



SAMS

Samverkan om sjukvårdsförsäkrade

Slutrapport

Ett samverkansarbete mellan Malmö Stad, Försäkringskassan,
Region Skåne och Arbetsförmedlingen



FINSAM
I MALMÖ

Förord

Den sista juni 2011 avslutas SAMS som Finsam-insats. I denna rapport vill vi som under dessa 3 år i vårt dagliga arbete deltagit i arbetet och processerna delge våra erfarenheter och reflektioner, men också beskriva den resa vi gemensamt gjort utifrån vårt utvecklingsuppdrag i Finsam.

Rapporten är en diger läsning. Eftersom det är vår slutrapport och det vi lämnar efter oss, har vi valt att på ett ganska ingående sätt berätta om och beskriva olika delar i processerna. Rapporten vill vi rikta till de personer i vår omgivning som på ett eller annat sätt varit direkt involverade eller berörda av vårt arbete, men också till chefer och medarbetare runt om i landet med intresse för våra erfarenheter av samverkan och målgruppen. Utifrån våra tilltänkta läsare har vi medvetet valt att låta de organisatoriska perspektiven bli framträdande i rapporten.

Vi vill tacka Finsam, vår styrgrupp samt medarbetarna och chefer från de olika organisationerna som varit delaktiga i våra processer för gott samarbete och engagemang under resans gång.

Malmö 2011-05-31

SAMS Projektgrupp

Sara-Marie Gertsson

Louise Andersson, Edina Lovic, Dorota Marzec, Zsuzsanna Varga

Ulla Andersson, Monica Stenberg

Aun Abbas

Processledare

Malmö Stad

Försäkringskassan

Arbetsförmedlingen

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	5
Förutsättningar för ”nya” SAMS	5
Samlad bedömning av arbetsförmåga	8
Bakgrund.....	8
Fallbeskrivningar	8
Det unika med SAMS.....	9
Resultat.....	9
Utvecklingsprocessen i SAMS	12
Effekterna av SAMS samlade bedömningar	17
Erfarenheter och reflektioner i SAMS-processen	18
Lärande och kompetensöverföring	21
Sjukskrivning av nollplacerade försörjningsstödstagare.....	21
Utredning och handläggning av ohälsa inom Socialtjänsten	22
Diskussion	25
Vems är ansvaret för sjukskrivna nollplacerade?	25
Nollplacerade ingen prioriterad målgrupp	25
Rehabprocessen och vägen till självförsörjande genom arbete	26
Avslutande ord från projektgruppen.....	28

Sammanfattning

SAMS, Samverkan om sjukvårdsförsäkrade, är ett samverkansarbete mellan Försäkringskassan, Region Skåne, Malmö Stad och Arbetsförmedlingen. SAMS startade 2003 och har mellan 2008 och fram till 30/6 2011 finansierats genom samordningsförbundet Finsam i Malmö.

SAMS har haft ett tvådelat uppdrag, det ena har varit det direkta individarbetet och det andra lärande och kompetensöverföring till moderorganisationerna.

SAMS kvalitativa mål har varit att alla personer i gruppen (sjuka och sjukskrivna försörjningsstödstagare som saknar sjukpenninggrundande inkomst) skulle erbjudas en utredning av sin arbetsförmåga med sådant djup och kvalitet att rekommendationer om kommande insatser där arbetslinjen var prioriterad kunde lämnas.

SAMS har syftat till att personerna, i skedet efter utredning och bedömning, skulle erhålla adekvata rehabiliteringsåtgärder (medicinska/arbetsinriktade/sociala), skrivas in som arbetssökande på Arbetsförmedlingen (hel eller delvis arbetsförmåga) alternativt få rätt inplacering i sjukförsäkringssystemet (sjukersättning vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom).

SAMS har under Finsam-tiden utvecklat en samverkanmodell för fördjupade utredning och samlad bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. Samverkansmodellen bygger på en strukturerad arbetsprocess, SAMS-processen. Samverkan sker i praktiken i ett samverkansteam med representanter för Socialtjänsten, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som arbetar tillsammans med behandlande läkare.

Under tiden i Finsam har 251 personer varit inskrivna i SAMS, av dessa har 151 personer skrivits in efter införande av samverkansmodellen för samlade bedömningar. Därtill har SAMS-teamet genomfört konsultationer i 520 ärenden samt svarat på frågor och haft handledning i 1650 ärenden. Totalt har SAMS varit involverade på olika nivåer i 2 421 ärenden.

Utfallet av de samlade bedömningarna visar att 88 % hade helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga. Samtliga med nedsatt arbetsförmåga visade sig vara i behov av rehabiliteringsinsatser som ett nästa steg för att närma sig arbetsmarknaden. 99 % av personerna hade behov av medicinsk rehabilitering, 46 % av arbetsinriktad rehabilitering och 28 % av social rehabilitering.

6 månaders uppföljning har hittills skett av 61 personer. Uppföljningarna visade att 38 % var helt eller delvis självförsörjande genom anställning, sjukersättning eller annat. Ytterligare 30 % genomgår rehabilitering, flera av dessa är på väg till anpassad anställning. 5 % är arbetssökande genom Arbetsförmedlingen.

Framgångsfaktorer och det unika i SAMS är de samlade organisationsövergripande bedömningarna, som ska syfta till att individerna får rätt insats av rätt aktör och med rätt ersättning. Samarbetet med sjukvården och behandlande läkare har varit avgörande för framgång, liksom de stora möjligheterna till individuella lösningar utifrån individernas behov och hög tillgänglighet till organisationernas samlade utredningsresurser.

De speciellt avsatta medel som funnit för medicinska konsultationer och arbetsprövningar har också varit framgångsfaktorer tillsammans med tid, kontinuitet och hög kvalitet i bedömningarna.

Inom lärandeuppdraget har ett omfattande arbete gjorts med utformandet av ett systematiskt arbetssätt för handläggning av sjukdom och ohälsa inom försörjningsstödet. Arbetssättet, benämnt HUR, har introducerats på samtliga stadsdelars försörjningsenheter. Arbetssättet är tänkt att vara en plattform för arbetet med målgruppen inom ordinarie verksamhet på försörjningsstödet och en beredning inför Socialtjänstens samverkan med andra myndigheter.

Andra effekter som uppnåtts är att ett stort antal läkare, medarbetare och chefer inom sjukvården genom information och dialog fått ökad kunskap om och förståelse för målgruppen och det sammanhang i vilket personer i målgruppen lever.

Att som individ ha en sjukdom påverkar ofta livets alla aspekter, inte minst möjligheterna att få och behålla ett arbete och att bli självförsörjande. Att vid sjukdom och sjukskrivning få en grundlig utredning och bedömning måste vara en rättighet, också för den som är nollplacerad.

Våra erfarenheter visar att det i Malmö finns ett oerhört stort behov av samverkan och samordning av utredningar för målgruppen. HUR inom Socialtjänsten ser vi som en bra start. Samtidigt ser vi behov av strukturerad samverkan i speciellt utformade fora för att även framöver kunna erbjuda individer en samlad organisationsövergripande bedömning med individen, inte organisationerna, i centrum.

Inledning

SAMS, Samverkan om sjukvårdsförsäkrade, är på väg in i en ny fas, tiden som Finsam-insats avslutas 30/6 2011. De resultat som uppnåtts, tillsammans med de processer som satts igång, kommer framöver att tas om hand och vidareutvecklas inom ramarna för ordinarie verksamheter hos de samverkande parterna.

Bakgrund

Det finns medborgare i samhället som har särskilda svårigheter att komma ut på arbetsmarknaden. Bland dessa finns personer som är *beroende av försörjningsstöd för att de är sjuka och sjukskrivna*. Dessa människor har ofta en komplex problematik och är aktuella hos flera olika myndigheter, som var och en på egen hand gör bedömning och planering för individen.

Många av dessa människor snurrar runt i en mängd olika insatser hos olika aktörer. Insatserna hänger sällan ihop med varandra, och målsättningarna med insatserna skiljer sig åt utifrån organisationernas uppdrag. Individerna utsätts för att "delas upp" i många små delar och därmed går ofta helhetssynen på människan i sin livssituation går förlorad.

För att bättre kunna stödja och hjälpa dessa människor skapades FK-projektet/SAMS för snart 8 år sedan. SAMS var initialt en del av storstadssatsningen och fungerade under perioden 2003 – 2007 som en tvåpartssamverkan mellan Försäkringskassan och Malmö Stad.

SAMS var alltså vid ingången till Finsam inget oskrivet blad. Genom FK-projektet/SAMS hade ett aktivt arbete bedrivits med målgruppen sedan 2003 genom Försäkringskassan. Arbetssättet utgick från att enskilda socialsekreterare lämnade över ärenden till Försäkringskassans handläggare för utredning av arbetsförmåga och hälsotillstånd eller konsulterade Försäkringskassans handläggare i sjukskrivningsärenden.

Utifrån de erfarenheter som gjordes under åren samt de utvärderingar och uppföljningar som genomförts, sågs behov av vidareutveckling av arbetet med utredning av och samverkan kring målgruppen. En ansökan om finansiering av medel för ett treårigt utvecklingsprojekt lämnades in till Finsam i Malmö i november 2007.

Förutsättningar för "nya" SAMS

Två handläggare från Försäkringskassan avdelades för uppdraget i "nya" SAMS. Deras arbete skulle i första hand vara konsultativt gentemot Socialtjänsten, de hade också i uppdrag att medverka i utbildningsinsatser. Vidare nyrekryterades fyra erfarna socialsekreterare från Socialtjänsten. Deras uppdrag var att samordna ärenden, utveckla utredningar, medverka i utbildningsinsatser samt följa upp resultat. Också en projektledare tillsattes med uppdrag att leda utvecklingsarbetet. I ansökan uttalades att projektledaren hade en viktig pådrivande roll när det gällde Socialtjänstens utvecklade ansvar för målgruppen samt hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Medel avsattes för Hälso- och sjukvårdens medverkan i form av medicinska konsultationer och för Arbetsförmedlingens medverkan i form av arbetsprovningar¹.

Samtliga medarbetare skulle *"finnas hos sin moderorganisation men arbeta utifrån de gemensamma målen och en gemensam strategi med inriktning på att öka sin organisations kunskap och medvetenhet om målgruppens behov"*².

Socialtjänstens medarbetare tillträdde sina tjänster under juli - september 2008, varför projektgruppen arbete kom igång först under oktober. Fram till 15 oktober kom därför SAMS verksamhet att se likadan ut som under föregående år.

¹ Ur ansökan till Finsam 2007-11-14

² Ur ansökan till Finsam 2007-11-14

”Nya” SAMS uppdrag och det som förväntades av projektet var vid ingången till Finsam, enligt vår mening, endast förankrat i en snäv krets. Bredare förankring saknades i stadsdelarnas Individ- och Familjeomsorg och försörjningsenheterna, men också inom sjukvården och Arbetsförmedlingen.

Till SAMS förutsättningar hörde också att det i en storstad som Malmö finns ett stort antal personer i målgruppen. Det finns också en hög grad av komplexitet genom att Malmö är indelad i tio stadsdelar, genom det stora antalet involverade organisatoriska enheter och det ännu större antalet berörda socialsekreterare, handläggare och läkare.

Konkretisering av uppdraget

Inledningsvis genomfördes uppdragsdialog i olika former mellan projektmedarbetarna och styrgrupp, med samordningsförbundet Finsam och med chefer hos samverkansparterna. Uppdragsdialogen tillsammans med ansökan till Finsam, tjänsteutlåtande och beslut om finansiering, la grunden för konkretisering av projektgruppens arbete.

Resultatet av uppdragsdialogen blev att SAMS arbete kom att få två inriktningar. Den ena inriktningen kom att handla om direkt klientarbete med fördjupade utredningar och samlad bedömning av arbetsförmåga, och det andra om kompetensöverföring och lärande hos moderorganisationerna.

