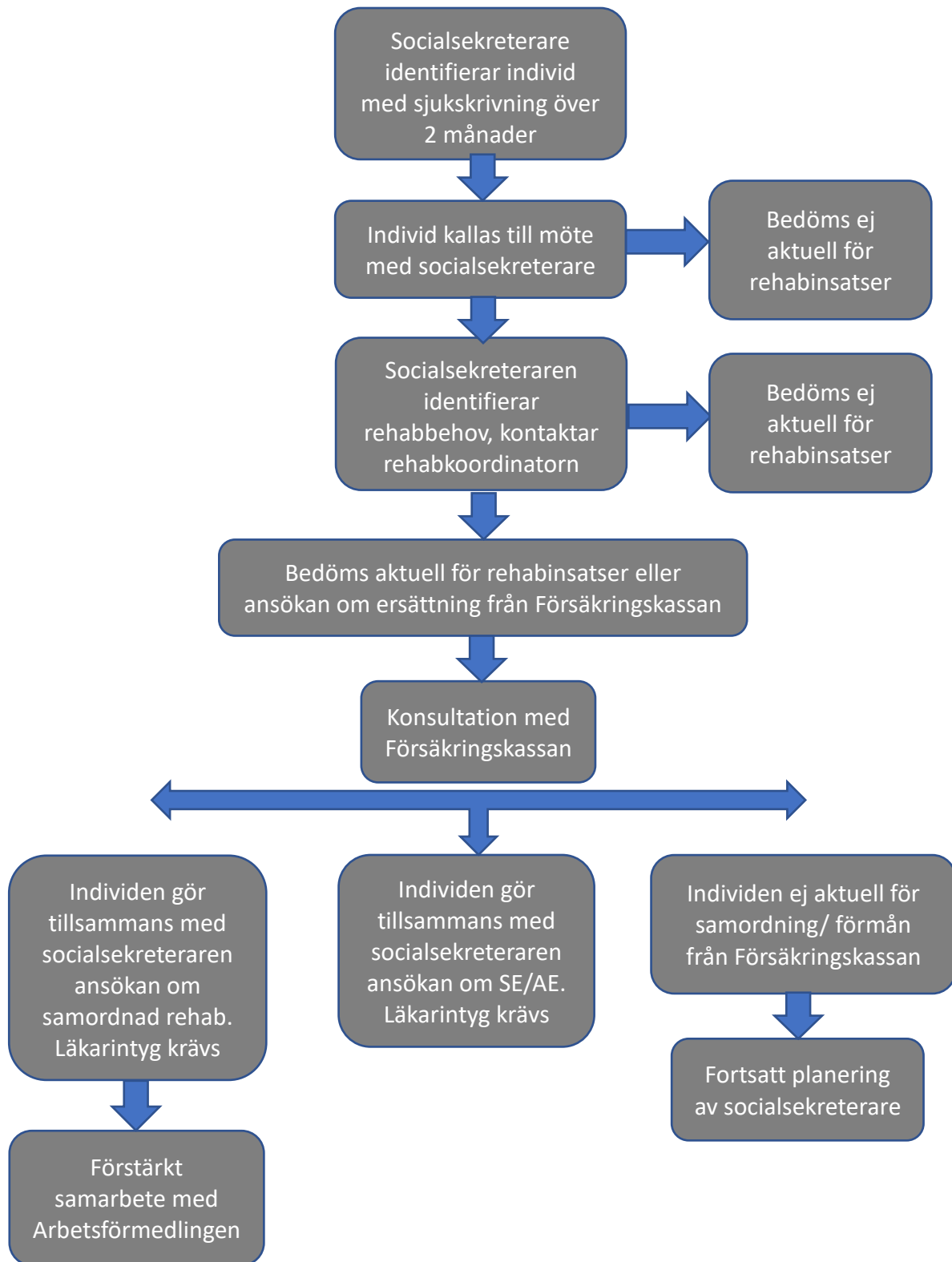
12 FÖRSLAG

Utifrån de processmål för deltagande organisationer och för målgruppen nollklassade som angetts i processansökan följer förslag på flödesschema som syftar till att underlätta en rättssäker väg till rehabilitering och förslag på samverkansstrukturer.

