



---

# MÅLGRUPPS- OCH BEHOVSANALYS

---

En genomgång av Finsam Lekeberg Örebros målgrupper och behov

VÅREN 2020  
FINSAM LEKEBERG ÖREBRO  
[Företagets adress]

The logo for Finsam Lekeberg Örebro, featuring a stylized, light blue graphic element that resembles a flower or a starburst shape, positioned below the text.





## INNEHÅLL

Bakgrund .....	4
Omvärld.....	4
Omvärld globalt – megatrender .....	5
Omvärld regionalt .....	5
Omvärld lokalt.....	5
Målgrupper .....	6
Målgruppens storlek utifrån ersättningstyp .....	6
Målgruppens fördelning i helårsekvivalenter .....	7
Målgrupper utifrån samtal om behov och glapp .....	9
Unga .....	10
Unga med aktivitetsersättning.....	11
Unga försörjningsstöd .....	11
Unga helt utanför .....	11
Psykisk ohälsa och ett ökat vårdbehov hos unga .....	13
Oförmåga .....	13
Långtidsarbetslösa .....	14
Språkhinder .....	14
Sammansatt problematik.....	14
Döva .....	15
Sjukskrivna .....	15
behov och utvecklingsområden .....	17
De allmänmänniska behoven .....	17
För sjuka för att jobba och för friska för sjukersättning/sjukpenning.....	18
Ohälsa, försörjningsstöd och nollklassade .....	18
läkarintygens centrala roll.....	19
ett organisatoriskt mellanrum vårdcentraler och psykiatri .....	19
Behov av vårdprogram för utmattningssyndrom.....	20
Sociala företag.....	20
Ökad information och kunskapsöverföring mellan verksamheter.....	20
Behov av grupper med tvärkompetens.....	21
Behov av arenor för handläggare att mötas .....	21
samordnad individuell plan - SIP .....	21
Vikten av att våga tro .....	22
Forskning och evidens.....	23
Slutsatser.....	26

Hur ska vi jobba.....	27
hur bör arbetslivsinriktad rehabilitering arbeta.....	27
Reflektion och vägen vidare.....	29
vägar framåt.....	33
Arbetsgång processtöd .....	34
Förslag på konkreta åtgärder .....	35
Bilaga 1 Önskelista .....	36
Bilaga 2 Ordlista .....	39
Bilaga 3 Bild över målgrupper och parterna .....	41
Bilaga 4 tabell aktivitetsersättning och sjukersättning .....	43

## BAKGRUND

I samband med att förbundet Finsam Lekeberg Örebro genomför en nystart identifierades ett behov av att få en tydligare bild av förbundets målgrupper samt behov hos målgrupper och parterna. Utredningsuppdraget var att kartlägga de målgrupper som finns inom finsams verksamhetsområde. Vilka är målgrupperna? Vilka behov har de? I vilken utsträckning möter vi de behoven idag? Vad behöver vi utveckla för insatser för att möta dem?

De avgränsningar som redan fanns i uppdraget var att inte intervjua tjänstemän på Försäkringskassan, Arbetsförmedling och regionen, utan komplettera Sydnärkes behovsanalys, där alla parter deltagit i intervjuer med intervjuer från kommunerna. Eftersom utredningsuppdraget överlappade med Insatskatalogen finns underlag från regionen utifrån samtal med rehabkoordinatorer. Från kommuner är det medarbetare från arbetsmarknadsenhet, Ung arena, försörjningsstöd, socialpsykiatri och SFI. Det har också gjorts en avgränsning i att genomföra egna brukarundersökningar, då bedömningen var att det redan fanns flera användbara undersökningar gjorda. Att följa upp deltagare efter avslut prioriterades också bort liksom work-shop med handläggare.

Avrapportering har skett löpande i både beredningsgrupp och styrelse under våren 2020. På grund av corona pandemin blev aldrig gemensamma övningar kring personliga berättelser av. De har istället skickats ut till representanterna.

Den här rapporten omfattar delar av det statistiska underlag som tidigare skickats ut och redogjorts för samt den dragningen om målgrupper och behov som gjordes i mars. Även dragningen om vägar vidare för förbundet som presenterats ingår.

## OMVÄRLD

Region Örebro län genomför löpande omvärldsanalyser som förbundet omhändertar och använder i sin verksamhetsutveckling. Nedan redogörs kort för denna. För utförligare resonemang kring dessa se Omvärldsrapport 2019<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>

<https://www.regionorebolan.se/Files-sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/Politik/Styrdokument/Omv%C3%A4rldsrapport%202019.pdf>

## OMVÄRLD GLOBALT – MEGATRENDER

- Globalisering
- Demografiska förändringar
- Urbanisering
- Digitalisering och teknisk utveckling
- Hållbarhetsfokus

## OMVÄRLD REGIONALT

Det som bedöms ha hög påverkan på våra strategier och som är brådskande

- Ökande tempo och komplexitet
- Ekonomiska logiken förändras
- Förändrat sjukdomspanorama
- Hälsan i centrum
- Kampen om data
- Health tech – språnget
- Tillgänglighetssamhället - Life on demand
- Förändrat säkerhetsparadigm – inbromsande tillit

Hög påverkan på strategier, mindre brådskande

- Arbetsmarknad i snabb transformation
- Det nya medielandskapet
- Nya livsstilar och värderingar
- Det postantibiotiska samhället

Det som bedöms ha lägre påverkan men som är brådskande

- Individens stärks – kollektivet försvagas
- Det mänskliga mötets renässans
- Ny politisk spelplan
- Res- och transportmönster förändras

## OMVÄRLD LOKALT

Det som kommer att påverka finsams möjligheter till att stärka samverkan och utforma relevanta insatser för invånaren i behov av stöd mot arbete och studier kommer att avgöras av respektive organisations sätt att hantera sparkrav och omställningar.

Att det offentliga Sverige går tuffa tider till mötes är ingen överraskning, det har vi vetat om i många år att de demografiska förändringarna skulle innebära utmaningar på många plan. Så alla parter är i dagsläget under stor press, både i form av minskade resurser men också omvärldens krav på att samtidigt öka kvalitet och individanpassningar i service och tjänster. Med korta ekonomiska perspektiv riskerar vi att få korttänkta lösningar.

Så hur man ser på sina möjligheter att lyckas med sitt uppdrag kommer bli avgörande. Om man väljer förstärka sina gränser gentemot övriga välfärdsaktörer "att se om sitt eget hus" eller om man väljer att se att det är ett gemensamt uppdrag där vi behöver varandra för att lyckas. Det är en fråga som inte finsam äger själva, men som förbundet aktivt behöver driva. Att tillsammans är vi starkast.

## MÅLGRUPPER

Vilka som utgör finsams målgrupp slås fast i lagen om finansiell samordnings andra paragraf:

”Insatserna inom den finansiella samordningen skall avse individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och skall syfta till att dessa uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete.”

Finsams målgrupp utgörs således av personer med samordnat rehabiliteringsbehov, det vill säga, personer som samtidigt behöver hjälp från fler än en av finsams medlemsparter, Försäkringskassan, Arbetsförmedling, kommun och region. Det slås också fast att finsams ansvarsområde sträcker sig över parternas samlade ansvarsområde, inte enbart i mellanrummen och att även förebyggande insatser kan finansieras av samordningsförbund.<sup>2</sup>Från den utgångspunkten blir finsams potentiella målgrupp för insatser relativt omfattande.

När finsamlagen kom till i början av 2000-talet gjordes ett antagande om att 5 procent av den arbetsföra befolkningen kan ha behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Utifrån det antagandet skulle ca 200 invånare i Lekeberg och ca 4 500 i Örebro kommun kunna vara aktuella för samordnade insatser.

## MÅLGRUPPENS STORLEK UTIFRÅN ERSÄTTNINGSTYP

Antagandet om fem procent är en väldigt rund siffra och redan när man gjorde det fanns det röster som menade att målgruppen är betydligt större än så. När vi pratar om målgrupper tenderar det att bli en blandning av ersättningstyp, diagnoser och problembeskrivningar. När man sorterar målgrupper på en ledd, efter till exempel ersättning, så kommer det bli överlappningar med en annan, tex diagnos. Det finns inget sätt att statistiskt redogöra för exakt antal individer och vilken problematik och behov de har. Men det går att sammanställa på en ledd. Vilken ersättningstyp man erhåller styr i stor grad vilket stöd som finns att tillgå. Det återspeglar också samhällets organisering kring arbetslivsinriktad rehabilitering, varför det blir intressant att se hur målgrupperna fördelar sig. Att jämföra statistik mellan verksamheter kan bli bekymmersamt då man rapporterar olika.

Statistiska centralbyrån (SCB) har dock hittat ett sätt att räkna om olika offentliga ersättningar för att göra dem jämförbara, det kallas helårsekvivalenter. Följande offentliga ersättningar ingår och omfattar antalet helårspersoner i åldrarna 20–64 som försörjs genom sociala ersättningar och bidrag:

- sjukpenning
- sjuk- och aktivitetsersättning
- ersättning vid arbetslöshet<sup>3</sup>
- arbetsmarknadspolitiska åtgärder<sup>4</sup>
- ekonomiskt bistånd
- etableringsersättning
- 

För att skapa jämförbarhet mellan olika typer av ersättningar beräknas så kallade helårsekvivalenter. Med helårsekvivalenter avses det antal individer som skulle kunna försörjas under ett helt år med full ersättning. Exempelvis blir två personer, som varit heltidsarbetslösa ett halvår var, tillsammans en helårsekvivalent.

---

<sup>2</sup> Samverkan för bättre välfärd – en idéskrift om finansiell samordning, Sveriges kommuner och landsting, 2007

<sup>3</sup> A-kassa, alfa kassa

<sup>4</sup> Aktivitetsersättning eller utvecklingsersättning

I beredningsgruppen för Finsam Lekeberg Örebro fördes dialog utifrån helårsekvivalenter, av de som uppbär de olika ersättningsformerna, vilka är potentiellt en målgrupp för finsam?

Det gruppen kom fram till var att alla är potentiella målgrupper för finsam. Den gruppen som det var flest tveksamheter kring var den som uppbär a-kassa, det skulle teoretiskt kunna finnas personer med behov av samordnad rehabilitering som uppbär a-kassa, men gruppen bedömdes vara liten. Övriga ersättningstyper bedöms tillhöra finsams målgrupp. När det gäller helårsekvivalenter finns en undre åldersgräns på 20 år, med tanke på att finsams insatser kan vara förebyggande, så tillkommer gruppen unga under 20 år.

Hur många får vi ihop då för respektive kommun? Vilken storleksordning handlar det om? Stämmer antagandet om 5 procent av arbetsför befolkning?

	<i>Lekeberg</i>	<i>Örebro</i>	<i>Riket</i>
<i>Total befolkning</i>	8 235	155 356	
<i>Arbetsför befolkning 20-64 år</i>	4 298	90 190	
<i>5 % av arbetsför befolkning</i>	214	4509	
<i>Antal helårsekvivalenter</i>	424	11 374	
<i>CT/IRMA antal deltagare år</i>	42	112	
<i>Mottagningsteam/SVT per år</i>	37	107	
<i>Andel av arbetsför befolkning i finsam insats</i>	1,8 %	0,2 %	
<i>Andel av finsams målgrupp</i>	37 %	5 %	

Källa: SCB och Sus, avser 2019

Ser man till det totala antalet helårsekvivalenter per kommun så ligger det på en nivå som är dubbelt så stor som antagandet om fem procent för Lekeberg kommun och för Örebro lite mer än det dubbla. Så det finns långt fler som är bidragsförsörjda än som tillhör finsams målgrupp enligt dessa siffror.

Tar man bort de som är försörjda genom a-kassa landar vi på runt 10 000 helårsekvivalenter för Örebro och runt 400 för Lekeberg. Utöver dessa tillkommer unga, i Lekeberg rör det sig om en handfull unga under 20 år. I Örebro rör det sig om betydligt fler, uppskattningsvis 1000-1500 individer. Där merparterna befinner sig helt utanför systemet men också omfattar kommunala aktivitetsansvaret och unga på försörjningsstöd.

Sammanfattningsvis kan man säga att antalet individer som ingår i finsams målgrupp enligt den breda definition som lagen anger och beredningsgruppen resonerat sig fram till omfattar runt 5000 – 11 000 invånare i Örebro och mellan 200-400 i Lekeberg.

I tabellen redogörs för hur många deltagare som samordningsförbundet haft i respektive insats under 2019. I Lekeberg når finsams insatser mellan 20-40 procent av den potentiella målgruppen. Örebros verksamheter når ca 2-5 procent av finsams potentiella målgrupp. Genom att enbart se till siffrorna så tycks Örebros verksamheter vara underdimensionerande.

## MÅLGRUPPENS FÖRDELNING I HELÅRSEKVALENTER

Om man ser till utvecklingen i hela riket så har antalet personer som försörjs genom bidrag och ersättningar minskat de senaste decennierna. Antalet helårsekvivalenter som försörjdes med sociala ersättningar och bidrag

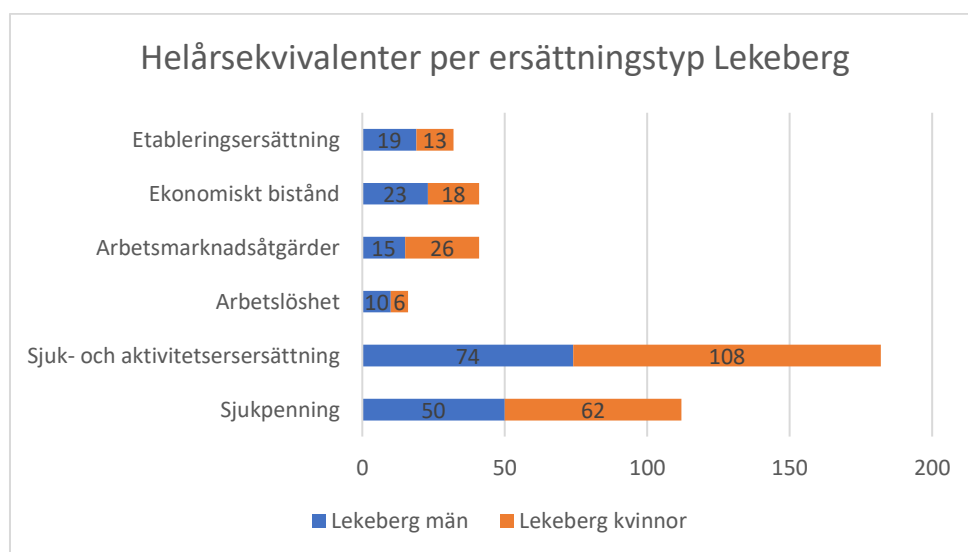


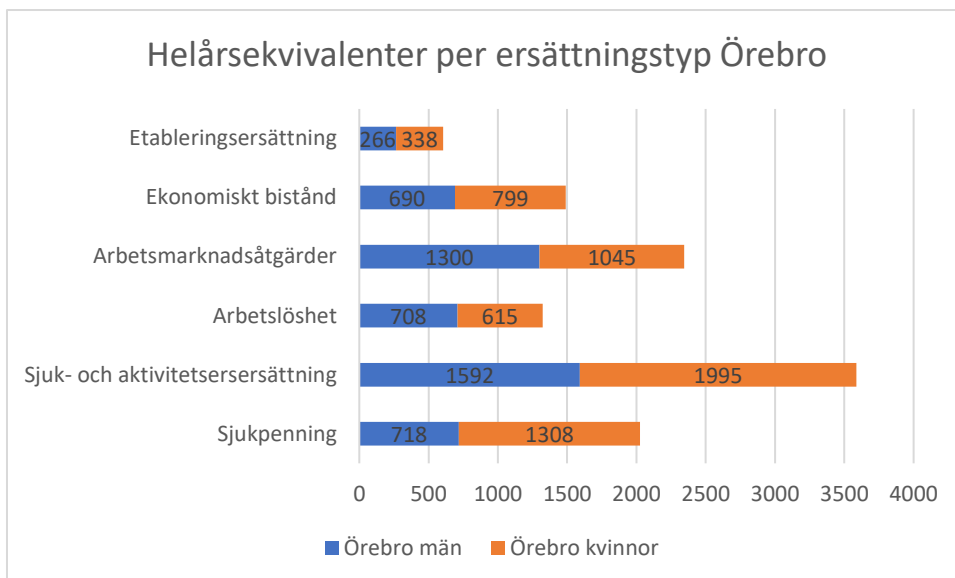
steg kraftigt under början av 1990-talet. Antalet steg med nästan 60 procent mellan åren 1990 och 1994. Sedan dess har antalet stadigt minskat och var 2018 nere på nästan samma nivå som 1990. Mellan 2017 och 2018 minskade antalet för alla ersättningsformerna förutom arbetslöshet som ökade med 4,1 procent.

Andelen personer som försörjs genom sociala ersättningar varierar mellan kommuner. Högst andel är det i landsbygdskommuner, som högst 17 procent och som lägst i pendlingskommuner nära storstad, 9,8 procent. Lekeberg kommun är en pendlingskommun nära storstad och andelen personer som försörjs med sociala bidrag ligger på 9,9 procent. I Örebro kommun ligger siffran på 12,6 procent och kan jämföras med 12,2 procent för storstadskommuner (siffrorna avser juni månad 2019). Slutsatsen vi kan dra av det är att kommunerna ligger på en genomsnittsnivå för jämförbara kommuner i riket. Varken Örebro eller Lekeberg utmärker sig åt något håll. Siffran för hela riket ligger på 13,3 procent och det går att konstatera att vi därmed har en genomsnittlig utmaning vad det gäller andelen personer försörjda med bidrag och ersättningar. I jämförelse mellan varandra har Örebro en större utmaning än Lekeberg vad avser andel i bidragsberoende.

Att titta på helårsekvivalenter ger oss också möjligheten att jämföra grupperna mellan varandra. Så här såg det ut i juni 2019 i Lekeberg och Örebro kommuner.

Tabellen visar antal helårsekvivalenter per ersättningstyp. Den största gruppen är personer med sjuk- och aktivitetsersättning, följt av sjukpenning. Observera att det inte är antalet unika individer, utan antalet personer som kan försörja sig på ett år med ersättningstypen. Med arbetslöshet avses a-kassa och Alfa-kassa och med arbetsmarknadsåtgärder avses aktivitetsersättning/utvecklingsersättning.





I Örebro kommun ser fördelningen lite annorlunda ut i jämförelse med Lekeberg kommun. Den största gruppen är också sjuk- och aktivitetsersättning, precis som i Lekeberg. Det är lite olyckligt att den här gruppen är sammanslagen i redovisningen, för tittar man på antalet individer, så är det betydligt färre inom aktivitetsersättningen jämfört med sjukersättningen. Vilket tabellen i bilaga 4 visar. Inom aktivitetsersättningen är det en jämn könsfördelning medan det i sjukersättningen fördelar sig ungefär 60/40 med en högre andel kvinnor.

Den näst största gruppen i Örebro är personer i arbetsmarknadsåtgärder, sen kommer sjukpenning. I Lekeberg är etableringsersättning, ekonomiskt bistånd och arbetsmarknadsåtgärder ungefär lika stora grupper. I Örebro kommun är gruppen med ekonomiskt bistånd dubbelt så stor som den med etableringsersättning. Så fördelningen mellan ersättningstyp skiljer sig åt mellan kommunerna.

De grupper som i dagsläget nås av finsamfinansierade insatser i störst utsträckning ser också något olika ut mellan kommunerna. I Lekeberg kommer den största gruppen från försörjningsstöd till Coachingteamet, medan de på sjukpenning inte utgör någon stor grupp. Till Coachingteamet IRMA i Örebro kommer de största grupperna från Försäkringskassan, de **som uppstår** sjukpenning och aktivitetsersättning utgör ca 75 procent av deltagarna.

## MÅLGRUPPER UTIFRÅN SAMTAL OM BEHOV OCH GLAPP

Flera andra samordningsförbund har gjort liknande kartläggningar som denna för att förstå vilka målgrupper som finns och vilka behov de har. En av dessa är gjorda av Centrala Östergötland i samarbete med Linköpings universitet.<sup>5</sup> I undersökningen framkommer det som många andra också beskrivit, att gruppen spretar. Det de har gemensamt är att de alla står långt ifrån arbetsmarknaden och alla har ett behov av stöd för att klara av att få och behålla ett arbete.

Exempel på målgrupper som nämns stämmer väl överens med den bild som samordningsförbundet Sydnärkes rapport visar över målgrupper med samordnat rehabiliteringsbehov. De grupper som framkommer i samtal med professionella inom vård, kommuner och finsams verksamheter stämmer bra överens med varandra.

Det som går som en röd tråd genom alla dessa grupper är den psykiska ohälsan. Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp som omfattar både mindre allvarliga psykiska problem som oro nedstämdhet, sömnsvårigheter

<sup>5</sup> Försteg: efterfrågan, erfarenheter och utvecklingsbehov, Linköpings universitet, 2017, Christian Ståhl mfl

och mer allvarigare symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos, såsom depression, psykos och utmattningssyndrom.

## UNGA

När man talar om unga i behov av stöd och hjälp nämner man följande:

- unga hemmasittande personer utan fullgjord utbildning och utan arbetslivserfarenhet
- unga vuxna med psykisk ohälsa som står långt ifrån arbetsmarknaden
- unga med aktivitetsersättning
- unga som fått avslag på aktivitetsersättning
- ungdomar inom kommunala aktivitetsansvaret 16-20 år
- unga som avbrutit sin skolgång på gymnasiet
- unga inom funktionsstöd/socialpsykiatri
- unga med npf försörjda av förälder
- unga som söker aktivitetsersättning väldigt sent
- unga med outhärliga diagnoser
- mammor med ung son med NPF problematik är en vanlig deltagare på samverkansteamet
- personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar<sup>6</sup>
- föräldrar/anhöriga till barn som har behov av habilitering och/eller är aktuella hos psykiatrin
- många unga lider av psykisk ohälsa, som ångestproblematik, depressioner och social fobi

Runt gruppen unga som har behov av stöd och som lyfts fram från olika håll verkar det vara så att en stor andel har ett neuropsykiatriskt funktionshinder och/eller psykisk ohälsa.

Förlängd skolgång är en vanlig ingång till aktivitetsersättning, vilket är kan vara aktuellt för en grupp av unga som blir hemmasittande delar av sin skolgång. Inom aktivitetsersättningen har ca 70 av mottagarna en psykiatrisk diagnos, där de dominerande är inom autismspektrat samt adhd/ add. På samverkansteamet beskriver man att det vanligaste ärendet, eller typfallet, är en mamma som kommer med en ung son med problematik inom NPF.

Detta sammantaget tyder på att en stor del av guppen unga i behov av stöd har en utredd eller outhärlig diagnos inom NPF. På IRMA ser man att personer med dessa funktionsvariationer blir kvar onödigt länge för att man inte riktigt vet hur man ska bemöta dem och hjälpa dem på bästa sätt. Kunskap och kompetens efterfrågas av personalen.

När man misstänker att det finns en outhärlig diagnos i botten och hänvisar till psykiatrin är väntetiderna långa. Väntetiderna uppgår till 1-1,5 år. Efter utredningen upplever många att adekvat stöd saknas. Här efterfrågas mer kompetens till den som fått en diagnos om strategier för livet.

Runt den här gruppen barn och unga finns föräldrar som är överrepresenterade i sjukskrivningsstatistiken. Hemsituationen med barn som är väldigt krävande, får utbrott, inte är självgående och där föräldrarna kämpar med att motivera dem till skolgång utarmar möjligheter för återhämtning. Vilket i sin tur bidrar till att utmattning är vanligt förekommande i den här gruppen av föräldrar. Föräldrar till barn som har svårt att motiveras till att gå i skolan eller sitter hemma, är en grupp som lyfts fram från flera håll, då den behöver mer stöd för att klara sin vardag och situationen bättre.

De behov som lyfts fram är:

---

<sup>6</sup> Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar omfattar ADHD, ADD, Autism, autismsliknande tillstånd

- Mer anpassad information till gruppen NPF/personer med funktionsnedsättning – då de inte vet vad de har rätt till för stöd
- Bättre kunskap och kompetens kring NPF – hur gruppen/individerna bör mötas, vad de behöver för stöd för att komma vidare
- Stöd till föräldrar
- Stöd efter utredning – hur lever man med sin funktionsvariation? Vems ansvar?
- Behov av tidigare insatser

## UNGA MED AKTIVITETSERSÄTTNING

Efter att aktivitetsersättningen infördes 2003 ökade antalet personer med nästan 40 procent på tio år i Sverige. De allra flesta med aktivitetsersättning, cirka 70 procent, har en psykiatrisk diagnos. De vanligaste psykiatriska diagnoserna är Genomgripande utvecklingsstörningar, såsom autism, lindrig psykisk utvecklingsstörning och hyperaktivitetsstörningar, till exempel ADHD.

Av de som får aktivitetsersättning stannar många kvar inom ersättningen tills de fyller 30 år. Men det är bara knappt hälften som sedan beviljas sjukersättning.<sup>7</sup> Här riskerar de att utförsäkras utan att ha hunnit etablera sig eller skaffat annan försörjning.

Dessa unga behöver en tidigare samordnad rehabilitering mot arbete än vad de får idag. I Örebro kommun finns knappt 500 unga som uppbär aktivitetsersättning, varav uppskattningsvis 250 behöver samordnad rehabilitering mot arbete. I Lekeberg handlar det om ett tjugotal personer. Enligt uppskattningen om att hälften inte beviljas sjukersättning skulle det innebära ca 10 personer som behöver stöd mot arbete och annan försörjning.

För den här gruppen behöver parternas stöd samordnas och utvecklas så att de får stöd och hjälp i god tid för att etablera sig på arbetsmarknaden eller fullfölja sina studier innan ersättningen upphör. En sådan övergång där de riskerar att hamna utanför är när de går från aktivitetsersättning för anpassad studiegång och sedan får avslag på aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga.

Det finns även ett behov av förtydligande kring vem som äger frågan om arbetsförmågabedömning för unga med aktivitetsersättning.

## UNGA FÖRSÖRJNINGSTÖD

Inom gruppen unga som uppbär försörjningsstöd är flertalet en del av en familj som uppbär försörjningsstöd. En stor del av gruppen unga inom försörjningsstöd har en psykisk ohälsa som hindrar dem att delta i befintliga insatser. Den här gruppen behöver grundläggande stöd och hjälp för att klara av att lämna hemmet och ta sig vidare till befintliga insatser inom Unga arena. Den här gruppen omfattar uppskattningsvis ca 100 personer i Örebro kommun. Det behovet man lyfter fram är ett försteg och en trygg miljö att vistas i som ett första steg.

## UNGA HELT UTANFÖR

Den tydligaste vattendelaren på svensk arbetsmarknad går mellan de som har en fullgjord gymnasieutbildning och de som saknar en sådan. Sambandet mellan arbetslöshetsnivå och utbildningsnivå är mycket tydligt – ju

<sup>7</sup> <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/cac49023-20ff-4bba-8189-9562cb52c1ad/korta-analyser-2017-3.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

högre utbildning desto lägre arbetslöshetsnivå. Ett studieavbrott och en ej fullföljd gymnasieutbildning är därför en avgörande riskfaktor för långvarigt utanförskap. Unga som avbryter sina gymnasiestudier och inte arbetar omfattas av kommunernas aktivitetsansvar tills de fyller 20 år.

Det finns grupper av unga människor som förblir ”hemma”. Som varken studerar eller arbetar även efter att de fyllt 20 år och kommunens aktivitetsansvar upphör. Eftersom de inte finns i någons system är det svårt att veta vilka de är och hur många de är.

Arbetsförmedlingen genomförde en statistisk analys kring storleken på den gruppen unga och det visade sig att ett stort antal unga har varit utanför arbete och studier flera år i följd. Arbetsförmedlingens undersökning visar att ca 10 % av de unga står utan arbete eller studier. Var tredje ung som varken arbetar eller studerar saknar känd aktivitet och finns således inte hos någon myndighet. I Örebro kommun skulle det motsvara runt 800 personer. Det vill säga utöver de som är föremål för kommunens aktivitetsansvar. För Lekebergs del skulle det omfatta ca 10 personer.

Det innebär att det finns ett stort antal unga som tidigt i livet befunnit sig mycket långa perioder utanför arbete och studier. Frånvaron från arbete och studier under så lång tid tyder på att här finns många unga med etableringsproblem<sup>8</sup>.

I denna grupp är unga med högst förgymnasial utbildning flest, både i antal och som andel av befolkningen. Var tredje är född i ett annat land än Sverige och av dessa är det 40 procent som vistats i Sverige kortare tid än fem år. Vidare är det ungefär lika många män och kvinnor som varken arbetat eller studerat under en treårsperiod.<sup>9</sup>

Det är intressant att notera att statistiken inte uppvisar några könsskillnader, det är alltså lika många kvinnor som män som står utanför samhället på det här viset. I de beskrivningar av gruppen som framkommit, som kommer framförallt från rehabkoordinatorer på vårdcentraler, så möter de enbart män. Vart finns alla unga kvinnor? Varför syns inte dem? Varför uppmärksammas inte de? Vem möter dem? Vad gör de?

Från flera håll lyfts den grupp unga män födda på 90-talet som sitter hemma. Bilden av gruppen spretar lite, både till omfång och problembild. Omfånget uppskattas från två till flera hundra personer i kommunen. Några beskriver dem som hemmaboende och försörjda av föräldrar. En annan bild är att många bor själva, men inte klarar av sitt boende och blir vräkta till slut. De kan ha inkomster som är kopplade till spel och/eller kriminalitet.

Gruppen beskrivs med en outhärdad grunddiagnos, ofta med en misslyckad skolgång i bagaget. De diagnoser som nämns är ADHD, ADD, bipolär, tvång och psykos. Man beskriver det som att de platsar varken på psykiatri eller socialpsykiatri och har aldrig kommit in i systemet. Problembilden handlar om spelberoende, datamissbruk, substansmissbruk, sexmissbruk, social isolering och psykisk ohälsa. En ”oklar, diffus problematik”.

När den unge fyller 20 år blir det en övergång i flera system, när den enskilde fyller 20 år är denne inte längre BUPs ansvar och inte heller kommunala aktivitetsansvaret eller skolan. Här uppstår en riskzon, är

---

<sup>8</sup> <https://arbetsformedlingen.se/om-oss/statistik-och-analyser/analyser-och-prognoser/analys-och-utvardering/ungdomar-pa-och-utanfor-arbetsmarknaden>

<sup>9</sup> <https://arbetsformedlingen.se/om-oss/statistik-och-analyser/analyser-och-prognoser/analys-och-utvardering/ungdomar-pa-och-utanfor-arbetsmarknaden>

man då inte aktuell i något ersättningssystem så riskerar man att falla ur här. Som det ser ut idag är det främst vården som beskriver den här gruppen.

#### PSYKISK OHÄLSA OCH ETT ÖKAT VÅRDBEHOV HOS UNGA

Den psykiska ohälsan fortsätter att öka i landet, framför allt för barn och unga, och ohälsan är ofta långvarig.<sup>10</sup> Det är inte kartlagt vad som ligger bakom den kraftiga ökningen. Att det är ungdomar i alla grupper som omfattas av ökningen, oavsett psykosocial situation, kan tala för att orsakerna kan finnas i miljöer som är gemensamma för de flesta unga.

Socialstyrelsen konstaterar även att den psykiska ohälsan tenderar att bli långvarig. 30 procent av de unga som nydiagnosticerades för depression och ångestsyndrom inom barn- och ungdomspsykiatri 2008 var fortfarande i behov av psykiatrisk vård tio år senare, drygt hälften behandlades med läkemedel. Utvärderingen visar också att unga som tidigt diagnosticeras med depression eller ångestsyndrom får svårare att etablera sig i arbets- och vuxenlivet. Tio år efter diagnos stod nästan var fjärde av dessa personer utanför arbetsmarknaden eller var beroende av ekonomiskt bistånd.

Psykisk ohälsa ökar bland unga i alla grupper oavsett socio-ekonomisk status, i gruppen unga vuxna är ökningen störst för kvinnor. Antalet flickor i åldern 15 till 17 år som behandlats för depression och ångestsyndrom inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri har tredubblats sedan 2006.<sup>11</sup> Det mer än dubbelt så vanligt att flickor behandlas för depression och ångest i jämförelse med pojkar.

Tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri, BUP, har försämrats och allt färre patienter kan erbjudas utredning och behandling inom rimlig tid visar den undersökning som Socialstyrelsen genomfört.<sup>12</sup>

Vad det gäller behandling inom psykiatri går det att se mycket tydliga könsskillnader. Flickor behandlas i dubbel så stor grad än pojkar för depression och ångest, medan pojkar i dubbel så stor utsträckning behandlas med mediciner för ADHD jämfört med flickor. Eftersom ohälsan visar väldigt tydliga könsskillnader, är det viktigt att både lära mer om både orsaker och möjligheter att kunna förebygga och behandla.

Det finns inte tydliga svar på vad det är som orsakar ökningen. Folkhälsomyndigheten har bland annat undersökt skolans, familjen, ekonomin, internet/skärmar och arbetsmarknadens betydelse. Det man framförallt pekar på är skolans betydelse och vikten av att stärka skolan samt förändringen mot ökade krav på arbetsmarknaden som de viktigaste förklaringarna.<sup>13</sup>

## OFÖRMÅGA

---

<sup>10</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/debattartiklar/angest-och-depression-okar-bland-vara-unga/>

<sup>11</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/debattartiklar/angest-och-depression-okar-bland-vara-unga/>

<sup>12</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/fler-barn-och-unga-far-var-d-och-behandling-for-psykisk-ohalsa/>

<sup>13</sup> <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/barn-och-unga--psykisk-halsa/darfor-okar-psykisk-ohalsa-bland-unga/>

Personer som inte har förmågan att driva sitt eget ärende – tillfälligt eller permanent. Det kan handla om autister som saknar egen drivkraft, det kan vara en tillfällig oförmåga som hos till exempel utmattade eller vid förvärvat hjärnskada. Dessa personer riskerar att ställas utanför systemet på grund av att de inte skickar in handlingar i tid och inte kan tillgodogöra sig informationen i ett myndighetsbeslut. Det kan handla om personer med psykisk ohälsa och ångestproblematik som väljer att inte söka för att det genererar så mycket ångest att tänka på ett eventuellt avslag. Det handlar om personer som inte förmår söka personligt ombud själv. Det kan vara en döv person som inte klarar av att fylla i en blankett, eftersom svenska inte är hans modersmål. Personer som inte har förmågan att göra en ansökan till försörjningsstöd, trots att den kan ha rätt till det.

Den här faktorn återkommer inom flera olika grupper och där behovet av ett handfast nära stöd behövs.

## LÅNGTIDSARBETSLÖSA

Bristen på insatser och stöd för arbetslösa lyfts fram som mycket bekymmersamt från flera håll. Ett tidigare välfungerande arbete med Arbetsförmedlingen har blivit ett stort hålrum. Detta hålrum innebär i praktiken att stora grupper människor med behov av stöd blir utan. Möjligheter till anställningar med lönebidrag har helt begränsats under en period, vilket slår hårt mot de som står en bit ifrån arbetsmarknaden.

## SPRÅKHINDER

En annan grupp som lyfts fram på olika sätt är utlandsfödda med språkhinder. Alltifrån nyanlända med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) till de som levt i Sverige under en lång tid. Även här finns det olika undergrupper. Vi har dels de som benämns språksvaga och som inte klarar SFI, här finns flera funderingar på vad som egentligen är problemet – det kan vara en fråga om begåvning, hörselnedsättning och motivation hos den enskilde. Men det kan också handla om att kraven helt enkelt är för höga för stora grupper, att undervisningen bedrivs i en form som inte passar alla.

Man lyfter även fram olika kombinationer av hinder som tillsammans skapar höga trösklar till arbetsmarknaden. Som tex om man inte klarar av SFI och har svårigheter med språket och samtidigt har fysiska besvär, vilket hindrar en från att ta lågtröskelarbeten.

I den här gruppen med språkhinder är det framförallt kvinnor som lyfts fram som är i behov av stöd, vårdkoordinering och ett eget sammanhang. Det är kvinnor som levt länge i Sverige, är försörjda av sin man och som aldrig själva kommit in i samhället eller lärt sig språket. Dessa kvinnor beskrivs vara lågutbildade, utan arbetslivserfarenhet, de kan ha en diffus smärtproblematik och ha en stor vårdkonsumtion. Här har vården uttömt sina möjligheter av utredning och behandling och ändå inte hittat någon förklaring eller lösning till smärtproblematiken. Det är kvinnor som återfinns både helt utanför och försörjda av sin man men även på försörjningsstöd, där de tidigare varit sjukskrivna för diffusa smärtproblem eller kulturella svårigheter. När möjligheten till fortsatt sjukskrivning nyligen upphört enligt nya rutiner i Örebro län, så kommer den här gruppen fram. Behoven beskrivs som kunskap om friskvård, egenvård och kopplingen mellan psyke och kropp samt ett eget meningsfullt sammanhang. En vårdkoordinator lyfter fram möjligheten att samarbeta med kommunens försörjningsstöd runt den här gruppen för att ge dem språkstöd och samhällsorientering.

## SAMMANSATT PROBLEMATIK

De grupper som har en sammansatt problematik, alltså fler än en diagnos eller hinder, beskrivs få stora problem med koordineringen av vård och stödinsatser.

Psykisk ohälsa kombinerat med missbruk beskrivs som en grupp som trillar mellan stolarna. Här finns ofta kravet att missbruket ska avhjälpas först innan andra insatser kan bli aktuella. De personer som har missbruk och psykisk ohälsa beskrivs som en grupp där ett helhetsgrepp saknas och risken att bollas mellan runt är överhängande.

Överlag framkommer det beskrivningar där samhället har svårt att möta en person med mer än ett problem eller diagnos. Det man upplever saknas är samordning från samhällets sida. Att vi är så specialiserade att vi möter ett problem inom en enhet innebär att koordineringen för den enskilde blir problematisk. Många av de grupper som beskrivs i den här rapporten har just sammansatt problematik.

## DÖVA

En grupp som inte framkommit i andra förbund eller rapporter, men som står ut när det gäller Örebro, är gruppen döva. Gruppen beskrivs som åsidosatt eller bortglömd. En grupp som beskrivs trilla mellan stolarna och har väldigt svårt att göra sin röst hörd. Även inom den här gruppen är psykisk ohälsa vanligt förekommande och arbetslösheten är hög.

De behov som lyfts fram är bättre tillgång till tolk, teckenspråkig lots för myndighetskontakter och vårdbesök samt tillgång till teckenspråkig miljö.

Ett förslag på en teckenspråkig miljö är ett teckenspråkigt miljövårdscentrum, med möjligheter till arbetstillfällen, arbetsträning och social samvaro för besökare. Det behov som lyfts är inte att "integreras" ytterligare i det hörande samhället, det gör man varje dag ändå, utan det som behövs är att få vistas i en teckenspråkig miljö. Teckenspråkiga lotsar skulle möta behovet av hjälp med att navigera i samhället. Lotsarna behöver ha dövkompetens och kunskap om samhället. Kombinerad kompetens för att kunna förklara sammanhanget samt översätta det som faller bort i kommunikationen när det tolkas. Någon som fångar det som försvårar och förmedlar det. Alla myndigheter behöver kunna teckenspråk.

## SJUKSKRIVNA

Den allra största gruppen sjukskrivna idag är sjukskrivna för psykisk ohälsa, de största diagnosgrupperna är utmattning och stressrelaterade besvär. Beroende på vilken vårdcentral man tittar på så varierar det, men mellan 50-70 % utgörs av dessa diagnoser. Av dessa är merparten kvinnor.

Som det ser ut idag är det väldigt få som får sjukpenning beviljad efter dag 180. De allra flesta försöker att gå tillbaka till sitt arbete då sjukpenningen dras in. All energi går då till att klara av sitt arbete och personerna orkar inte ha ett privatliv.

Många sjukskrivs igen efter 3-4 månader. Kvinnor som arbetar inom vård och omsorg med både utmattning och förslitningsskador lyfts fram som en grupp som har svårt att ta sig vidare till nytt arbete och som har flera perioder av sjukskrivningar. Till slut får man avslag på sjukpenning med rekommendationen att byta arbete.

Andra lyckas med att byta arbete innan de kraschar, men blir då uppmanade att söka nytt jobb efter dag 180 då man matchas mot hela arbetsmarknaden, trots att de redan har förändrat sin situation.

Andra väljer att säga upp sig och anmäla sig som arbetssökande på arbetsförmedlingen för att skydda sitt SGI. Det här lyckas man enbart med om man tänjer på sanningen och anger att man har en arbetsförmåga eller kan ta ett arbete på 100 procent. Är man däremot ärlig och meddelar att man inte har en arbetsförmåga just nu som klarar av 25 % eller 10 timmar per vecka. Då bedöms man inte stå till arbetsmarknadens förfogande och skrivs ut från arbetsförmedlingen med kod 14, arbetssökande med hinder. Det är här man hamnar utanför systemet.

De som inte klarar av att göra något åt sin situation, inte vill göra något eller som hamnar i limbot "för frisk för sjukpenning och för sjuk för arbete" blir ofta försörjd av sin partner eller lever på sparpengar.



För att beviljas försörjningsstöd måste alla tillgångar som bil, boende, sparpengar etc avyttras innan det kan bli aktuellt. Därför dröjer det ett tag innan den här gruppen når försörjningsstöd. Sen är det självklart så att alla inte kommer ansöka om försörjningsstöd. För alla dem som kan klarar sig på en inkomst, sin partners inkomst, kommer aldrig dit. Dessa personer är istället hemma, utan ersättning och oftast utan insats. Några i den här kategorin kommer via samverkansteam/mottagningsteam till IRMA/coachingteamet.

Det är svårt att sätta siffror på den här gruppen eftersom de inte finns i systemet. Försäkringskassans kartläggning från 2018<sup>14</sup> omfattar siffror fram till 2015. Så någon senare uppföljning av den här gruppen är inte genomförd och då kommer den stora minskningen av sjukpenning från ca 2016. En av rehabkoordinatorerna gjorde en grov uppskattning, hon tror att det är ca 50 % av de som är sjukskrivna för utmattning som efter dag 180 blir försörjd av partner. Det innebar på hennes vårdcentral ca 20- 25 personer. Örebro och Lekeberg kommuner har 14 vårdcentraler totalt.

De som har en anställning, där de blir sjuka och inte vågar säga upp sig hamnar i kläm. Man vill inte tillbaka och arbetsträna på sin arbetsplats eller så tycker arbetsgivaren inte att det är lämpligt. Då kan det bli bekymmer med arbetsträning på ett annat ställe. Här skulle personen behöva aktualiseras på exempelvis IRMA, trots att man har en anställning. Det är inte möjligt som det ser ut idag.

En möjlighet att arbetsträna hos en annan arbetsgivare kan finnas via det förstärkta samarbetet mellan arbetsförmedling och Försäkringskassan. Då kan personen kan få rehabersättning vid arbetsträning hos en annan arbetsgivare. Denna möjlighet behöver fler ha kännedom om.

---

<sup>14</sup> Vad händer efter avslutad sjukpenning? Sysselsättning och försörjning för de som får avslag eller avslutar sjukpenning dag 180–365 . Socialförsäkringsrapport 2018:8. Försäkringskassan.

## BEHOV OCH UTVECKLINGSOMRÅDEN

### DE ALLMÄNMÄNSKLIGA BEHOVEN

I Värmlands samordningsförbund har man drivit ett projekt med tjänstedesign som utforskande metod för att undersöka och förstå behoven i sjukskrivningsprocessen. Det som framkommer där är väldigt samstämmigt med alla annan forskning som berör människor. Det vi vill ha och behöver är en god relation med dem vi möter. Vi behöver tid för att skapa en god relation som präglas av tillit och förtroende. Följande stycke är en sammanfattning av deras projekt.

”Det handlar om mig, jag vill bli en värdig människa, jag vill ha ett jobb. För att jag ska komma vidare och tillbaka till arbete, är relationen till de som vill och kan hjälpa mig det viktigaste. Att ha en relation som bygger på förtroende så att vi kan prata om rätt saker och för att verkligen förstå varandra. En relation som får mig att känna mig sedd och lyssnad på och en relation som får mig att känna att jag är med och påverkar min egen väg framåt.