Målgruppen för SAMS

Det kan konstateras att målgruppen definieras olika i olika dokument knutet till ansökan till Finsam. Såväl långtidssjukskrivning, korttidssjukskrivning och sjuka omtalas. Gemensamt i dokumenten är att personerna skall vara enbart sjukvårdsförsäkrade, d.v.s. sakna sjukpenninggrundande inkomst och erhålla försörjningsstöd.

Målgruppen för tidigare FK-projektet/SAMS var enbart sjukskrivna nollplacerade försörjningsstödstagare. Det hade visat sig att Socialtjänsten upplevde stora svårigheter runt sjuka personer som inte var sjukskrivna, varpå dessa personer kom att definieras som en behovsgrupp för SAMS. I samband med Finsam finansieringen kom sjuka utan sjukskrivning också att omfattas av SAMS.

Med utvidgningen av målgruppen kom antalet personer aktuella för SAMS att väsentligt öka. Från att ha omfattat ca 700 individer som var sjukskrivna till att omfatta en icke kartlagd grupp med sjukdom utan sjukskrivning. Enligt olika rapporter³ kan denna grupp uppgå till 20 % av det totala antalet försörjningsstödstagare.

Att arbeta med sjuka, inte bara sjukskrivna, visade sig ge flera nya dimensioner och erfarenheter. SAMS har över tid kunnat konstatera att det fanns många individer som hade nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, men där det inom Socialtjänsten saknades information om de medicinska förutsättningarna eller där personen av olika anledningar inte varit sjukskriven. SAMS har sett att en del personer saknat fast läkarkontakt, ett flertal har inte fått medicinska utredningar och bedömningar man varit i behov av och andra hade inte fått medicinska underlag utfärdade alternativt sjukskrivits då man ”ändå bara har socialbidrag”.

Dessa och andra erfarenheter som fortlöpande gjordes i det direkta arbetet med individerna har kommit att ligga till grund för olika aktiviteter som genomfördes i lärandeuppdraget. En illustration av hur de båda uppdragen i SAMS samspelat med varandra och därigenom stimulerat till utveckling presenteras i figur 1.

³ *Rehabilitering eller utanförskap*, RFV, Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet 2004; *Gör rätt från dag ett*, SKL, 2011

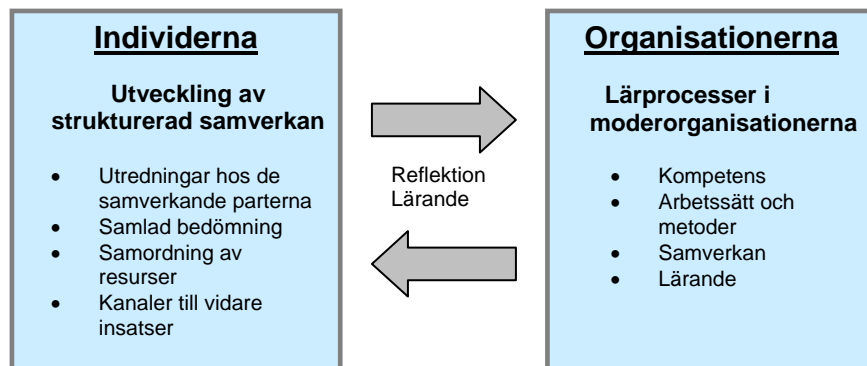


Fig 1 – Utveckling och lärande genom SAMS båda uppdrag

Att nå målgruppen

I syfte att nå alla personer i målgruppen och samtidigt arbeta med kompetensöverföring till Socialtjänsten och involvering av Socialtjänsten i samtliga ärenden, valde vi att arbeta med personer i målgruppen genom olika grader av involvering. De olika graderna har varit förfrågningar och handledning, konsultationer samt inskrivning i SAMS. En tid in i arbetet utarbetades kriterier för inskrivning⁴ då det visade sig vara ottydligt vad som fordrades för att en person skulle skrivas in jämfört med att SAMS bistod med svar på frågor eller handledning.

Förfrågningar har inneburit att vi svarat på enklare frågor i ärenden och gett tips och råd i olika ärenden och situationer. Handledningen innebar bland annat att vi praktiskt i ärenden guidade socialsekreterare i handlägningsprocessen eller var med vid inbokade möten med klienter. Konsultationer i SAMS-teamet har skett på begäran av handläggare eller socialsekreterare, när det funnits behov av att inhämta synpunkter, råd eller svar från samverkansparterna.

Arbets sättet med involvering i olika grader har gjort att många personer i målgruppen nåtts av SAMS. Inget intagningsstopp eller begränsningar av antalet platser eller ärenden har behövt finnas. Vi ser också att syftet med kompetensöverföring och involvering av Socialtjänsten har kunnat uppnås. Även ur ett implementeringsperspektiv kan vi se att arbets sättet varit värdefullt eftersom kompetensutveckling har skett i socialsekreterarnas dagliga arbete med klienterna. Samtidigt har många socialsekreterare/handläggare fortlöpande och över tid blivit förtroga med tankesätt, samverkan och olika moment i utredningsprocessen.

Ärenden i SAMS	Antal
Inskrivna i SAMS	251
Konsultationer i SAMS Teamet	520
Handledning & Förfrågningar	1650
Totalt	2421
Genomsnittlig genomströmning av ärenden i SAMS / år	726

⁴ Kriterier för inskrivning: upplevd eller identifierad fysisk o/e psykisk ohälsa, behov av fördjupad utredning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov, behov av samverkan i utredningen med ytterligare minst en organisation, komplexa ärenden, ärenden där socialsekreterare/handläggare haft svårigheter att driva ärendet vidare

Samlad bedömning av arbetsförmåga

Bakgrund

FK-projektet/SAMS innebar tidigare att Försäkringskassan genomförde försäkringsmedicinska utredningar och bedömde arbetsförmåga utifrån socialförsäkringens ramverk. Försäkringskassans utredning/bedömning visade sig vara till nytta framförallt för personer som bedömdes ha nedsatt arbetsförmåga under mer än ett år på grund av sjukdom eftersom dessa ofta kunde beviljas sjukersättning med dåvarande regelverk. Övervägande del av utredningarna resulterade dock i att Försäkringskassan bedömde att arbetsförmåga fanns, och ärendet återremitterades då till socialsekreteraren. Den uppföljning som gjordes av återremitterade⁵ visade att det sällan genomförts uppföljning inom Socialtjänsten och att det var vanligt att insatser hos samverkansparterna inte kommit till stånd.

I ansökan till Finsam togs ett steg mot fördjupad kartläggning och diagnos av behovsgrupper som grund för rehabilitering utifrån samlad kunskap om individens förutsättningar och behov. Nyskapande i SAMS var att samtliga parter aktivt skulle delta i fastställande av arbetsförmågan utifrån ett med den enskilde gemensamt perspektiv⁶.

Fallbeskrivningar

Nedan följer 2 korta fallbeskrivningar som kan illustrera komplexiteten i inskrivna ärenden och hur SAMS bidragit.

Fallbeskrivning 1: Man, född 86. Utländsk bakgrund. Inte fullföljt skolan i hemlandet, kan inte läsa eller skriva, inte heller på sitt hemspråk. Har problem med huvudvärk, går hos specialtläkare. Vill arbeta och tjäna egna pengar.

SFI har skrivit ut personen då han inte kunnat tillgodogöra sig undervisningen. Arbetsförmedlingen bedömer att mannen inte har arbetsförmåga och bör komma ifråga för LSS. Sjukvården har inte gjort någon bedömning av arbetsförmågan. Arbetsförmedlingens bedömning tillsammans med huvudvärken har gjort att någon aktiv planering inom Socialtjänsten inte kunnat upprättas. Försäkringskassan är inte inkopplad i ärendet.

Fördjupade utredningar i SAMS genomförs. Medicinskt bedöms huvudvärken klart begränsa mannen men att han har hel arbetsförmåga om arbetet kan anpassas efter hans besvär. Inga belägg finns för kognitiva eller intellektuella funktionsnedsättningar finns. Sociala utredningar visar inte på sociala hinder. Läs – och skrivutredning visar att manen har goda förutsättningar och förmåga att kunna lära sig alfabet och siffror, läsa och skriva. Rehabiliteringsplanering: lära sig läsa och skriva, behöver dock enskild undervisning initialt. Därefter planering mot anpassat arbete med Arbetsförmedlingen. Fortsatt medicinsk uppföljning för huvudvärken

Fallbeskrivning 2: Man, född -82. Avslutade gymnasiestudier, men helt i av avsaknad arbetslivserfarenhet i form av anställning. Sedan ungdomsåren funnits misstanke om psykisk sjukdom. Senare utvecklat smärtsyndrom med värk i ben och armar.

Genomgått flertal arbetsinriktade insatser via kommunen, där han haft mönster med dålig närvaro pga. upplevd ohälsa, med avbrott som följd. Upplever sig inte tagen på allvar av sjukvården och inte heller varit sjukskriven.

Fördjupade utredningar i SAMS genomförs. Samverkansmöte med behandlande läkaren i primärvården resulterade i remiss till smärtklinik. Genomgick utredning och smärtbehandling samt remitterades vidare till öppenpsykiatri för fortsatt utredning/behandling av misstänkt psykisk sjukdom. Kom igång med arbetsprövning, där han själv fått välja arbetsplats. Tät uppföljning av arbetsprövning har skett genom SAMS. Anpassning av arbetsplatsen har skett via arbetsterapeut från Arbetsförmedlingen. Påbyggnad av arbetsprövning med arbetsträning under ca ett halvår

⁵ Uppföljning av återremitterade från SAMS 2004-2005

⁶ Ur ansökan till Finsam 2007-11-14

med successiv upptrappning av arbetstiden. Har därefter fått utvecklingsanställning på samma arbetsplats. En fortsatt utredning har parallellt pågått inom allmänpsykiatri, där läkaren och den ansvarige socialsekreteraren har uppföljning i samverkan. Mannen blir självförsörjande.

Det unika med SAMS

Det unika med SAMS, till skillnad från de flesta verksamheter som genomför arbetsförmågebedömningar, är att *individerna erbjudits kvalificerade och samordnade utredningar som leder till en samlad organisationsövergripande bedömning* som samtliga samverkansparter, även sjukvården och behandlande läkare, medverkat i. Den gemensamma bedömningen skapar samsyn om arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov över organisationsgränserna. Detta i sin tur ger individen ökade möjligheter att få sina rehabiliteringsbehov, medicinska och/eller arbetsinriktade och/eller sociala insatser, tillgodosedda och skapar förutsättningar för samordning av insatser med individen i centrum.

SAMS som samverkansforum har kännetecknats av systemsynsättet. När det klassiska sättet att organisera organisationer/verksamheter i funktionella stuprör leder till att individer faller mellan stolarna, har systemsynsättet i SAMS gjort att individerna och deras behov satts i centrum. Både för individerna och samhället i stort kan vi se att det varit till nytta att personer ges möjlighet till en samlad och organisationsövergripande bedömning, så man slipper "snurra runt i systemet". Istället skapas förutsättningar att få *rätt hjälp av rätt aktör, i rätt tid och med rätt ersättning*.

Arbetsgången i SAMS

Så här har arbetsgången sett ut i SAMS:

- Socialsekreterarna ute i stadsdelarna förbereder ärenden (enligt HUR-metodiken)
 - Om svårigheter uppstår som inte kan lösas genom förfrågan/handledning/konsultation hos SAMS-teamet kan personen remitteras till teamet.
-
- SAMS teamet tar ställning till om personen ska skrivas in i SAMS.
 - Befintlig information om personen samlas in och en behovsanalys görs.
 - Ytterligare utredningar och olika former av arbetsprövning genomförs efter behov liksom avstämningsmöten/samverkansmöten där också sjukvården deltar.
 - Samlad och gemensam bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. Rekommendationer om kommande insatser.
 - Planering tillsammans med personen.
 - Utskrivning ur Sams till inremitterande myndighet, oftast socialtjänsten. Uppföljning efter sex månader

Resultat

Bakgrundsdata

Totalt under Finsam tiden har 251 personer varit inskrivna i SAMS, av dessa har 151 skrivits in efter att projektgruppens påbörjade sitt arbete i oktober 2008. Statistik, resultat och effekter som redovisas i denna slutrapport bygger på de senare ärendena eftersom datainsamlingen i tidigare skede såg annorlunda ut.

Av de inskrivna var 53 % kvinnor och 47 % män. Åldersfördelningen har varit mellan 18 – 55 år, 13 % var mellan 18 – 24 år, 21 % mellan 25-34 år, 32 % mellan 35-44 år och 34 % över 45 år.

70 % av personerna var utrikes födda. 55 % saknade arbetslivserfarenhet eller hade endast erfarenhet genom arbetsmarknadsåtgärder, 15 % hade arbetslivserfarenhet upp till 1 år, 9 % mellan 1-3 år och 18 % i mer än 3 år (i 3 % saknas uppgift).

Tiden på försörjningsstöd har för 9 % av personerna varat upp till 6 månader, för 6 % mellan 6-12 månader, 22 % mellan 1-3 år. Den största gruppen, 41 %, har haft försörjningsstöd i mellan 3-10 år och 22 % har haft försörjningsstöd längre än 10 år.

Vid inskrivning hade 57 % av personerna en pågående sjukskrivning, medan 43 % inte var sjukskrivna. Sett till sjukskrivna personer hade 70 % varit sjukskrivna i upp till 6 månader, 11 % i mellan 6 – 12 månader och 19 % i mer än 1 år. De vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna var F 00-99 (psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar), 49 %, samt M 00-99 (sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven), 30 %.

Vid inskrivning i SAMS var 33 % inskrivna på Arbetsförmedlingen och 2 % vid kommunens arbetsmarknadscenter. De flesta, 65 %, saknade pågående arbetsinriktade åtgärder eller insatser via Arbetsförmedling eller kommun.

Kvalitativa mål

SAMS kvalitativa mål enligt ansökan till Finsam var att alla personer i gruppen (i ansökan definierad som långtidssjukskrivna) skulle erbjudas en utredning av arbetsförmåga med sådant djup och kvalitet att rekommendationer kunde lämnas om kommande insatser där arbetslinjen var prioriterad.

SAMS ska ses (för inskrivna) som en insats som innebar fördjupade utredningar och samlad bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. Målet med insatsen var inte att personerna skulle vara självförsörjande efter utskrivning. Istället har insatsen syftat till att personerna, i skedet efter utredning och bedömning, skulle erhålla adekvata rehabiliteringsåtgärder (medicinska/arbetsinriktade/sociala), skrivas in som arbetssökande på Arbetsförmedlingen (hel eller delvis arbetsförmåga) alternativt få rätt inplacering i sjukförsäkringssystemet (sjukersättning vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom).

Av de 151 personer som skrevs in från och med oktober 2008 har 108 personer genomgått hela SAMS-processen och fått en samlad bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. Samtliga 108 personer har fått medicinska utredningar och bedömningar. Efter behov har personerna deltagit i utredning hos Försäkringskassan, Socialtjänsten och/eller Arbetsförmedling. De har också, utifrån SAMS-processen, fått gemensam kartläggning (utifrån ICF⁷) och möjlighet att delta i arbetsprövning som del i utredningsprocessen. 25 personer har av olika anledningar avaktualiserats och 18 personer avslutats i samband att SAMS avslutades som Finsam-insats.

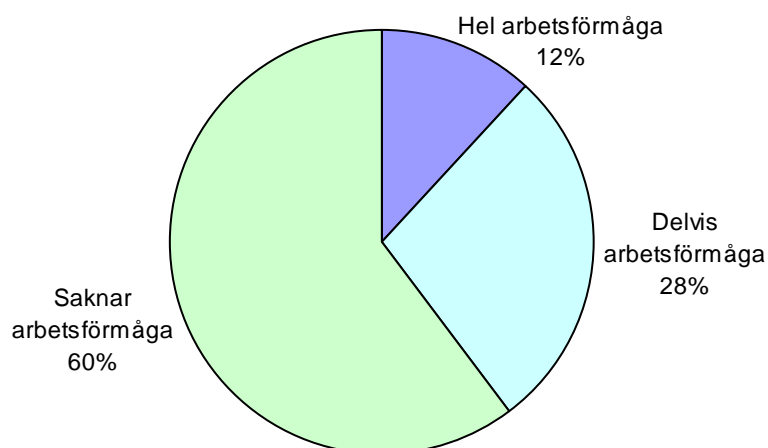
Utfall av samlade bedömningar

Utfallet av SAMS samlade bedömningar visade att flertalet hade helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga 88 %. Av dessa hade 60 % helt nedsatt arbetsförmåga och 28 % delvis nedsatt, se diagram nedan.

Av de personer som har helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga har 67 % det på grund av sjukdom, 26 % på grund av sjukdom i kombination med andra faktorer och 7 % på grund av annat än sjukdom (annat kan vara exempelvis missbruk och hemlöshet).

22 personer, 23 %, bedömdes ha stadigvarande nedsatt arbetsförmåga, samtliga på grund av sjukdom. De övriga 73 personerna, 77 %, hade nedsättning som bedömdes vara tidsbegränsad.

⁷ ICF betyder International Classification of functions, disability and health



Majoriteten av personerna som genomgått SAMS har saknat förutsättningar att bli självförsörjande direkt efter en SAMS-utredning. Samtliga personer, undantaget de som hade hel och stadigvarande nedsättning på grund av sjukdom eller hel arbetsförmåga, visade sig ha behov av rehabiliteringsinsatser som ett nästa steg för att närma sig arbetsmarknaden. 99 % av personerna hade behov av medicinsk rehabilitering, 28 % av social rehabilitering (motiverande samtal, stödsatser mm) och 46 % av arbetsinriktad rehabilitering (inkluderat förrehabiliterande arbetsinriktade insatser).

Individernas upplevelser av SAMS

SAMS har tagit del av individernas upplevelser muntligt samt skriftligt via enkäter i samband med utskrivning. Generellt har personerna muntligt uttryckt att de varit nöjda med de aktiviteter och olika utredningar som genomförts under inskrivningstiden.

Under inskrivningstiden	Mycket eller ganska nöjd	Mycket eller ganska missnöjd	Ej svar/Vet ej / Minns ej
Bemötande	33		2
Känt delaktighet	26	5	4
Fått lämna synpunkter	21	3	11
Information	31	1	3
Resultat	Mycket eller ganska nöjd	Mycket eller ganska missnöjd	Ej svar/Vet ej / Minns ej
Resultatet av utredningen	27	5	

Även om utredningarna och den samlade bedömningen i SAMS inte alltid visade det resultat som individen själv önskade så visade flertalet av de inkomna enkäterna att man var nöjda med resultatet.

Enkäterna visar att ca en tredjedel, 11 personer, trodde att deltagandet i SAMS skulle medföra någon förbättring i deras livssituation.

SAMS uppfattar att framförallt för de personer som förväntade sig sjukersättning och de som inte var motiverade att medverka i rehabilitering, kunde uppfatta resultaten av bedömningen negativt.

Konsultationer i SAMS-teamet

Utöver utredning och bedömning för inskrivna personer, har SAMS bistått med konsultationer i ärenden. Handläggare/socialsekreterare från alla myndigheter har efter behov kunnat initiera ärenden, för att på så sätt få flera olika samverkanparters perspektiv med råd, tips och synpunkter för fortsatt handläggning.

Under Finsam tiden har SAMS-teamet haft konsultationer i 520 ärenden. Så gott som samtliga har initierats från Socialtjänsten. Försäkringskassan har på grund av sin organisering haft mycket begränsat behov av konsultationer. Initiering av konsultationer från Arbetsförmedlingen kom igång först under Finsam-tidens slutskede. Vi har uppfattat att det över tid uppstått ökande intresse från arbetsförmedlare, men på grund av att SAMS haft en sen och begränsad spridning inom Arbetsförmedlingen kom flödet igång först i ett sent skede.

Utvecklingsprocessen i SAMS

Samverkansmodellen växer fram

När alla samverkansparterna aktivt ska delta i bedömning av arbetsförmåga uppstår frågor kring vad arbetsförmåga är, hur det ska bedömas och av vem. Begreppet arbetsförmåga behöver då hanteras och definieras.

På grund av begreppets komplexitet⁸ och olika innebörder gjordes tidigt valet att se arbetsförmåga som ett mångdimensionellt perspektiv, som kunde inkludera både individens och samverkansparternas skilda synsätt. Arbetsförmåga ur ett organisatoriskt perspektiv har i SAMS betraktats ur såväl medicinska, försäkringsmedicinska, sociala och arbetsmarknadsrelaterade dimensioner.

Utvecklingen i SAMS fick mot denna bakgrund inriktningen mot *samlade och gemensamma bedömningar*. Detta som en förutsättning för att individer med komplex problematik, inkluderat sjukdom, skulle få "rätt insats, i rätt tid, av rätt aktör och med rätt ersättning".

En samverkansmodell för fördjupade utredningar och samlad bedömning utvecklades och infördes under hösten 2008. Samverkansmodellen byggde på ett samverkansteam, SAMS-teamet, med representanter för de ingående parterna (utom sjukvården). Tillsammans med behandlande läkare hade teamets representanter i uppdrag att göra fördjupade utredningar och en samlad bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. Som en del i samverkansmodellen utformades en strukturerad samverkansprocess, SAMS-processen, och parternas respektive roller och ansvar definierades. Den samlade bedömningen grundades på en helhetssyn med individen, inte organisationerna, i centrum.

Att arbeta i ett samverkansteam med representanter för de olika myndigheterna visade sig vara ett utmärkt sätt att arbeta över organisationsgränser. Samverkansmodellen, med SAMS-processen, har fungerat som en gemensam plattform för teamets arbete. Det systematiska arbetssättet tydliggjorde uppdraget, lade grunden för kvalitet i arbetet, och gjorde att samverkansarbetet kunde beskrivas för andra och reproduceras.

Det finns, och kommer nog alltid, att finnas en utmaning i att enas kring en gemensam bedömning av arbetsförmågan. Detta uppfattar vi till stor del beror på skilda organisatoriska synsätt, exempelvis på begreppet arbetsförmåga, samt på skilda kulturer och lagstiftningar som styr verksamheterna. Att SAMS lyckades enas i ärendena tror vi beror på att vi blev väl insatta i våra respektive organisationers arbete och att vi blivit ett sammansvetsat team. Vidare har ett tydligt klient/patient/sökande-fokus i teamet varit avgörande, tillsammans med en delad värdegrund i att det SAMS gör och rekommenderar är för klientens och inte den egna organisationens bästa.

⁸ Se också SOU 2009:89 Gränslandet mellan sjukdom och arbete, SOU 2008:66 Arbetsförmåga?, Vahlne Westerhäll (red) Arbets(o)förmåga 2008

SAMS Processen ver 2.0

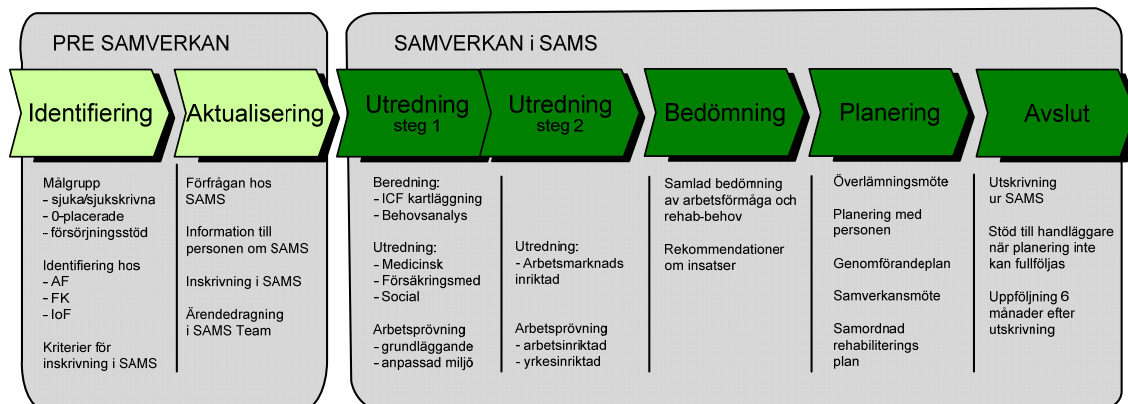


Fig 2 – Illustration av SAMS-processen, senaste versionen

Vi såg tidigt vikten av att samverkansprocessen skulle vara en levande process. En process ska inte vara statisk utan måste kontinuerligt utvecklas och förbättras utifrån de erfarenheter som görs och utifrån förändringar i organisationernas uppdrag och verksamhet.

SAMS-processen har kontinuerligt reviderats och förbättrats. Ett exempel på detta är när processen reviderades och delades in i Utredning Steg 1 och Steg 2 i samband med att Arbetsförmedlingen blev en aktiv part i SAMS-teamet.

Roller i samverkan

Medarbetarna från de olika organisationerna har haft skilda ansvar och uppdrag i samverkansarbetet. Som representant för sin organisation har medarbetarna efter behov avropat den egna organisationens befintliga utredningsresurser. Försäkringskassan har exv. genomfört försäkringsmedicinska utredningar, anordnat och genomfört avstämningsmöten och initierat kompletterande köp av tjänst. Socialtjänsten har berett ärenden, samordnat ärenden från olika stadsdelar samt genomfört sociala utredningar och kartläggning av hälsotillstånd och psykosociala faktorer. Arbetsförmedlingen har gjort för kartläggning av förutsättningar mot arbetsmarknaden och delvis genomfört arbetsprövningar. I olika konstellationer, tillsammans med individen och ibland ordinarie handläggare, har representanterna i SAMS träffat behandlande läkare. Detta har skett i form av avstämningsmöten eller samverkansmöten. Medarbetarna i SAMS-teamet har gemensamt ansvarat för att skriva en samlad bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov som alla parter ställt sig bakom.

Samordnarroll inom försörjningsstödet

SAMS socialsekreterare har, utöver att genomföra fördjupade kartläggningar av hälsotillstånd och psykosociala faktorer, *berett ärenden och samordnat ärenden från olika stadsdelar*. Samordnarrollen är att se som en ny roll för socialsekreterare inom försörjningsstödet.

Socialsekreterarna i SAMS har fungerat som personernas samordnare och företrädare i teamet men också i olika myndighetskontakter. Under inskrivningstiden har SAMS socialsekreterare haft ständig dialog med ordinarie socialsekreterare, men i vissa delar också avlasta denne. Att inte ha myndighetsansvaret har varit en klar framgångsfaktor. Detta är en av anledningarna till att SAMS socialsekreterarroll inte direkt kan överföras till rollen som ordinarie socialsekreterare inom försörjningsstödet. Andra anledningar är den specialistkompetens inom hälsoområdet,

samverkanskompetens och omvärldskompetens som socialsekreterarna i SAMS fortlöpande tillägnar och tillägnat sig genom det egna och teamets arbete med målgruppen.

Fördjupade kartläggningar inom Socialtjänsten

I samverkan i SAMS teamet kunde vi snart konstatera att de instrument och verktyg som fanns inom Socialtjänsten inte hade tillräckligt djup i förhållande till SAMS målgrupp. Mer djupgående information behövdes generellt inom Socialtjänsten kring klienters hälsotillstånd, medicinsk behandlingar och vårdkontakter, psykosociala faktorer påverkan på livssituationen och personens aktivitetsförmåga i hem, fritid och insatser.

Som delar i det interna utvecklingsarbetet i SAMS-teamet har socialsekreterarna i SAMS utvecklat olika verktyg (samtalsguider) för att fånga upp dessa områden. Verktygen har använts som en del av socialsekreterarnas beredning och kartläggning inom ramarna för SAMS-teamets arbete. Verktygen är tillgängliga för alla socialsekreterare och kan enligt vår mening enkelt bli en del av de ordinarie socialsekreterarnas verktygslåda.

Hälso- och sjukvårdens delaktighet

Hälso- och sjukvården identifierades som nyckelaktör för samverkan i SAMS, eftersom samverkan handlade just om personer med försörjningsstöd för vilka ohälsa och sjukdom sätter ner arbetsförmågan och/eller är betydande hinder för självförsörjning. Vid SAMS ingång till Finsam 2008 var samarbete med sjukvården en angelägenhet för Försäkringskassan inom ramarna för ordinarie arbete.

Att sjukvårdens delaktighet och samverkan i utredningar och bedömning var nödvändigt var alltså tydligt. Hur detta skulle utformas, hur det skulle organiseras och systematiseras var oklart, eftersom samverkan med sjukvårdens till stora delar var ny och obruten mark. Hur-et kom att bli en av huvudfrågorna för SAMS att arbeta med.

Inledningsvis fanns idéer om med vem inom sjukvården det var viktigt att etablera samverkan med. Det fanns en uppfattning om att psykisk sjukdom och ohälsa samt neuropsykiatriska funktionshinder var dominerande inom målgruppen, varför psykiatri och neuropsykiatri identifierades som viktigaste samverkanspart.

Över tid upptäckte SAMS att de sjukdomar och besvär som flest personer i målgruppen hade var lätta till måttliga depressioner och ångest samt smärtsyndrom av olika slag. De diagnoser som var mest frekventa visade sig finnas inom primärvårdens ansvarsområde. Ett intensivt arbete har därför fortlöpande skett, på olika sätt och i olika sammanhang, i syfte att knyta an primärvården till ett nära samarbete med SAMS och kring målgruppen generellt. Bland annat har SAMS initierat samverkan mellan Socialtjänsten och befintliga Resursteam⁹.

Behandlande läkare

I ansökan till Finsam uttalades tydligt att sjukvårdens ordinarie resurser i första hand skall nyttjas. SAMS utgångspunkt var att i största möjliga mån få individens behandlande läkare delaktig i den samlade bedömningen. Den tes som SAMS arbetade efter var att ett sådant arbetssätt bidrar till att skapa trovärdighet för bedömningarna samt ökar förutsättningarna för samsyn kring (rehabiliterings)planering och gemensam målsättning.

Vår erfarenhet av samarbete med behandlande läkare är positiva, de effekter som vi förväntade oss kan vi se har uppnåtts. Fler positiva effekter har visat sig i att vi sett att många läkare fått ökad förståelse för målgruppen och deras behov, fått ökad kunskap om Socialtjänstens uppdrag samt visat ökande intresse för samarbete och samverkan med Socialtjänsten.

⁹ Se vidare s. 24

Också implementering av samverkan kring målgruppen i ordinarie verksamhet ser vi har bättre förutsättningar att nå framgång när ordinarie resurser i sjukvården nyttjas och behandlande läkare blivit vana att samverka kring utredningar och bedömningar.

Medicinska konsultationer

Under SAMS-teamets första år användes medel till finansiering av medicinsk specialistkompetens i SAMS-teamet, i form av neuropsykolog och psykiater. Detta behövdes framförallt för att medarbetarna skulle få baskunskaper om sjukvårdens organisation samt om sjukdomar, termer och begrepp inom medicin och rehabilitering.

I en del fall har samarbete med behandlande läkare och nyttjande av ordinarie resurser inte räckt till eller fungerat. Då har SAMS haft förmånen att genom speciellt avsatta medel bekosta sjukvårdens medverkan och medicinska konsultationer.

Via Försäkringskassan har medel använts till att betala sjukvårdens medverkan i avstämningsmöten och för utfärdande av medicinska underlag. Medel har vidare använts till kompletterande medicinska bedömningar i oklara ärenden, framförallt i form av SLU och TMU¹⁰. Dessa har behövts då antingen SAMS eller behandlande läkare varit i behov av en samlad bild eller second opinion, till exempel när personen saknat fungerande läkarkontakt eller när personen haft vårdkontakter med flera olika specialistkliniker. SLU har också varit en nödvändighet när behandlande läkare inte velat samarbeta och i samband med "tvivelaktiga" sjukskrivningar, framförallt av vissa privatläkare.

SLU och andra medicinska konsultationer (även avropade direkt via SAMS) har därutöver behövt bekostas i hög utsträckning när personer haft behov av utredning av misstänkta intellektuella handikapp eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar på grund av låg eller obefintlig tillgång till sådana utredningar hos ordinarie verksamhet inom sjukvården.

Uppföljning visar att SAMS har behövt köpa kompletterande medicinska konsultationer i 54 % av ärendena, till största delen i form av SLU. Att det funnits möjlighet och medel till detta ser vi har varit en framgångsfaktor i SAMS. Det faktum att SAMS, trots en hög grad av involvering av behandlande läkare och samarbete med ordinarie sjukvård, ändå har behövt köpa kompletterande medicinska konsultationer i så många ärenden tycker vi är värt att notera.

Arbetsförmedlingens roll i SAMS

Arbetsförmedlingen var initialt ingen aktiv samverkanspart i SAMS, tanken var att man skulle tillhandahålla arbetsprövningar. Det visade sig snart vara en brist att Arbetsförmedlingens perspektiv och kompetens saknades i bedömningarna, men också i att det saknades ingångar till Arbetsförmedlingen för arbetsprövning och arbetsinriktad. I flera fall kunde vi notera att det uppstod svårigheter vid inskrivning hos Arbetsförmedlingen som resulterade i att arbetsprövning och arbetsinriktade insatser inte kom till stånd.

Bristerna uppmärksammades och resulterade i en tilläggsansökan till Finsam. Tack vare detta knöts en fast arbetsförmedlare till SAMS. Denne fick i uppdrag att medverka i samlade bedömningar, att genomföra arbetsprövningar som ett moment i utredningarna men också att säkra ingången till fortsatta insatser via Arbetsförmedlingen. Den samlade bedömningens trovärdighet kom därigenom att öka samtidigt som ingången till Arbetsförmedlingen underlättades. En annan fördel var att eftersom arbetsförmedlaren varit dedicerad till inskrivna i SAMS, så kunde målgruppens behov relaterat till Arbetsförmedlingens roll och uppdrag uppmärksammas och identifieras, och under Finsam-tiden också tillgodoses.

¹⁰ SLU står för Särskilda läkarutlåtande, ett fördjupat underlag som utfärdas av speciella SLU-behöriga läkare. TMU står för Team-medicinsk utredning.

Arbetsprövning

Att se en person i daglig aktivitet i arbete eller arbetsliknande situation är i många fall nödvändigt för att kunna göra en reell bedömning av personens arbetsförmåga. Tidigare erfarenheter i SAMS har tydligt visat på just behovet av arbetsprövningar¹¹ som ett moment i utredning av arbetsförmåga. Detta behov har uttryckts av alla samverkansparterna, inte minst av sjukvården och behandlande läkare.

I ansökan definierades att arbetsprövningar skulle tillhandahållas av Arbetsförmedlingen, men snart visade detta sig bara vara tillämpligt för ett litet antal av SAMS inskrivna. Personerna var inte inskrivna hos Arbetsförmedlingen samtidigt som Arbetsförmedlingen saknade tillgång till arbetsprövningsplatser som lämpade sig för målgruppen. SAMS inskrivna visade sig ha behov av i mycket hög grad individuellt anpassade lösningar och hade sällan förutsättningar att delta i arbetsprövning i ett befintligt arbete på öppna arbetsmarknaden.

SAMS såg att målgruppen generellt behövde anpassad miljö, anpassade arbetsuppgifter, möjlighet till mycket stöd, kontinuerlig observation och tät uppföljning. SAMS såg också ett behov av multiprofessionella bedömningar, där sjukgymnastisk kompetens ingick, eftersom smärta och fysiska funktionsnedsättningar visade sig vara vanliga.

SAMS valde att inleda ett fördjupat samarbete med en av kommunens egna verksamheter, Kompassen. Ett gemensamt utvecklingsarbete inleddes, utifrån målgruppens specifika behov och förutsättningar, behovet av multiprofessionella bedömningar samt hög kvalitet på utlåtanden.

Av de personer som fått samlad bedömning genom SAMS har 21 % varit i behov av och haft förutsättningar för att genomgå arbetsprövning som en del i utredningen. Arbetsprövning har genomförts antingen via kommunala verksamheter, via Arbetsförmedlingen eller på annat sätt via SAMS. 12 personer har genomgått Kompassen, 2 annan anpassad arbetsprövning och ytterligare 15 har genomgått arbetsprövning via Arbetsförmedlingen ute på öppna arbetsmarknaden. Att bara 21 % av de inskrivna deltagit i arbetsprövning beror i huvudsak på att personerna varit alltför sjuka eller på annat sätt inte haft förutsättningar eller förmåga att delta.

För sjuka och sjukskrivna behöver arbetsprövning i de flesta fall stämmas av med eller genomföras i samarbete med behandlande läkare. Vidare är vår erfarenhet är att arbetsprövning inte kan ersätta den fördjupade utredningen i SAMS, arbetsprövning är i en del fall en nödvändig och kompletterande del i utredningsprocessen inför en samlad bedömning.

Arbetsprövning genom Arbetsförmedlingen

När Arbetsförmedlingen integrerades aktivt i SAMS blev det tydligt att också Arbetsförmedlingen såg sig ha en aktiv roll i de fördjupade utredningarna inom SAMS. Arbetsförmedlarens roll blev att vid behov anlita Arbetsförmedlingens specialistresurser i utredningsprocessen samt att efter behov och när det var lämpligt arrangera arbetsprövning "ute på" arbetsmarknaden.

Erfarenheten av arbetsprövning genom Arbetsförmedlingen, i SAMS benämnt Steg 2, visade sig ha både fördelar och nackdelar. Steg 2 blev den tydligt definierade ingången till Arbetsförmedlingen för personer med arbetsförmåga eller i behov av arbetsinriktad rehabilitering. Steg 2 visade sig också kunna leda till anställning, både i vanliga arbeten, i anpassade arbeten och i form av lönebidragsanställning, OSA eller trygghetsanställning. Uppföljning visar att av de 15 personer som genomgått arbetsprövning Steg 2 så har 5 hittills fått anställning.

¹¹ Arbetsprövning är inte att förväxla med arbetsträning, arbetsprövning är i SAMS en utredning, medan arbetsträning ses som ett moment inom den arbetsinriktade rehabiliteringen.

Nackdelen med Steg 2 blev att SAMS-processen förlängdes med upp till ca 4 månader, och att processen med detta steg snarare fick karaktären av en sammanhållen rehabiliteringskedja än av en utredning inför samlad bedömning av arbetsförmåga.

Steg 2 anser vi påvisar vikten av en strukturerad och väletablerad samverkan för övergången till arbetsinriktade insatser hos Arbetsförmedlingen, för målgruppen nollplacerade. Speciellt eftersom de här personerna, även om de är sjukskrivna, är exkluderade från den handlingsplanssamverkan¹² som byggts upp inom ramarna för fördjupad samverkan Arbetsförmedlingen - Försäkringskassan.

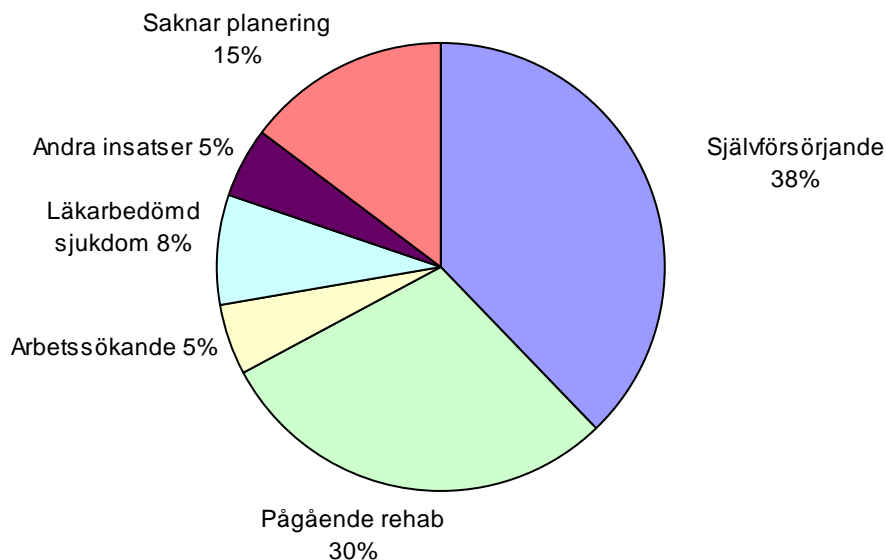
Effekterna av SAMS samlade bedömningar

Lika viktigt som det är att göra fördjupade utredningar och samlad bedömning anser vi det är att fortsatta rehabiliteringsinsatser, efter individuella behov, kommer till stånd som ett nästa steg. För att kunna följa vad som hänt efter bedömning och utskrivning har SAMS följt ärendena, fram till 6 månader efter utskrivning¹³.

Fram till och med april 2011 har 6 månaders uppföljning genomfört i 61 ärenden¹⁴, se diagram. Av 61 personer var 23 personer helt eller delvis självförsörjande.

19 personer, 31 %, var helt självförsörjande. 6 personer hade lön genom anställning, 7 hade sjukersättning, 2 föräldrapenning och ytterligare 4 personer var inte längre aktuella på försörjningsenheterna (utan känd anledning).

Utöver dessa var ytterligare 4 personer delvis självförsörjande (6 %) då de beviljats sjukersättning men hade fortsatt behov av kompletterande försörjningsstöd



¹² FAROS – modellen, fördjupad samverkan AF-FK

¹³ Av inskrivna i "nya" SAMS från oktober 2008.

¹⁴ Av 85 möjliga, avaktualiserade har inte följts upp

Av de 38 personer som fortsatt uppbar försörjningsstöd visar det sig att 24 tagit nästa steg i sin rehabiliteringsprocess.

För 18 personer pågick medicinsk och/eller arbetsinriktad rehabilitering, för 3 pågick andra insatser och 3 var arbetssökande via Arbetsförmedlingen. 5 personer hade läkarbedömd sjukdom varav 3 väntade på svar på begäran om sjukersättning och 2 var fortsatt sjukskrivna. 9 personer hade, utan känd anledning, ingen aktiv planering eller pågående insatser.

Samhällsekonomisk utvärdering

En samhällsekonomisk utvärdering av SAMS klientarbete har startats. Resultatet av denna kan redovisas tidigast i slutet av 2011. Vår reflektion, utifrån att våra inskrivna varit sjuka/sjukskrivna, passiva under längre tid samt haft försörjningsstöd under många år, är att det är osäkert om utvärderingen kommer att visa positivt samhällsekonomiskt resultat på ett års basis. Detta eftersom SAMS har varit en utredande insats och första steget efter SAMS ofta har varit att påbörja medicinsk och social rehabilitering och först senare gå vidare till arbetsinriktade insatser eller arbete. En samhällsekonomisk utvärdering kanske behöver, för att bli rättvisande, genomföras i ett längre tidsperspektiv så att genomförda rehabiliteringsinsatser hinner få genomslag.

Erfarenheter och reflektioner i SAMS-processen

Individuellt anpassade lösningar

SAMS målgrupp har visat sig ha sammansatta och ofta komplexa behov. Därför behöver flera olika aktörer inte bara samverka utan också samarbeta konkret. Insatserna behöver hänga ihop med varandra och leda åt samma håll, så att delarna tillsammans kan ge individen en meningsfull helhet.

En del av de insatser som personerna har behov finns helt enkelt inte inom ramarna för våra offentliga verksamheter idag, eller också är tillgången ytterst begränsad. Ofta handlar det också om att det sätt på vilket vi organiserar våra verksamheter i stuprör blir hinder för individens rehabiliteringsprocess.

SAMS har haft unika möjligheter att erbjuda individerna anpassade lösningar inom ramarna för utredningen. Organisationernas *gemensamma resurser* och till detta en *gemensam avsatta medel* har gett utrymme för stor flexibilitet utifrån individens specifika förutsättningar och behov. Om det så handlar om arbetsprövning i hemmet, SLU-bedömning i Malmö, neuropsykiatrisk utredning eller att socialsekreteraren följer med personen till läkarbesök.

Omotiverade personer

Många personer som skrevs in hade tidigare varit inskrivna i flera olika insatser och åtgärder. Det visade sig vara vanligt att insatser och åtgärder avbröts i förtid på grund av sjukdomen och ohälsan. Personerna kom därmed sällan vidare i processen mot arbete och självförsörjning. Över tid blev personernas intresse och motivation för att medverka i nya insatser låg p.g.a. flera tidigare misslyckanden. Vi såg tydligt i SAMS att många medverkade i utredningen men saknade både engagemang och tilltro till att denna skulle kunna leda till tillfrisknande eller arbete.

Det visade sig också finnas en annan grupp, personer som inte tidigare varit i någon arbetslivsinriktad åtgärd eller rehabilitering. Personerna hade haft försörjningsstöd och/eller varit sjukskrivna under lång tid, de hade "vant" sig vid sin situation och hittat egna sätt att hantera sin vardag. Hos många fanns rädsla och osäkerhet, stort motstånd samt låg motivation till förändring av sin livssituation, och arbetslinjen hade över tid blivit främmande. Personen deltog i utredningen men var inte beredda att samarbeta ifall utredning eller bedömning visade sig

innebära några prestationer på ytterligare insatser i arbetslivsinriktade åtgärder. Flera kom att avaktualiseras under utredningens gång, då de inte var beredda att medverka.

När personer av olika anledningar är omotiverade krävs en långsiktig motivationsinsats innan eventuell arbetslivsinriktad rehabilitering kan påbörjas. SAMS medarbetare har arbetat aktivt med motivationsarbete under SAMS-processens gång, men vår erfarenhet är att personerna skulle behövt vara motiverade redan innan de skrevs in. Vi ser generellt att motivationsarbete behöver ske både steget innan och parallellt med utredning och insatser. Motivationsarbete ser vi huvudsakligen är en uppgift för ordinarie socialsekreterare/handläggare.

Tidig identifiering

De individer SAMS haft inskrivna har varit de mest komplexa och svåra ärenden. I "enkla" fall har vi istället ofta valt att låta ordinarie socialsekreterare/handläggare fortsätta driva ärendet och bistått med svar på frågor, handledning eller konsultationer.

Det visade sig att många av SAMS ärenden har legat i organisationernas "byrååldor" under lång tid, och på det sättet varit passiva länge. Oavsett om det handlar om att man befinner sig hos Arbetsförmedlingen för att man är arbetslös eller inom Socialtjänsten för att man har behov av ekonomiskt bistånd, så menar vi att det är viktigt att man som handläggare uppmärksammar och identifierar tecken på ohälsa och sjukdom tidigt.

Om man uppmärksammar personer i ett tidigare skede under sjukdomsförloppet och efter behov utreder funktions- och arbetsförmåga menar vi att risken för långtidspassivisering och långtidssjukskrivning minskar. Detta genom att adekvata rehabiliteringsinsatser kan påbörjas i ett mycket tidigare skede än det som idag är fallet för de många nollplacerade.

För målgruppen generellt räcker det dock inte att enskilda socialsekreterare/handläggare är aktiva, engagerade och uppmärksamma. Vi menar att det inom Socialtjänsten och i viss mån inom Arbetsförmedlingen behövs kompetens inom ohälsoområdet och även ett systematiskt arbetssätt i organisationen för att ändra de rådande förhållandena för målgruppen.

Tid

Utredning och rehabilitering för målgruppen tar tid och måste få lov att ta tid. Tiden är beroende på när processen påbörjas. Det går inte att förvänta sig att en person som varit i passivitet och utanförskap under en lång tid och som har sjukdom och komplexa besvär skall genomgå processen och vara i arbete på kort tid.

När SAMS-teamet började "skrapa på ytan" identifierades många saker i personernas livssituation som tidigare inte framkommit eller uppmärksammats, saker som ytterligare behövde kartläggas eller utredas. Tidigt noterades risken för att utredningarna i SAMS skulle bli "marathonutredningar".

Vi har uppfattat att inskrivningstiden kan tyckas vara lång. Utöver att många nya saker framkom i ärenden, så har den utdragna inskrivningstiden berott på att det funnits långa väntetider inne i processen med uttalade flaskhalsar, men också på att det fanns väntetider i övergången efter samlad bedömning till fortsatta rehabiliteringsinsatser.

Flaskhalsarna inne i processen har framförallt funnits inom sjukvårdens domäner. Det har handlat om väntan på första kontakt med vårdcentralen (icke-akuta besök), väntetider för avstämningsmöte, för vidareremittering för medicinsk specialistbedömning och för svar på frågor eller begäran om medicinska underlag.

För att säkerställa att rehabiliteringsplanering upprättades och insatser initierades i samband med utskrivning valde SAMS att behålla personerna inskrivna tills övergången säkrats. Detta istället för att "bara" lämna över en bedömning, eftersom tidigare uppföljning visat att det var

vanligt att ingenting alls hände därefter. Men att fortsätta ha personen inskriven tills initiering av insatser var klar visade sig förlänga inskrivningstiden. Det fanns en tydlig flaskhals in till fortsatta rehabiliteringsåtgärder. Den orsakades av svårigheter att få till samverkan vid övergången samt bristande tillgång till adekvata rehabiliteringsinsatser alternativt kö till befintliga insatser.

Ytterligare en faktor som påverkat inskrivningstiden är påbyggnaden av SAMS-processen med arbetsprövning i Steg 2. I de fall där Steg 2 genomfördes förlängdes inskrivningstiden med upp till 4 månader.

Inskrivningstiden i SAMS framgår av tabellen till höger. Medelvärde för inskrivningstid har uppgått till 8,3 månader.

Inskrivningstid i SAMS, månader	
0 – 3 månader	9 %
4 – 6 månader	14 %
7 – 9 månader	24 %
10 –12 månader	17 %
12 + månader	37 %

Vi ser att det finns ett val att göra om man vill arbeta efter SAMS-processen framöver. Valet står mellan att ha kortare process och snabbare genomflöde alternativt att följa processen tills personen är igång i arbetsinriktade insatser, arbetsmarknadsåtgärder eller har erhållit arbete. Karaktären på SAMS är beroende av vad man väljer och kan variera från utredningsinsats till "rehablots till arbete".

Kontinuitet

Att följa processen ger naturligt kontinuitet över tid. Många medarbetare som arbetar i rehabiliteringssammanhang vittnar just om vikten av kontinuitet som ett sätt att motverka avbrott mellan olika moment i rehabiliteringsprocessen.

Kontinuitet har visat sig vara det som både personerna själva, socialsekreterare/handläggare och behandlande läkare framhållit som en av SAMS främsta framgångsfaktorer. Kontinuiteten skapar förutsättningar för öppenhet och förtroende mellan personen och SAMS-medarbetarna. Kontinuitet ger möjlighet att följa och stötta personen i processen, att bistå med att anpassa eller ändra väg efterhand som processen fortlöper och också att bistå klienten genom olika moment för att överbrygga myndighetsgränser och samordna de insatser som planeras eller som personen deltar i.

Unga vuxna och barnperspektivet i SAMS

SAMS har haft många unga vuxna inskrivna. De flesta av dessa ser vi skulle kunna, med rätt rehabiliteringsinsatser, rätt stöd och anpassning, hitta sin plats på arbetsmarknaden. Vi har också haft många föräldrar till minderåriga barn inskrivna. Vi har kunnat se hur ohälsa hos föräldrar påverkar hela familjesystemet. Exempelvis genom att föräldrar med svaga språkkunskaper har utvecklat ett slags beroendeförhållande till sina barn som i vissa fall får ta ansvar för att följa med på läkarbesök, ta hand om medicinering och dylikt. Vi tycker att SAMS arbete med unga vuxna och föräldrar till minderåriga barn är exempel på hur satsningar på unga vuxna och barnperspektiv kan omsättas i praktiken i operativt arbete.

SAMS – en modell för strukturerad samverkan

Det är viktigt för individer i SAMS målgrupp att det finns väl fungerande direkt samarbete mellan berörda aktörer runt den enskilde individen. Ett gott direkt samarbete kan räcka långt, för många individer.

Att etablera samverkan och utveckla samarbetet direkt mellan Socialtjänst och sjukvård ser vi har som en möjlighet med stor utvecklingspotential. Men för individer med sammansatt och komplex problematik, där flera olika aktörer behöver bistå i rehabiliteringsprocessen, kommer inte det direkta samarbetet att räcka till. Att ha en överenskommen och strukturerad samverkan, med tydligt syfte, former och forum, ser vi som nödvändigt.

För de här personerna är det inte tillräckligt med stöd och insatser från en enskild organisation, vi ser att samverkan och samordning behövs. Vikten av samverkan och samordning i utredning framhålls också av SKL som viktigt i en nyligen publicerad rapport¹⁵. Med en samverkansmodell som SAMS ges individer möjligheter till samordning av utredning och en samlad bedömning, som ett första steg inför rehabiliteringsprocessen.

Det finns redan många olika samverkansmodeller/insatser mellan olika aktörer. Värt att notera tycker vi är att i flera av dessa saknas sjukvårdens medverkan. För oss i SAMS har behovet av sjukvårdens medverkan varit självklart, hur ska man annars kunna stödja personer tillbaka till arbetsmarknaden? Vi ser att den modell SAMS arbetat fram, med ett samverkansteam som samarbetar med behandlande läkare, är utmärkt. Behandlande läkare känner personen, ansvarar för medicinsk vård och behandling och har genom detta ett direkt och uttalat ansvar för sin patients rehabilitering.

I samverkansteamet har alla parter fyllt en viktig funktion. Försäkringskassan har genom sitt uppdrag samt lagar och regelverket både verktyg och mandat att bedöma arbetsförmåga relaterat till sjukdom. Försäkringskassan har rätt att begära in medicinska underlag, genomföra avstämningsmöten och initiera kompletterande medicinska bedömningar. Läkarna har i sin tur skyldighet att skriva intyg till Försäkringskassan. Socialtjänsten har försörjningsansvaret, klartlägger sociala förhållanden och har tillgång till flera olika kartläggande, utredande och rehabiliterande insatser. Arbetsförmedlingen har en viktig roll i sitt uppdrag med kartläggning, arbetsinriktade rehabiliteringsinsatser, matchning och vägledning.

Samverkansmodellen i Malmö har baserats på en central samverkan som är Malmö-övergripande. SAMS-modellen skulle teoretiskt kunna införas på varje stadsdel/försörjningsenhet. Svårigheten kommer då att ligga i att få de samverkande parterna att avsätta resurser och personal för samverkan i tio olika team istället för ett. En nackdel vi ser med flera SAMS-team är att det lätt kan utvecklas många skiftande sätt att samverka runt utredning av målgruppen på lokal Malmö-nivå.

Lärande och kompetensöverföring

Lärande och kompetensöverföring har varit en viktig del i SAMS uppdrag. Vad detta uppdrag rent konkret skulle innehålla, vilka målen var och hur lärandet skulle ske var inte formulerat från start. Otydligheten i lärandeuppdraget kan vi se har varit en fördel. Förbättringsbehov har därigenom kunnat identifieras utifrån praktiskt erfarenhet, både ur individperspektiv och ur organisatoriska perspektiv.

Genom att SAMS var en Finsam-process kom vi att få legitimitet att belysa svårigheter och strukturella hinder samt i olika fora och sammanhang diskutera och agera i frågor kring målgruppen. SAMS kom genom detta att i en del sammanhang bli katalysator för förändringsprocesser.

Sjukskrivning av nollplacerade försörjningsstödstagare

Ett av de områden där det visade sig finnas många utmaningar att hantera var sjukskrivningar. Utmaningarna visade sig handla både om glapp mellan systemen, men också om läkares sjukskrivningar och omvärldskunskap, Socialtjänstens mandat och kompetens, Försäkringskassans samordningsuppdrag och brister i samverkan mellan organisationerna.

¹⁵ Gör rätt från dag ett, SKL, 2011

Det visade snart att sjukskrivning av målgruppen alltför ofta hade grund i annat än sjukdom, så som sociala problem, ålder eller språksvårigheter. Det visade sig också hos läkare finnas brist på förståelse för det sammanhang individerna befinner sig i och för Socialtjänstens uppdrag och arbete med individerna. Att ett sjukintyg ofta resulterade i att personens aktiva planering med Socialtjänsten avbröts, visade sig vara en konsekvens som få läkare var införstådda med.

SAMS har genom samarbete med olika aktörer inom sjukvården lyft diskussioner kring sjukskrivningsproblematiken. SAMS har både i direkt kontakt med behandlande läkare och i olika forum med enskilda eller grupper av läkare och verksamhetschefer spridit information om målgruppen, berättat om erfarenheter och dilemman, men också stimulerat till samverkan.

Att arbeta med attityder, förhållningssätt och förståelse inom sjukvården ser vi som ett långsiktigt uppdrag. Vi är nöjda med att se att det ändå på kort tid hänt mycket. Vi kan se att vårt arbete bidragit till att primärvården, som tidigare varit en ganska osynlig aktör, under Finsam-tiden trätt fram som en viktig aktör. SAMS uppfattar också en ökad förståelse från sjukvårdens sida för det sammanhang individerna sjukskrivs i och för Socialtjänstens uppdrag samt en ökad vilja att samarbeta med socialsekreterare. Vi kan skönja att direkt samarbete mellan socialsekreterare och behandlande läkare, som vi tidigare upplevde som undantag, har börjat formas och etableras på många håll.

Utredning och handläggning av ohälsa inom Socialtjänsten

Initialt rekommenderades SAMS att fundera över vilka ärenden i den stora målgruppen som borde skrivas in och hur vi skulle prioritera bland aktualiseringar. Då forskning och praktik pekar på vikten av tidiga insatser beslutades att korta sjukskrivningstider skulle prioriteras.

Efter en tids arbete i nya SAMS kunde vi konstatera att nästan hälften, 43 %, av de personer som skrevs in inte hade pågående sjukskrivning. Detta ledde fram till nya reflektioner och ytterligare analys av inskrivna ärenden. Vi kunde se att ett mönster i att de som skrevs in i hög grad varit beroende av ekonomiskt bistånd i många år, 62 % i mer än 3 år. Det visade sig också att många personer under åren genomgått flera olika insatser, och att man "misslyckats"¹⁶ i dessa.

Det var sedan lång tid känt inom Socialtjänsten att ohälsa, sjukdom och sjukskrivning är vanliga försörjningshinder. Trots detta såg vi att det i många fall saknades kompetens hos socialsekreterare och ett systematiskt arbetssätt för handläggning av klienter med sjukdom eller sjukskrivning. Utifrån ovanstående väcktes funderingar kring arbetssätt och metoder inom Socialtjänsten. Funderingarna handlade om behov av aktivt och tidigt förhållningssätt, ett systematiskt arbetssätt för ge socialsekreterarna förutsättningar att hantera ohälsoproblematik och sjukskrivning, bättre matchning av insatser utifrån personernas behov och individuella förutsättningar (inkluderat medicinska) samt behov av direkt samarbete andra aktörer.