12.1 Förslag till flödesschema

Det finns svårigheter i att ta fram ett flödesschema för målgruppen av flera skäl. För det första har LUTA-kommunerna olika arbetssätt vad gäller socialsekreterarens roll i klienternas rehabilitering. För det andra har Kronobergs län andra förutsättningar än de projekt som tagits upp i utredningen, den största faktorn är hur klargörandet av förskrivning av läkarintyg från Region Kronoberg påverkar nollklassades möjlighet till stöd.

Flödesschemat nedan visar ett önskat läge för ett utvecklat arbetssätt för socialsekreterarna och en fördjupad rehabiliteringssamverkan mellan kommunerna, Region Kronoberg, Försäkringskassan och i förlängning Arbetsförmedlingen.



Flödesschemat innebär att det är socialsekreteraren som ansvarar för att identifiera individens behov av rehabinsatser och att lyfta ärendet med rehabkoordinatör på berörd vårdcentral. För att identifiera rätt individer krävs en god kännedom och att socialsekreteraren har aktuella uppgifter om hens nuvarande hälsoläge och andra omständigheter som kan påverka förutsättningar att ta emot rehabiliteringsstöd. I samråd med vården görs bedömning om individen är aktuell för arbetslivsinriktade insatser eller om hen är aktuell för ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning. I de fall behov av och förutsättningar för stöd från Försäkringskassan identifieras hos en individ sker en konsultation med personlig handläggare. Under

konsultationen görs en bedömning utifrån Försäkringskassans regelverk och en gemensam planering görs; samordnad rehabilitering och möjlighet till fördjupat samarbete med Arbetsförmedlingen, en ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning eller att individen inte är aktuell för stöd från Försäkringskassan i nuläget. Om en ansökan om sjuk- eller aktivitetsersättning är aktuell bistår socialsekreteraren individen i förfarandet och stöd i kontakt med vården. Om individen inte är aktuell för förmån eller ansökan gör socialsekreteraren en planering utifrån vad som framkommit i kontakt med vården och konsultationen med Försäkringskassan. Om informationen fortfarande är otillräcklig kan man exempelvis kalla till en SamSIP med berörda parter.

12.2 Förslag till beslut och samverkansstruktur utifrån underlaget i rapporten

Det är tydligt att vissa professioner är centrala i nollklassades rehabprocess, framförallt socialsekreterare och rehabkoordinatorer, men även Försäkringskassans samordnande funktion och den kompetens och nätverk myndigheten besitter är av stor vikt. Det är därför önskvärt att dessa parter har någon form av gemensamt och återkommande forum där individärenden, efter samtycke eller aidentifiering, kan lyftas men även där informationsutbyte kan ske mellan organisationerna.

Utifrån rådande läge och förutsättningar bör följande förslag lyftas för diskussion av medlemmarna:

- Medicinska underlag tillgängliggörs för de nollklassades individer som behöver dessa i ansökan om förmån eller samordnad rehabilitering från Försäkringskassan.
- Samverkansforum etableras mellan socialsekreterare, rehabkoordinator och handläggare för samordnad rehabilitering på Försäkringskassan.
- Försäkringskassan erbjuder socialsekreterarna kompetensutveckling om rehabiliteringsprocessen och försäkringsmedicinsk grundkunskap.
- Ansöka om pilotprojekt finansierat av Samordningsförbundet Värend. Försök med konsultationsteam där Regionen, LUTA-kommunerna, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är representerade med processledare som leder utvecklingsarbetet.

BILAGOR

Bilaga 1: Processansökan nollklassade som uppbär försörjningsstöd

Bilaga 2 Indikatorer AF statistik

Bilaga 3: Utfärdande av läkarintyg i samband med att individer söker ekonomiskt bistånd

Bilaga 4: Viljeinriktning – Samverkan kring personer som saknar sjukpenningsgrundande inkomst och som har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom