

# Slutrapport till Samordningsförbundets styrelse angående SAMRE

samordnad rehabilitering för sjukskrivna utan sjukpenning

## Bakgrund

Projektet SAMRE (samordnad rehabilitering för sjukskrivna utan sjukpenning), pågick oktober 2017 till och med december 2019. Det finansierades av Samordningsförbundet Sollentuna-Upplands Väsby-Sigtuna. Samordningsförbundets medlemsparter är Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Region Stockholm samt de tre kommunerna Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna. Projektet startades eftersom medlemsparterna gemensamt konstaterat att målgruppen inte får den arbetslivsinriktade rehabilitering de behöver.

Det nationella dokumentet *Viljeinriktning* var en viktig utgångspunkt för projektet (Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan samt Sveriges kommuner och Landsting (SKL), 2016). Syftet med *Viljeinriktning* är att säkerställa att individer, som har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom och saknar sjukpenninggrundande inkomst, får möjlighet till rehabilitering. I *Viljeinriktning* konstateras att ”en förbättrad samverkan mellan myndigheter, kommuner och landsting sannolikt skulle innebära förbättrad hälsa och ekonomi hos den enskilde samt stärka samhällsekonomin”. Den nämner *Halmstadsmodellen* om ett positivt exempel på hur samverkan kring målgruppen kan se ut. Projektet *På rätt väg* som pågick 2012-2014 tog fram *Halmstadsmodellen*. *Halmstadsmodellen* har varit en inspiration till SAMRE, men förutsättningarna för samverkan ser annorlunda ut idag jämfört med 2014. Försäkringskassans regelverk tolkas annorlunda och *Viljeinriktning* skulle därför behöva en uppdatering eller ett förtydligande, vilket också framförts till SKL. *Halmstadsmodellen* berör samverkan mellan kommuner och Försäkringskassan, medan SAMRE är bredare och även omfattar Region Stockholm och Arbetsförmedlingen. En viktig del av projektet har varit att tydliggöra roller och ansvar hos medlemsparterna och samla den informationen på ett och samma ställe. Tidigare fanns ingen sådan sammanställning, vilket försvårat samverkan kring målgruppen.

## Målgrupp

Målgruppen för SAMRE är sjukskrivna personer som saknar rätt till sjukpenning hos Försäkringskassan och inte heller har någon sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Istället har de sin försörjning via kommunens ekonomiska bistånd. En målgruppsinventering/kartläggning i oktober 2017 (bilaga 1) visade att målgruppen just då utgjorde ca 20 % av de som uppbar ekonomiskt bistånd. Totalt var det 216 personer i de tre kommunerna. I projektet deltog sedan 175 personer ur målgruppen. Kartläggningsmetoden finns sparad hos Samordningsförbundet om man vill göra om kartläggningen för att följa utvecklingen.

En psykiatrisk huvuddiagnos var vanligast (38-53 %) och majoriteten hade fler än en diagnos. Även bland tilläggsdiagnoserna var psykiatrisk diagnos vanligast. Detta synliggör vikten av en uppbyggd samverkan med psykiatri, men också med husläkarmottagningarna då de står för en stor del av sjukskrivningarna för psykiatriska diagnoser.

Kartläggningen visade att risken att sjukskrivna fastnar i långvarigt ekonomiskt bistånd, är mycket hög. 65-70 % hade haft ekonomiskt bistånd i 2 år eller längre. De flesta är medelålders eller äldre och multisjuka. Andelen utrikesfödda var tydligt överrepresenterade och det var fler kvinnor än män i målgruppen.

Problematiken är komplex och har ofta byggts upp under många år. Ärendegenomgångarna kring SAMRE:s 175 deltagare, visade att det nästan undantagslöst finns fler skäl till ohälsa, utöver de rent medicinska. Ohälsan förstärks av faktorer som t.ex. avsaknad av fast bostad, anhöriga som mår dåligt, odiagnostiserad funktionsnedsättning eller relationsvåld. Tidigare missbruk eller dolt missbruk är också en mycket viktig faktor.

## Organisation/struktur

### 1. Styrning

Projektarbetet har letts av en projektledare på heltid som haft en projektgrupp till sitt förfogande. Projektgruppen utgjordes av socialsekreterare från Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna kommun samt medarbetare från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. De har arbetat halvtid i projektet eller så har två medarbetare delat på en halvtidstjänst. Projektet har svarat mot en styrgrupp som bestått av enhetschefer/sektionschefer från ekonomiskt bistånd i de tre kommunerna, Försäkringskassan (Stockholms län Nord) och Arbetsförmedlingen (Nordöstra Stockholm). Region Stockholm har inte haft någon representant i styrgrupp eller projektgrupp, men har deltagit på vissa styrgruppsmöten och andra sammankomster.

Styrelsen för Samordningsförbundet har varit ytterst beslutsfattande, medan styrgruppen svarat för den operativa styrningen. Projektledaren har ingått i ett gemensamt nätverk för Stockholms Läns Samordningsförbund, för projekt kring målgruppen.

### 2. Psykiatrisk öppenvård

Region Stockholm har tre mottagningar inom psykiatrisk öppenvård i de tre kommunerna. Alla tre mottagningar har deltagit i arbetet med att ta fram en lokal skriftlig överenskommelse mellan medlemsparterna.

SAMRE har byggt upp en tät och patientnära samverkan med Sigtuna/Upplands Väsby psykiatriska mottagning. Två socialsekreterare från SAMRE har suttit på plats på psykiatrin en förmiddag varannan vecka under 2019. Tiden har använts till samverkan kring patienter, kunskapsutbyte, stöd för att lotsa rätt i kommunens insatser, flerpartsmöten med läkare/psykolog och patienter. Mottagningen har deltagit på SAMRE:s workshops, ett flertal av styrgruppsmötena, frukostmöten etc. Psykosmottagningen (för alla tre kommuner) och mottagningen i Sollentuna har inte haft möjlighet till samma konkreta samverkan. Det beror bland annat på flera chefsbyten i Sollentuna och resursbrist under aktuell period.

Projektet har även förmedlat kontakt mellan socialpsykiatrin och psykiatrin kring hur de kan samverka kring insatser. Medarbetare från socialpsykiatrin har bjudits in till SAMRE:s samverkan på psykiatrin.

### 3. Husläkarmottagningar

Från att samverkan mellan kommunerna och husläkarmottagningarna (vårdcentralerna) i de flesta fall varit icke existerande, har projektet etablerat kontakter och samverkat med prioriterade husläkarmottagningar. Projektet kartlade vilka husläkarmottagningar som målgruppen använder mest. Medarbetare besökte dessa för att utbyta kunskaper, berätta om målgruppens behov och diskutera hur vi gemensamt kan förbättra situationen för målgruppen. Mötena har oftast skett på ett läkar-APT och med personal från flera yrkesgrupper. SAMRE har haft samverkansmöten med 13 av de 15 kartlagda husläkarmottagningarna. Några mottagningar fick flera besök. Generell tidsbrist hos vården gjorde att det var svårt att få till mötena, men väl på plats var responsen mycket positiv.

Alla husläkarmottagningar informerades om att de kan söka ekonomisk ersättning för samverkansmötena via Region Stockholm. Två husläkarmottagningar i Sigtuna kommun har inte haft möjlighet att ta emot SAMRE, trots upprepade försök till kontakt och mötesbokning.

### 4. Ärendekonsultationer

Det pågick ärendekonsultationer löpande kring de 175 deltagarna, from mars 2018 tom september 2019. Socialsekreterarna fördjupade sig i ärendet inför konsultationen med hjälp av en framtagna mall. Under ärendekonsultationen fick hen stöd i hur ärendet kan komma vidare, stöd i att läsa läkarintyget mm av

projektgruppens representanter från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och aktuell kommun. Konsultationen mynnade ut i ett myndighetsgemensamt förslag på planering som sedan följdes upp. Det var den enskilde socialsekreteraren som drev ärendet.

Ärendekonsultationerna hade flera syften: Kunskapsöverföring mellan medlemsparterna, en aktiv myndighetsgemensam planering för deltagaren, lär-tillfälle för socialsekreterarna i att läsa läkarintyg och kring arbetsmetod samt konsultation kring nästa steg. Deltagarnas planeringar och uppföljningar användes även för att samla in data som inte kan mätas i uppföljningssystemet SUS. Information från de första 105 deltagarnas planeringsblanketter sammanställdes och gav viktig information kring behov, brister och utvecklingsmöjligheter (bilaga 2).

## 5. Förrehabiliterande insatser för deltagare

SAMRE upphandlade 16 platser med förrehabiliterande insatser under 12 månader. Förrehabiliterande insatser innebär ett första steg mot arbetsmarknaden och innebär mycket låga instegskrav men kräver tät handledning.

Syftet med upphandlingen var att synliggöra målgruppens behov, visa om förrehabiliterande insatser kan resultera i stegförflyttningar och i så fall vilka stegförflyttningar (bilaga 3). Platserna var också en förutsättning för att Sigtuna kommuns deltagare skulle kunna starta några insatser alls, eftersom kommunen saknade insatser för målgruppen.

## 6. Utbildning för medarbetare

SAMRE har anordnat två större workshops för alla medlemsparter, kring *Försäkringsmedicin* och gemensamma ”cases”. Man har också haft flera lokala utbildningstillfällen i *Försäkringsmedicin* för socialsekreterarna på ekonomiskt bistånd. Med *Försäkringsmedicin* menas här att läsa läkarintyg och kunna göra relevanta förfrågningar till läkare, kunna grundläggande delar av försäkringskassans regelverk etc. SAMRE:s socialsekreterare har också handlett övriga socialsekreterare.

Projektet har bekostat en utbildning i arbetsförmågebedömning, *AWP*<sup>1</sup>. Arbetsmarknadsenheten hos alla tre kommuner deltog med flera medarbetare. Metoden *AWP* har vetenskapligt stöd och går ut på att coacher/arbetshandledare utbildas i att göra enklare arbetsförmågebedömningar. I nuläget sker arbetsförmågebedömningar framförallt hos Arbetsförmedlingen och då av andra yrkesgrupper.

## 7. Kommunikation

Kunskapsöverföring och kunskapsutbyte inom och mellan medlemsparterna, har varit en mycket viktig del av projektarbetet. För att lyckas tog projektgruppen fram en omfattande kommunikationsplan med en mängd konkreta aktiviteter för kommunikation internt och externt. Kommunikationen har skett muntligt, via webbsidan, nyhetsbrev, stående punkt på APT, seminarier, politisk nämnd mm. SAMRE har även haft seminarier på *Socionomdagarna* i Sollentuna och på de nationella *FINSAM-dagarna* 2019.

Projektet har haft cirka 1500 deltagare från medlemsparterna på olika workshops, samverkansmöten, informationsmöten, seminarier och liknande. Utöver det tillkommer tillfällen med kortare uppdatering kring projektet t.ex. i samband med Samordningsförbundets frukostmöten, arbetsplatsträffar mm.

## 8. Brukarinflytande

När deltagarna avslutades i projektet fick de besvara en anonym enkät kring sin upplevelse av samverkan/den insats de fått. Instrumentet som användes var *NNS indikatorer*, som är speciellt utvecklat för samordningsförbunden. Resultaten ska fungera som underlag för diskussion inom det egna förbundet och för verksamhetsutveckling. SAMRE var i första hand ett strukturellt projekt där ordinarie insatser använts. Deltagarna har aldrig träffat projektgruppen eller deltagit under ärendekonsultationerna. Därför är resultaten i första hand kopplade till kommunernas ordinarie verksamhet och inte till projektet (bilaga 4).

---

<sup>1</sup> AWP=Assessment of Work Performance

## Implementeringsarbetet

Ramboll Management Consulting anlitas tidigt för att följa projektet. Deras uppdrag var att göra en mindre utvärdering av måluppfyllelse och implementering på organisationsnivå.

I början av projektet gjorde projektgrupp tillsammans med styrgrupp en riskanalys och en riskhanteringsplan. Våren 2018 tog Ramboll, i samverkan med projektledaren, fram en *Förändringsteori* (bilaga 5) som visar hur SAMRE är tänkt att fungera. Den byggde bland annat på intervjuer av chefer på olika nivåer hos medlemsparterna och var tänkt som ett stöd för implementeringen. Det var ett strategiskt val att göra den tidigt. Genom intervjufrågorna formulerades svar på hur projektet skulle bli ordinarie verksamhet och nya frågor väcktes.

Hösten 2018 arrangerades en workshop kring implementeringen där alla medlemsparter deltog. Medlemsparterna fick ta ställning till konkreta förslag från projektgruppen och gradera vad som var möjligt att göra respektive vad som var viktigast att göra. Workshopen visade att flera avgörande faktorer för implementeringen ännu inte var lösta. Det fanns t.ex. olika syn på om en skriftlig lokal överenskommelse skulle skrivas eller inte.

Efter workshopen gjordes en reviderad riskanalys och riskhanteringsplan. Detta mynnade ut i en skrivelse till styrelsen. Februari 2019 fattade styrelsen beslut om justerade projektmål: en lokal överenskommelse skulle skrivas samt att projektmålet om 30 % av deltagarna ut i arbete eller studier, togs bort.

I slutet av projektet gjordes nya intervjuer och en dessutom en enkät kring implementeringen. Dessa ingick i underlaget till Rambolls utvärdering av måluppfyllelse och implementering på organisationsnivå (bilaga 7).

## Måluppfyllelse

Måluppfyllelsen redovisas enligt ”trafikljusmodellen” där röd betyder att målet inte är uppfyllt, gult att målet är delvis uppfyllt och grönt att målet är uppfyllt.

### Delmål 2017



#### **Att en målgruppsinventering är genomförd i de berörda kommunerna:**

Målgruppen kartlades i oktober 2017 och utgjordes av totalt 216 personer (bilaga 1).

#### **Att påbörja arbete med att förankra projektets mål gentemot vården samt att påbörjat arbete med att synliggöra målgruppen inom vården som ska fortsätta projekttiden ut:**

Ett antal samverkansaktiviteter har skett med vården (se avsnitt ”organisation/struktur”) och samverkan har pågått under hela projekttiden.

#### **Att påbörja arbete med kompetenshöjande insatser när det gäller kunskapsutbyte**

**mellan berörda parter:** Arbetet påbörjades direkt. Första workshopen i ”försäkringsmedicin” hölls februari 2018 (se avsnittet ”organisation/struktur”).

### Delmål 2018



#### **Att ta fram en samverkansstruktur kring målgruppen och i denna börja arbetet med individärenden:**

*SAMRE-modellen* (bilaga 8) tog form genom kunskapsutbyte, samverkansmöten, ärendekonsultationer och inte minst i arbetet med deltagare. Man kunde påvisa var gränserna är otydliga och vilka konkreta frågeställningar som *SAMRE-modellen* behöver besvara.

Ett antal mallar/blanketter togs fram och prövades i kommunikation mellan medlemsparter eller mellan medlemspart och deltagare. Två av dem *Förfrågan till läkare* (bilaga 9) och *Aktivitetsförfrågan* (bilaga 10) har implementerats, övriga fyller inte längre sitt syfte.



**Att fortsätta arbetet med individärenden och följa upp dessa.**

Individärendena löpte på under 2019.

**Att handläggarna som arbetar med ekonomiskt bistånd har fått ökad kompetens vad gäller försäkringsmedicin.**

Socialsekreterarna på ekonomiskt bistånd fick fylla i en anonym enkät. Enkätens resultat (bilaga 11) visade bland annat att 83% anser att de fått ökad kunskap om läkarintyg. 90 % ansåg att de hade fått ökad kunskap om vad läkarintyg av god kvalitet är. 75 % menade att projektets frågemall *Förfrågan till läkare* (bilaga 9) kommer att vara ett stöd när de behöver komplettera det medicinska underlaget.

**Att samverkansstrukturen och arbetssättet är väl implementerat och känt.**

Målet är uppnått. Se Rambolls utvärdering av måluppfyllelse och implementering på organisationsnivå (bilaga 7).

Huvudmål för SAMRE



**En tydlig process för samverkan som är implementerad och förankrad mellan samtliga parter i projektet för samverkan gällande samordnad rehabilitering för personer som saknar sjukpenning och som uppbär ekonomiskt bistånd.**

*En skriftlig lokal överenskommelse*

*Överenskommelsen* (bilaga 12) beskriver medlemsparternas olika åtaganden och utgår från målgruppens behov. Den utgår från befintliga regelverk och lagar hos varje medlemspart, där samverkan sker med individens behov i fokus. *Överenskommelsen* innebär en utveckling av lokal samverkan, kunskapsöverföring och i många fall en utveckling av medlemsparternas interna rutiner kring målgruppen. Här finns fastställda strukturer och plattformar som säkerställer kompetensutbyte och fortsatt samverkan som t.ex. ett nätverk för medarbetare från alla medlemsparter. *Överenskommelsen* bevakas av en styrgrupp.

*SAMRE-modellen*

*SAMRE-modellen* (bilaga 8) visar möjliga vägar för att komma vidare från ekonomiskt bistånd och sjukskrivning, mot rehabilitering och egen försörjning. Den visar steg för steg vilka krav som ställs i olika skeden. Syftet är "Rätt person med Rätt underlag till Rätt myndighet". Modellen är en sammanställning av medlemsparternas regelverk, gränser och krav på underlag. Informationen fanns tidigare inte samlad på ett och samma ställe. Till modellen hör en bilaga som förklarar de olika delarna och begreppen. *SAMRE-modellen* och bilagan hålls uppdaterade genom *Överenskommelsen* (bilaga 12). Resursteamens styrgrupp ansvarar för att förvalta *SAMRE-modellen* och hålla *överenskommelsen* uppdaterad.

*SAMRE-modellen* är ett praktiskt arbetsverktyg på medarbetarnivå, framförallt för socialsekreterare på ekonomiskt bistånd. En enkät till socialsekreterarna på ekonomiskt bistånd, visade att 93 % tror att *SAMRE-modellen* kan bli ett användbart arbetsverktyg (bilaga 11). Modellen möjliggör en kvalitetshöjning och effektivisering av arbetet kring målgruppen och kan användas nationellt.

*SAMRE-modellen* är en förenkling av verkligheten; till modellen tillkommer olika kompletterande verktyg. Det kan vara t.ex. flerpartersmöten, *SIP-möten*<sup>2</sup>, olika fördjupade insatser som t.ex. *Resursteamen* eller *Hoppet*. Det varierar mellan kommuner vilka verktyg man har tillgång till.

#### *Implementering av den gemensamma processen för samverkan*

Se Rambolls utvärdering av måluppfyllelse och implementering på organisationsnivå (bilaga 7)



**Samtliga (100 %) individer som är sjukskrivna utan sjukpenning och som uppbär ekonomiskt bistånd och som blivit föremål för projektet, får en plan och de arbetslivsinriktade rehabiliterande insatser som de är i behov av för att kunna återgå till arbete, samt att de har rätt ersättning.**

#### *En myndighetsgemensam planering*

Samtliga 175 deltagare (samt 4 anonyma) har fått en myndighetsgemensam planering.

#### *De arbetslivsinriktade rehabiliterande insatser de är i behov av*

Det saknas generellt insatser som fungerar för målgruppen i medlemsparternas ordinarie verksamheter. Både vad gäller omfattning, typ av insatser, kvalitet och bredd. SAMRE:s deltagare har i flertalet fall inte kunnat få de insatser de behöver, men variationen mellan kommunerna är stor. Projektet har däremot kunnat visa att:

- **Läkarunderlag av god kvalitet är avgörande för fortsatt rehabilitering** och för att komma vidare från ekonomiskt bistånd (bilaga 2 och 8).
- **Samverkan med vården/kunskapsutbyte behövs** bl.a. för att målgruppen ska få läkarunderlag av god kvalitet och tillgång till insatser/aktivitet. Läkarna behöver veta att insatser finns och hur patienterna får tillgång till insatser (bilaga 2 och 8).
- Det är nödvändigt att arbeta **aktivt och på djupet** i ärendena. **Socialsekreterarna behöver ha kunskap om läkarintyg** och kunna göra relevanta förfrågningar till vården. På det sättet får man ut **fler i aktivitet** (bilaga 2 och 8). **Det påvisades bl.a. genom att andelen deltagare i SAMRE i aktivitet ökade markant mellan start och avslut.** Sollentuna gick från 14 till 38 % i aktivitet och Upplands Väsby från 7 till 48 % i aktivitet. Tyvär visade Sigtuna kommun inte samma utveckling (bilaga 4).
- **Förrehabiliterande insatser behövs** för att målgruppen ska komma vidare från ekonomiskt bistånd. Enligt nuvarande regelverk/tolkning av medlemsparternas åtaganden behöver de erbjudas av kommunerna (bilaga 3, 8 och 12).
- **Förrehabiliterande insatser leder till stegförflyttningar. Det gäller även för deltagare som försämras eller inte visar progression** under insatsen. För de som fick upphandlade insatser via SAMRE gick mer än hälften, 13 personer av 24, från passiv sjukskrivning till att klara en anpassad aktivitet via arbetsmarknadsenheten i kommunen eller Arbetsförmedlingen (bilaga 3).
- **Målgruppen behöver tillgång till professionella Arbetsförmågebedömningar. Det saknas idag.** Regelverket säger att 25 % arbetsförmåga krävs innan Arbetsförmedlingen erbjuder utredningar eller insatser. Därför får många i målgruppen inte tillgång till det. SAMRE bekostade en utbildning i arbetsförmågebedömning, *AWP*, för alla tre kommuner (se avsnitt organisation/struktur). Metoden används idag i Sollentuna kommun, övriga två har inte den organisation eller de resurser som krävs.

<sup>2</sup> SIP= Samordnad Individuell Planering

### *Deltagarstatistik*

Projektet utformades utifrån medlemsparternas förväntan om stora individuella resultat, trots minimalt med medel till insatser. Projektet *På rätt väg* som tog fram *Halmstadsmodellen* 2012-2014, har varit en inspiration till SAMRE. Där hade en betydande andel deltagare beviljats *Samordnad rehabilitering* hos Försäkringskassan (läs mer om *Samordnad rehabilitering* i bilaga 8). Därför förväntades samma sak ske i SAMRE. Men regelverket tolkas annorlunda idag än 2014 och målgruppen klarar oftast inte kriterierna.

2017-2018 var ett av SAMRE:s huvudmål att 30 % av deltagarna skulle avslutas till studier eller arbete. Målet togs bort i februari 2019 efter styrelsebeslut. Vissa statistiska mätningar är kopplade till det tidigare målet och upplevs mindre relevanta för ett strukturellt projekt t.ex. skillnaden i upplevd livskvalitet före, jämfört med efter, SAMRE. Projektet har använt uppföljningssystemet SUS. Försäkringskassan tog bort möjligheten för kompletterande frågor i SUS 2018. Därför har flera nyckeltal registrerats på pappersblanketter i ett tidskrävande, parallellt system.

Statistiken för projektets 175 deltagare redovisas i bilaga 4. Majoriteten av SAMRE:s deltagare avslutades för att projektet tog slut och behöver fortsatt rehabilitering och insatser. Åldersfördelning, utbildningsnivå, tid med ekonomiskt bistånd etc. stämmer i stora drag överens med kartläggningen som gjordes i oktober 2017 (bilaga 1). Därför redovisas den statistiken inte här.

### *Rätt ersättning*

*SAMRE-modellen* har förtydligat vad som krävs för att söka andra ersättningar än ekonomiskt bistånd, t.ex. sjukersättning. Allt medicinskt ska vara uttömt. Utöver det behöver aktivitetsförmågan ha testats och uppgå till minst 25 %. I dagsläget förutsätter det att kommunen erbjuder förrehabiliterande insatser, där aktivitetsförmågan kan testas.

SAMRE har sannolikt lett till färre antal ansökningar om sjukersättning med bristande underlag, men jämförelsetal saknas. Också totalantalet ansökningar om sjukersättning bör ha gått ned för att socialsekreterarna inte längre uppmanar till ”slentrian-ansökning”. Samtidigt har projektet inneburit att fler socialsekreterare arbetar aktivt med sjukskrivna. Då får de fram bättre underlag för att söka sjukersättning, vilket ökar sannolikheten att det beviljas. Så statistiskt sett är det svårt att mäta hur antalet ansökningar påverkats, men allt talar för att SAMRE lett till att kvaliteten höjts på ansökningarna.

### **Ekonomiskt utfall**

I den ursprungliga projektplanen framkommer att den beräknade kostnaden för insatsen under hela projekttiden skulle bli cirka 6,9 miljoner kronor. Den budget som angavs i projektplanen var en preliminär beräkning. Det skedde sedan en omprövning inför det årliga budgetbeslutet. För 2018 följdes projektplanen, men inför 2019 sänktes budgeten något. Sammantaget kom kostnaden för SAMRE att bli drygt 800 000 kr lägre än projektplanen. En betydande del av detta kommer från hösten 2017 då verksamheten ännu inte kommit igång. En del av det överskottet användes som sagt under 2018. En del av detta överskott, 500 000 kr, användes under tiden april 2018 till mars 2019 till att köpa in förrehabiliterande insatser hos arbetsintegrerade sociala företag, detta verkställdes genom att 16 platser upphandlades hos två lokala aktörer. Det ekonomiska utfallet redovisas mer utförligt i bilaga 6.

### **Framtida arbete**

Se Rambolls utvärdering av måluppfyllelse och implementering på organisationsnivå (bilaga 7).

### **Viktigaste slutsatser**

Samordningsförbundet bildades 2017, strax före dess första projekt SAMRE. Det fanns inga rutiner, ingen logotype eller webbsida och medlemsparterna hade mycket liten kunskap om vad Samordningsförbundet var.

SAMRE var därför en viktig del av kunskapsspridningen om och implementeringen av själva Samordningsförbundet. Projektet har banat väg för Samordningsförbundets senare insatser *Hoppet* och *Resursteam* genom kontakter, informationsspridning och uppbyggda samverkanskanaler.

Projektet har synliggjort behov av kunskapsutbyte kring varandras uppdrag och arbetssätt. Det är en förutsättning för god och långsiktig samverkan. Ett exempel på det är att psykiatrikern menar att flertalet av deras sjukskrivna patienter med ekonomiskt bistånd, skulle må bra av att komma ut i en aktivitet. Innan SAMRE visste många inte att kommunerna kan erbjuda anpassade insatser. Därför har de inte efterfrågat det och patienterna har missat möjligheten.

I *Överenskommelsen* finns fastställda forum för kunskapsutbyte, kunskapsöverföring och samverkan på både medarbetarnivå och chefsnivå. Men dessa forum räcker inte hela vägen. Det behövs också fortsatta samverkansmöten mellan kommunerna och husläkarmottagningarna. Den samverkan har bara påbörjats. Husläkarmottagningarna har inte varit involverade i *Överenskommelsen* och de flesta husläkarmottagningarna deltar inte på samordningsförbundets frukostmöten. En nästan total avsaknad av *Rehabkoordinatorer (REKO)* i våra kommuner försvårar det arbetet. *REKO* är en profession som har i uppdrag att samverka kring rehabiliteringen av patienter. Kanske kommer ny lagstiftningen 2020, kring hur husläkarmottagningarna ska arbeta med samordning av rehabiliteringen, att underlätta. SAMRE:s satsning med en socialsekreterare på plats på psykiatrikern varannan vecka behöver också fortsätta, för ett effektivt och klientnära samarbete.

Målgruppen påverkas mycket av att vården är hårt ansträngd; både husläkarmottagningar och psykiatrikern. Bristande resurser hos vården gör att svar på förfrågningar dröjer och ärendena stannar upp, vilket påverkar rehabiliteringstiden för målgruppen. Väntetiden för utredningar inom psykiatrikern är lång, ofta ett år. Tiden för samverkansmöten och liknande är knapp. Socialsekreterarna på ekonomiskt bistånd har en viktig roll att driva sina ärenden framåt och stötta klienterna i vårdkontakterna.

Det blev tydligt i projektet att medlemsparternas olika regelverk och arbetssätt inte är synkade mot varandra. För att få en utredning av sin arbetsförmåga på Arbetsförmedlingen, behöver man redan ha uppnått 25 % arbetsförmåga. Ett annat exempel är att för att få *Samordnad rehabiliteringen* via Försäkringskassan, behövs ett läkarintyg av god kvalitet. Är kvaliteten inte god, behöver det kompletteras. Men läkarna behöver inte besvara kommunernas förfrågan om komplettering (vilket de måste om Försäkringskassan gör förfrågningar). Projektgruppen har sett en betydligt lägre kvalitet på de läkarintyg som kommunerna får, jämfört med de som skickas till Försäkringskassan. Nationellt håller särskilda läkarintyg för kommunerna på att tas fram och det leder förhoppningsvis till en generell kvalitetsförbättring.

*SIP-möten* har diskuterats under projektet: Att ge möjlighet för alla medlemsparter att kalla till *SIP* och att alla medlemsparter är ålagda att delta när de kallas. I dagsläget är det bara vården och kommunen som "måste" gå när de kallas till *SIP-möten*. Frågan är större än vad som ryms i detta projekt, men man har diskuterat s.k. *SAM-SIP* som finns i andra delar av landet. Då kan alla medlemsparter kalla till *SIP* med obligatorisk närvaro.

Omorganisationer och personalbrist/tidsbrist påverkade särskilt Sigtuna kommun negativt under projektet, vilket speglade sig i hur de kunnat driva ärendena framåt och att ärenden stått stilla långa perioder. Dessutom saknade kommunen då förrehabiliterande insatser, något som startades upp i slutet av 2019. Insatserna är en förutsättning för att *SAMRE-modellen* ska kunna följas. Att sjukskrivna drabbas extra hårt i tider av begränsade resurser är påtagligt. Det behöver kommunerna vara uppmärksamma på framöver. I *Överenskommelsen* finns en skrivelse kring kommunernas ansvar i tider av begränsade resurser. Generellt sett skulle både gynnas av färre antal deltagare, t.ex. stoppat intag våren 2019. Socialsekreterarna som inte arbetade i projektgruppen hade behövt mer tid för varje ärende.

Ärenden stannar ibland upp på grund av att handläggaren saknar rätt kunskap. Det krävs både bred och djup kunskap om målgruppen för att kunna driva ärendena framåt. Ärendena är ofta "tyngre" och mer komplexa än andra. Man behöver få erfaren personal att stanna och fortbilda kontinuerligt. På ekonomiskt bistånd krävs specifikt löpande fortbildning inom *Försäkringsmedicin*, särskilt då personalomsättningen är hög.

Idag spelar det stor roll i vilken kommun man bor, för möjligheten till insatser/arbetslivsinriktad rehabilitering. Insatserna behöver få ta tid, vara individuellt utformade och med tydliga krav på progression.

Helhetslösningar är önskvärda, där man kan stanna en längre tid och ta steg framåt på ett och samma ställe. Det är ofta i glappet mellan olika insatser eller myndigheter som människor ”faller igenom”.

I alla tre kommuner finns ett antal individer som inte är tillräckligt sjuka för sjukersättning, men inte heller tillräckligt friska för att ta del av ordinarie insatser. Individer som saknar rätt till kommunalt bistånd i form av ”daglig sysselsättning” via LSS eller SoL, men som skulle behöva en individanpassad lösning för att bryta isoleringen och höja livskvaliteten. De riskerar annars att försämrats ytterligare och att utanförskapet permanentas.

De skriftliga underlagen från insatser behöver generellt ha en högre kvalitet än idag och vara mer formaliserade. Bättre skriftliga underlag skulle t.ex. underlätta för målgruppen att komma vidare till insatser hos de statliga myndigheterna.

För att rätt insatser ska kunna sättas in behövs professionella Arbetsförmågeutredningar. Få erbjuds det idag, vilket är ett hinder för rehabiliteringsprocessen. Arbetsförmågeutredningarna behöver vara så formaliserade att de kan ligga till grund för myndighetsbeslut, oavsett var de utförts och vilken myndighet som ska fatta beslut.

För några i målgruppen är det bara några år kvar till pension, allt har prövats och inget har lett vidare. Det finns läkarutlåtande som styrker att allt medicinskt är uttömt, men personen har inte rätt till sjukersättning på grund av att de blev sjuka i hemlandet. Här skulle det vara önskvärt med en ny typ av ekonomisk ersättning. Ekonomiskt bistånd innebär en ny ansökan varje månad, psykisk stress och ett ekonomiskt beroende som skiljer sig kraftigt från t.ex. att uppbära sjukersättning eller ålderspension.

SAMRE har tydliggjort roller och ansvar hos medlemsparterna och samlat den informationen på ett och samma ställe, vilket resulterade i *SAMRE-modellen*. Modellen förväntas framförallt ge effekt för klienter som söker försörjningsstöd för första gången. Nya klienter kan få en aktiv och effektiv handläggning från start, av en socialsekreterare med kunskap inom *Försäkringsmedicin*. För det behövs tid till socialt arbete; att man har kunskap och tid att gå på djupet med varför personen inte kommit vidare. Orsaken handlar sällan om en enda sak, som en viss sjukdomsdiagnos. Bidrar en svår familjesituation? Våld i hemmet? Dolt funktionshinder eller missbruk? Psykisk ohälsa som ”gömmer sig” bakom t.ex. smärtproblematik?

Det behövs generellt sett mer samverkan mellan kommunens olika enheter och mellan medlemsparterna. Klienterna som deltog i projektet hade oftast haft försörjningsstöd i flera år, var medelålders eller äldre. De hade en lång historik bakom sig med tidigare misslyckanden, vilket gör det svårare att motivera till en förändring och få förankring på arbetsmarknaden. Nu finns det verktyg för att ge rätt stöd från början. Använder medlemsparterna *Överenskommelsen* och *SAMRE-modellen* för att bibehålla och vidareutveckla samverkan, kan man vänta sig långsiktiga positiva effekter, se *Förändringsteorin 2.0* (bilaga 5). Kanske är tillgången till anpassade insatser med ”helhetsfokus” den allra största utmaningen i det arbetet.

Elsa Lundqvist  
Projektledare för SAMRE  
20200103

## Bilagor

1. Kartläggning/målgruppsinventering oktober 2017
2. Kartläggning ärenden i SAMRE 2018
3. Vad hände sedan? Stegförflyttningar efter förrehabiliterande insats
4. Deltagarstatistik SAMRE
5. Förändringsteorin 2.0
6. Ekonomiskt utfall SAMRE
7. Utvärderingsrapport Ramboll: måluppfyllelse och implementering på organisationsnivå
8. SAMRE-modellen med bilaga
9. Mall Förfrågan till läkare
10. Mall Aktivitetsförfrågan
11. Enkät socialsekreterare
12. Överenskommelsen med bilaga