Bara genom att ge ordinarie socialsekreterare förutsättningar och redskap för att arbeta med målgruppen, kunde SAMS se möjlighet till reell förbättring generellt för personer i målgruppen i ett långsiktigt perspektiv. Att ha ett specialiserat team, motsvarande SAMS-teamet, är ett bra sätt att arbeta med målgruppen. Men när det finns så många personer som har sjukdom eller är sjukskrivna och som har försörjningsstöd så behöver socialsekreterarna kunna hantera detta i sin vardag, för att sedan om ärendet uppfattas alltför komplext eller direkt samarbete inte fungerar, kunna remittera vidare till ett specialistteam/samverkansteam.

¹⁶ Med avseende på att man inte blivit självförsörjande eller kommit att stå som aktivt arbetssökande på Arbetsförmedlingen.

Socialtjänsten

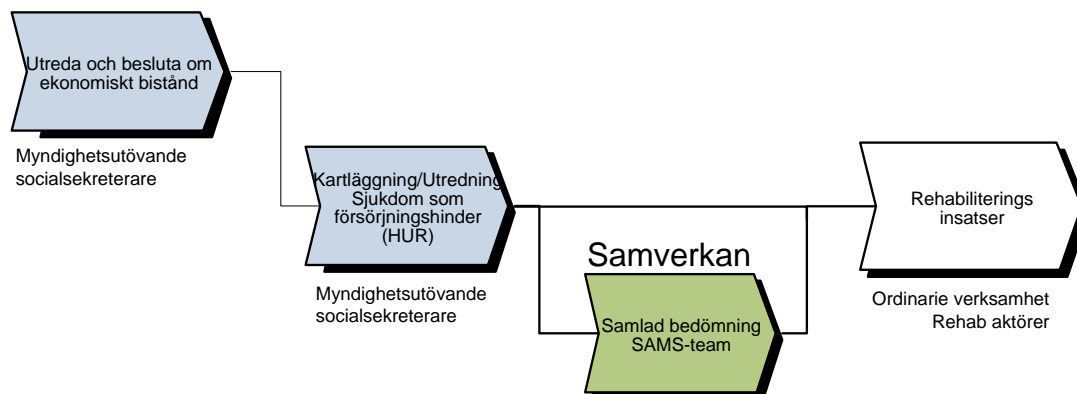


Fig 3 – Illustration av olika nivåer av SAMS involvering ur Socialtjänstens perspektiv

Kompetensöverföring

Erfarenhet från tidigare år med SAMS var att socialsekreterare aktualiserade ärenden utifrån en tro om att personen kunde ha rätt till sjukersättning från Försäkringskassan eller utifrån den enskilde socialsekreterarens frustration över att inte "komma någonstans i ärendet".

Försäkringskassans handläggare arbetade med överföring av kompetens och arbetssätt till socialsekreterare genom utbildning och närvaro på de olika stadsdelarna i varierande konstellationer. Det visade sig dock finnas svårigheter att nå ut på bredden till socialsekreterare i stadsdelarna och att bibehålla den kompetensen som uppnåts inom verksamheten.

SAMS arbetade utifrån att generellt behövde *alla* socialsekreterare på försörjningsenheterna förstå vad ett läkarintyg "stod för", vad som kan utläsas av det och vad Försäkringskassans uppdrag och roll kring målgruppen var. Över tid kom detta sedan att leda vidare mot utvecklingen av ett systematiskt arbetssätt i Socialtjänsten.

Arbetet med kompetensöverföring systematiserades och resulterade i de olika nivåer som SAMS arbetat med: förfrågningar, handledning, konsultationer och inskrivna. Att svara på frågor och handleda kollegor kom att bli en stor del av arbetet för socialsekreterarna i SAMS. SAMS socialsekreterare hade en närhet och gemenskap i sin organisation som visade sig vara värdefull och som gjorde att de på ett bra sätt kunde överföra information och kunskap till försörjningsenheternas socialsekreterare.

Över tid har vi kunnat se positiva effekter av kompetensöverföring. Vi ser att karaktären på frågor över tid har ändrats. Vi har också sett att socialsekreterare blivit välbekanta med olika begrepp inom rehabiliteringsområdet, genomfört fler och mer komplexa moment i utredningarna och tagit alltfler initiativ kring utredning och samverkan.

Systematiskt arbetssätt på försörjningsenheterna

Utifrån de tankar som växte fram initierade SAMS, i samarbete med några intresserade sektionschefer, pilotprojekt för "tidiga insatser vid sjukskrivning". Piloterna, som genomfördes på 3 större stadsdelar, föll väl ut och både socialsekreterare och chefer såg nyttan av systematiskt arbetssätt kring personer med sjukskrivning. Utifrån erfarenheter och de genomförda

pilotprojektet, bildades en arbetsgrupp med sektionschefer på ekonomiskt bistånd och medarbetare från SAMS, som fick i uppdrag att skissa på förslag till arbetssätt. Ett förslag presenterades för kommunens loF¹⁷-chefer, som i februari 2010 fattade beslut att arbetssättet skulle införas. Arbetssättet kom att benämnas HUR, Försörjningsstöd vid ohälsa - Handläggning, Utredning, Rehabilitering. Arbetssättet kan ses som en gemensam plattform för socialsekreterare på försörjningsenheterna i arbetet med klienter med sjukdom, ohälsa eller som är sjukskrivna.

Stadskontoret har i samarbete med stadsdelarna och SAMS arbetat fram metodstöd för socialsekreterare. Metodstödet innehåller bland annat beskrivning av arbetssättet/processen, gemensamma verktyg, blanketter och mallar samt information om sjukskrivning, arbetsförmåga och kontaktvägar till samverkansparter.

SAMS har, med start i september 2010 fram till 30/6 2011, haft som uppdrag att introducera arbetssättet på samtliga stadsdelar, för alla socialsekreterare och sektionschefer. Vidare har SAMS haft uppdraget att genomföra utbildning och ge handledning i samband med introduktion och införande.

Uppföljning av introduktionen av HUR genomfördes i mars 2011. Enkäter skickades ut till samtliga socialsekreterare på stadens alla försörjningsenheter, 58 % av socialsekreterarna besvarade enkäten. Ur svaren framkom att cirka hälften av socialsekreterarna börjat använda HUR. Ur enkäterna framkom att man tycker att det systematiska arbetssättet, HUR-processen, är bra. Också verktygen, mallarna, kontaktlistor och resurskartan ser man sig ha stor nytta av. De svårigheter som lyftes fram var att samarbete och samverkan med sjukvården och Arbetsförmedlingen inte fungerar. Andra synpunkter som framkom var att målgruppen inte är prioriterad inom Socialtjänsten samt att socialsekreterarna har hög arbetsbelastning och därför inte ges tid eller möjlighet att arbeta enligt HUR.

Samverkan mellan Socialtjänsten och Resursteam

Genom Teamsamverkan¹⁸ i Malmö hade Resursteam etablerats som samverkansarenor kring personer med komplex problematik och behov av samordning av insatser. I samverkansarbetet ingick primärvårdens vårdcentraler i Malmö och Försäkringskassan. Redan i ansökan till Finsam definierades Resursteam som en möjlig strukturerad samverkansarena också för målgruppen sjuka och sjukskrivna försörjningsstödstagare, där Socialtjänsten skulle kunna integreras.

SAMS lyckades väcka intresse på vårdcentralerna och på försörjningsenheterna för samverkan och möjligheter till integrering av Socialtjänsten i teamen. På flera håll har över tid samarbete inletts och etablerats. SAMS har kontinuerligt bevakat och följt upp utvecklingen av Socialtjänstens medverkan i teamen. Vid denna rapportens tillkomst bedömer vi att Socialtjänsten har integrerats i ett Resursteam och att samverkan fungerar väl i ytterligare några team, men att samverkan helt saknas i flera Resursteam.

Vi anser att det i nuläget saknas förutsättningar för att Resursteam skulle kunna bli en arena för strukturerad samverkan kring målgruppen i ett Malmö-perspektiv. Detta ser vi beror både på faktorer internt i olika Resursteam och deras arbetssätt, på olika stadsdelars intresse och möjlighet att avsätta resurser samt på parternas respektive syn på sitt uppdrag, på en eventuell gemensam målgrupp och på förhållningssätt till samverkan.

¹⁷ loF står för Individ- och Familjeomsorgen

¹⁸ Resursteams-samverkan, i samarbete mellan Primärvården Region Skåne i område Malmö, och Försäkringskassan.

Diskussion

Vems är ansvaret för sjukskrivna nollplacerade?

I olika rapporter och artiklar har ofta Försäkringskassan lyfts fram som den part som borde ta sitt ansvar för målgruppen, genom samordningsuppdraget. Vår erfarenhet styrker detta till viss del, men erfarenheten är också att detta långt ifrån löser situationen för målgruppen. Bland våra inskrivna har vi funnit många som kanske borde varit sjukskrivna, men vi har också funnit ett stort antal fall i vilka sjukskrivningen sannolikt inte hade "hållit för" Försäkringskassans prövning av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom relaterat till reguljärt arbete.

Utifrån våra erfarenheter kan det handla om att så många som hälften av alla sjukskrivningar hos Socialtjänsten skulle ha "underkänts" av Försäkringskassan. I dessa fall hade ärendet efter utredning avslutats på Försäkringskassan, och Socialtjänsten hade "fått tillbaka" ansvaret för planering och aktiva insatser. Sannolikt hade individen fortsatt uppleva ohälsa och nedsatt förmåga, varför sjukdom fortsatt utgöra hinder för insatser eller arbete.

På försörjningsenheterna faller inte utredning och bedömning av personers arbetsförmåga naturligt inom ramarna uppdraget. Socialtjänsten arbetar inom ramarna för socialtjänstlagen, socialsekreterarna saknar lagstöd och mandat som motsvarar Försäkringskassans och kan därför inte förväntas på egen hand ta sig an hela ansvaret för sjukskrivna nollplacerade försörjningsstödstagare. Samverkan är nödvändig!

Visst kan Socialtjänsten utveckla sitt arbete med målgruppen, vilket vi också sett som nödvändigt. Det finns helt enkelt ett så stort antal ärenden, 20 % av alla försörjningsstödstagare, att det måste bli en del av ordinarie arbete för socialsekreterare på försörjningsstödet. Framförallt ser vi att Socialtjänsten generellt behöver ha grundkompetens kring ohälsa, redskap och verktyg för att identifiera och kartlägga hälsoaspekter samt också forum och former för samverkan. Mycket av detta har vi sett utvecklas i Malmö Stad det senaste året.

Nollplacerade ingen prioriterad målgrupp

Vi vill hävda att målgruppen inte är någon prioriterad grupp, inte hos någon av samverkansparterna. Att man ska arbeta med personer som står långt från arbetsmarknaden ser vi mer som ett ideologiskt ställningstagande än som något som prioriteras och omsätts i praktisk handling. Gruppen är inte stark eller högröstad, och de syns eller hörs sällan i samhällsdebatten.

Det är mindre intressant om utanförskapet skapats på grund av långtids arbetslöshet, långvarigt försörjningsstöd eller lång tids ohälsa eller sjukdom. Att ge individerna en närmre anknytning till arbetsmarknaden behöver vara en gemensam målsättning för alla myndigheterna, och då behöver gruppen prioriteras av alla.

Det finns stora vinster att göra, och SAMS har visat att det låter sig göras. Det är inte omöjligt, bara man tror på och arbetar mot att finna lösningar. Att det finns stora vinster för de enskilda individerna i form av tillhörighet till samhället, arbete och god livskvalitet är troligen inte ifrågasatt. Även samhällsekonomiskt bör det kunna finnas vinster genom att vissa av deltagarna kommer in i arbete och att andra minskar sitt behov av olika typer av stödresurser, t ex sjukvård och omsorg.

Staten kan göra en vinst om Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen minskar sina utbetalningar. En annan källa för intäkter för staten är ökade skatteintäkter och ökade inbetalningar av sociala avgifter från de företag som anställer deltagarna.

Regionen kan göra en vinst dels beroende på minskat vårdbehov men även pga. ökade skatteintäkter.

Kommunens ev. vinst ligger i att man minskar utbetalningen av försörjningsstöd i kombination med ökade skatter från de som kommit in i arbete.

Om man utgår från en person som uppbar ekonomiskt bistånd före SAMS (föreläget i 12 mån) och som efter SAMS erhåller ett arbete med 20 000 i månadslön (12 mån i efterläget) blir effekten för kommunen cirka 127 000 kr på ett års basis.

Översatt till SAMS och de genomförda 6 månaders-uppföljningarna är en grov uppskattning att kommunens "vinst" hittills uppgått till:

19 individer helt självförsörjande	2 413 000 kr
4 individer till minst hälften självförsörjande	254 000 kr

Summa	2 667 000 kr

Rehabprocessen och vägen till självförsörjande genom arbete

Majoriteten av personerna som genomgått SAMS har inte haft förutsättningar att bli självförsörjande direkt efter en SAMS-utredning. Flertalet har bedömts ha helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga. För en mindre andel är nedsättningen hel och stadigvarande på grund av sjukdom. Vanligt är att personerna efter rehabilitering på sikt bedöms kunna komma tillbaka till arbetsmarknaden.

I rapporten Rehabilitering eller utanförskap¹⁹ framförs att nollplacerade i liten omfattning fått tillgång till arbetsinriktade rehabiliteringsinsatser. Detta vill vi till viss del instämma i. Vi vill tillägga att individerna inte fått "rätt" arbetsinriktade rehabiliteringsinsatser, att man inte fått tillgång till medicinsk utredning/bedömning eller rehabilitering i den mån man behövt och inte heller fått samordning av olika rehabiliteringsinsatser.

Initialt hade vi i SAMS uppfattningen att långvarig sjukskrivning skulle vara utmärkande för målgruppen. Detta har vi inte fått bekräftat. Snarare tycker vi oss ha identifierat långvarigt försörjningsstöd som den viktigaste variabeln. Vi har sett att personer med försörjningsstöd och sjukdom, över tid hamnat allt längre och längre från reella möjligheter till självförsörjning genom arbete. Det finns, tycker vi, inte bara utanförskap relaterat till arbetslivet utan också i förhållande till tillgängligheten till den offentliga sjukvården och möjligheter till medicinsk rehabilitering.

Hela 99 % av de personer som fått samlad bedömning via SAMS har visat sig ha behov av *medicinsk rehabilitering* som nästa steg i sin rehabiliteringsprocess. För samtliga personer har funnits behov också av sociala och/eller arbetsinriktade insatser. Rehabilitering, i olika former, behöver ofta ske under längre tid och rehabiliteringsinsatser behöver koordineras och/eller löpa parallellt. Personerna behöver erbjudas mycket stöd och samtidigt måste kontinuerlig uppföljning och samverkan kring individen fortlöpa.

Individerna i målgruppen har en svår och komplex situation, många saknar den kraft och de resurser som behövs för att på egen hand manövrera och ta sig framåt i rehabiliteringsprocessen. Vår erfarenhet är att det finns stort behov av kontinuerlig och tät uppföljning. Därför ser vi att en rehab-lots, case manager eller dylikt, skulle vara till stor nytta för personerna. Någon som bistår personen och arbetar för att säkerställa att rehabiliteringsprocessen fullföljs.

Även om individer har arbetsförmåga ur medicinskt, försäkringsmedicinskt och socialt perspektiv är detta inte liktydigt med att personen har goda förutsättningar att bli självförsörjande genom arbete. Det som talar emot är att personerna inte har varit i aktivitet på mycket lång tid, ibland flera år. De har olika typer av sjukdomar eller andra former av ohälsa, de har ofta tappat motivation och självförtroende samt är i stort behov av anpassning och stöd i en arbetssituation.

¹⁹ Rehabilitering eller utanförskap, RFV, Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet 2004

Arbetsinriktad rehabilitering

Många inskrivna har visat sig ha begränsad, eller ingen, erfarenhet av arbetslivet. Vår erfarenhet är att personerna inte har tankar, idéer och planer för ett kommande arbetsliv och att man många gånger saknar tron på att det är möjligt att få ett arbete.

Det har visat sig att ytterst få i målgruppen är självgående i sitt arbetssökande. Personerna har vanligen stort behov av anpassningar vilket gör det svårt att söka ett befintligt arbete. Visst saknar en del motivation och utan motivation är det troligen näst intill omöjligt att lyckas. Men det finns också många som har vilja och motivation, men som inte är tillräckligt rustade.

Har man varit sjuk/sjukskriven en längre tid eller har begränsad erfarenhet av att överhuvudtaget befinna sig på arbetsmarknaden, behöver man rustas och få mycket stöd om man ska lyckas. Kommunen har, enligt SAMS uppfattning, ett ansvar att rusta - men har bara förutsättningar att göra detta upp till en viss nivå. Träning av basala färdigheter så som motivation, egenansvar, närvaro, tidpassning och andra grundläggande förutsättningar för arbetslivet, låter sig med fördel göras i kommunal regi. Men därefter behövs en smidig övergång till Arbetsförmedlingen för att de ska kunna ta vid och arbeta vidare med arbetsinriktad rehabilitering ut mot arbete.

Det finns stort behov av arbetsinriktade insatser på basal nivå, men tillgången ser vi är starkt begränsad. Vi upplever en viss förbättring under processtiden då flera av de Finsam-insatser som startats i Malmö har ett för-rehabiliterande eller rustande uppdrag. Men dessa insatser är ofta tidsavgränsade vilket bidrar till att framtiden känns oviss.

Vår erfarenhet är att det finns behov av träffpunkter eller rehabiliterande sysselsättning, där personer kan delta mellan 2-10 timmar som en första inledande start på rehabiliteringsprocessen. Framförallt finns det behov av många fler arbetsträningsplatser i anpassad miljö, från 10 timmar och uppåt. Här uppfattar vi att det också behövs en diversifiering med nya och mer moderna angreppssätt och av arbetsträningar som upplevs som lockande för män och unga.

Handlingsplanssamverkan för nollplacerade sjukskrivna?

När det gäller att den arbetsinriktade rehabiliteringen är Arbetsförmedlingens roll central. Ett angeläget utvecklingsområde, anser SAMS, är strukturerad samverkan mellan Socialtjänsten och Arbetsförmedlingen för övergången till Arbetsförmedlingen för fortsatt arbetsinriktad rehabilitering. Vår erfarenhet är att det också behövs vidareutveckling av arbetssätt/organisering på Arbetsförmedlingen i syfte att stödja SAMS målgrupp till insatser och anpassade arbeten. Täta kontakter och uppföljning tillsammans med långtidsplanering anser vi är nödvändigt. Vi kan också se stort behov av tillgång till extra stödinsatser från Arbetsförmedlingen, med bland annat SIUS och skyddade anställningar.

Vår erfarenhet så här långt är att personer i SAMS målgrupp idag inte får den hjälp och det stöd man är i behov av från Arbetsförmedlingen i det skede då personerna gått över till ordinarie (Rehab-) handläggare. Handläggarna har, enligt vad vi erfar, en mycket stor arbetsbelastning och många ärenden, vilket gör att tid saknas för täta kontakter, samverkan, uppföljning och hjälp att leta/skräddarsy praktik eller anpassade anställningar. Ett sätt att förbättra situationen skulle kunna vara att inkludera nollplacerade i handlingsplanssamverkan²⁰ eller att hitta ett motsvarande strukturerat arbetssätt för fördjupad samverkan i arbetsinriktad rehabilitering för målgruppen.

²⁰ FAROS – modellen, fördjupad samverkan AF-FK

Avslutande ord från projektgruppen

"Nya" SAMS kom in i en tid med då många saker hände i den nära omvärlden, som kom att påverka processen på olika sätt. Inom socialförsäkringen infördes Rehabiliteringskedjan och inom sjukvården i Region Skåne infördes en kundvalsmodell inom primärvården, Hälsoval Skåne. Lågkonjunktur och ökad arbetslöshet medförde att antalet hushåll som blev aktuella för ekonomiskt bistånd ökade. Också Finsam i Malmö, den samverkansarena som SAMS hade att verkade på, var ny.

Finsams i Malmö har intentioner att vara en arena för att kunna prova nya angreppssätt, metoder och modeller, men också att vara en träningsarena för samverkan. Dessa intentioner tycker vi oss ha levt upp till. Tiden i SAMS har varit fylld av ständig utveckling av olika processer och i detta har vi haft möjlighet att prova och utveckla både samverkan och nya arbetssätt, metoder och strategier.

Att arbeta utanför "ramarna" och i gränzonerna mellan de olika organisationerna har varit en utmaning för oss i projektgruppen. Vi har under resans gång konfronterats med många strukturella och organisatoriska hinder - hinder som vi efter bästa förmåga överbryggat i ett kort perspektiv och arbetat för att minska eller undanröja i ett långsiktigt perspektiv.

Vi i SAMS är nöjda med vårt arbete utifrån det uppdrag vi genom Finsam haft att utföra. Vi har utvecklat SAMS från en ett arbetssätt där Försäkringskassan genomförde utredningar utifrån Socialförsäkringens ramverk, till en modell för samverkan och samordning av utredningar och samlade bedömningar. Samverkansmodellen har fått nationell uppmärksamhet och av SKL²¹ framhållits som ett gott exempel för samverkan om sjukskrivna nollplacerade.

Genom samverkan har 251 personer fått fördjupade utredningar och 151 har fått samlad bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. I över 2000 ärenden har vi bidragit med vår kompetens för att förbättra förutsättningarna att i ordinarie verksamhet kunna hjälpa individerna vidare mot rätt insats och rätt ersättning.

6 månaders-uppföljningarna visar att 38 % av personerna är självförsörjande och många därtill, 30 %, påbörjat sin rehabilitering. Alla utom 2 personer som ansökt om sjukersättning har fått detta beviljat och 3 personer är inskrivna som arbetssökande på Arbetsförmedlingen. Detta är effekter vi är mycket nöjda med! Vi tycker att vi utifrån de uppnådda effekterna på ett bra sätt uppfyller vår målsättning om "rätt insatser till rätt individ med rätt ersättning".

Vi ser också att SAMS varit ett värdefullt tillskott bland insatser för unga vuxna och även för barnfamiljer där hela familjens situation har uppmärksamats genom att exempelvis hittills "dolda" sociala problem har identifierats.

Utöver utvecklingen av samverkansmodellen och de insatser vi genomfört och bidragit med för många individer, är vi i gruppen nöjda med det arbete vi utfört inom ramarna för vårt uppdrag med lärande och kompetensöverföring. Vi har under Finsam-tiden arbetat aktivt och strategiskt för att så långt som möjligt sprida vår kunskap och erfarenhet vidare, utanför projektgruppen.

Inte bara för oss i projektgruppen har SAMS varit utmanande - flera gånger ser vi att vi genom vårt arbete "rört runt i grytan" och blivit katalysator för förändring. Vi tycker oss se att vi faktiskt gjort vissa avtryck i moderorganisationerna och att positioner över tiden flyttats framåt i en del avseenden. Det direkta samarbetet och samverkan mellan Socialtjänst och Sjukvården ser vi har utvecklats avsevärt. Vi kan också se att vi bidragit i Försäkringskassans diskussioner kring samordningsansvaret, i sjukvården med information och samarbete för ökad förståelse och kunskap, och i Socialtjänsten genom att vi bidragit till utvecklingen av ett systematiskt arbetssätt inom försörjningsenheterna. Hos alla samverkansparterna kan vi se att SAMS bidragit till att öka medvetenhet och kunskap om målgruppen, både på det individuella och olika organisatoriska plan.

²¹ Gör rätt från dag ett, SKL, 2011