Det handlar om relationen till dig som är min chef, eller till dig som handlägger mitt ärende hos Försäkringskassan eller till dig som är min läkare. Att vi alla känner tillit för varandra i det system som är tänkt att stödja mig. Du utgår från de behov jag har, du vet hur du skapar en relation till mig och du förstår hur ditt agerande påverkar mig. Att få vara en del av den information och kunskap som delas med mig och mellan oss. Det är även viktigt att vi alla har en samsyn om det som är mitt mål. Dessutom så behöver alla göra det som vi har sagt att vi ska göra.

Om jag upplever mig som en del i detta när jag är sjukskriven kommer jag och fler värmlänningar att kunna återgå till arbete och arbetsgivare kan behålla medarbetare med rätt kompetens.”<sup>15</sup>

Det framkom också att den ekonomiska biten är viktig, men den är inte i fokus eller avgörande. Det är relationen som är avgörande. Den bilden stämmer också väl överens med vad som framkommit i den genomlysningen av unga med aktivitetsersättning som genomförts med finansiering från Finsam Lekeberg Örebro.<sup>16</sup> De behov som framkom handlar också mycket om de mjuka värden.

- Tid – en helt samstämmig bild ges av tid. Tid att lyssna, tid att bygga förtroende, att få ta det i sin egen takt
- Bemötande
- Fokus på det sjuka – behöver bli fokus på det friska
- Personligt kontinuerligt stöd
- Information – att hitta stöd själv är utmanande och svårt. Information mellan systemen och aktörerna bristfällig. Ingen har hela bilden.
- Aktiviteter – viktigt med fritidsaktiviteter som ett första steg ut, sociala aktiviteter, röra sig bland folk etc.
- Geografi – ojämlikhet i vård/förutsättningar till vård – kan digitalisering ge andra möjligheter?

Tid, bemötande, personligt stöd och tankar om sig själv får stor inverkan på hur man förmår att göra stegförflyttningar och närma sig arbete.

<sup>15</sup> [www.finsamvarmland.com/category/omstallning/](http://www.finsamvarmland.com/category/omstallning/) 191212

<sup>16</sup> ”Viktigt med förståelse att det behöver ta tid.” Unga vuxna med aktivitetsersättning - en behovsinventering. Blåder, Stina & Ekmark, Sofie, Försäkringskassan Örebro 2019

## FÖR SJUKA FÖR ATT JOBBA OCH FÖR FRISKA FÖR SJUKERSÄTTNING/SJUKPENNING

Det finns flera grupper som hamnar i ett glapp där de bedöms vara för friska för sjukersättning eller sjukpenning men samtidigt för sjuka för att arbeta eller delta i aktiviteter. Det vill säga de når inte upp till kravet om att kunna delta i insatser, arbeta eller praktisera 10 timmar i veckan. Tidigare nämndes de som blir utförsäkrade från sjukpenning efter dag 180, men inte kan skriva in sig som arbetssökande hos arbetsförmedlingen. Det finns fler likadana grupper som identifierats:

- Unga försörjningsstödstagare med psykisk ohälsa som förmår delta i aktiviteter på Ung arena
- Tidigare sjukskrivna försörjningsstödstagare
- Utlandsfödda kvinnor som varit länge i landet med språkförbristningar och smärtproblematik
- Ej arbetsföra med behov av sysselsättning/förberedande insatser/vård

De personer vars arbetsförmåga utreds av kommunen (de flesta från försörjningsstöd) uppvisar liten eller ingen arbetsförmåga. Från kommunen gör man bedömningen att det är en uppenbar sjukersättning men menar att kraven för sjukersättning är för höga. Återigen är det en grupp som är för friska för sjukersättning men för sjuka för att arbeta. Här finns det grundläggande hinder för att klara av ett arbete, som att man inte klarar sin egen hygien. Det kan dock finnas en aktivitetsförmåga och personerna skulle må bra av att aktiveras varje dag.

De behov som lyfts fram för de här grupperna är förstegsverksamhet och meningsfull sysselsättning. Man lyfter även fram behovet av ett steg till innan förstegsverksamhet, som att till exempel bussträna, ta sig utanför sin egen dörr etc.

## OHÄLSA, FÖRSÖRJNINGSTÖD OCH NOLLKLASSADE

Utmaning: personer på försörjningsstöd beskriver att de mår dåligt och kan inte delta i aktiviteter. Försörjningsstöd får då svårt att bedöma riktigheten i det påståendet och vilka krav de kan ställa på personen i fråga. Tidigare har då försörjningsstödstagaren vänt sig till sjukvården som i all välmening skrivit sjukintyg. Nu är den rutinen förändrad för hela Örebro län. Sjukvården sjukskriver inte försörjningsstödstagare. I den situationen måste man hitta nya lösningar för att kunna bedöma medicinska hinder. Handläggare på försörjningsstöd har känt sig lite rådvilla och lämnade i den nya. Den nya möjligheten med att samarbeta med rehabkoordinatorer upplevs som en mycket bra väg in i vården. Rehabkoordinatorernas möjligheter att arbeta med gruppen är dock begränsade eftersom deras uppdrag är att arbeta med de som nyligen blivit sjukskrivna, eftersom där har man störst chans att nå resultat.

Från flera håll lyfts att nollklassade behöver få mer stöd och att vi behöver säkerställa en rehabilitering för personer som saknar SGI och har en nedsatt arbetsförmåga pga sjukdom. Man lyfter fram att goda exempel finns i Halmstad och Laholm.

En följd av att personer på försörjningsstöd inte sjukskrivs längre, innebär att människor som varit hemma under långa perioder nu börjar få krav på sig och man ser över möjligheter för rehabiliterande insatser. Försörjningsstöd efterfrågar hjälp med vårdkoordinering för dessa personer. I gruppen finns många kvinnor med smärtproblematik, som nämnts tidigare, men även män med fysiska skador, trauman, missbruk och psykoser.

Från en vårdcentral där man möter många försörjningsstödstagare som upplever värk och hinder för deltagande i aktivitet uppskattar man att 80 % av besvären inte är medicinska.

För denna grupp efterfrågas vårdkoordinering, förstegsverksamhet och meningsfull sysselsättning. Man efterfrågar också mer kunskap om kropp, rörelse och hälsa samt kurator på andra språk än svenska.

## LÄKARINTYGENS CENTRALA ROLL

Kommunen kan göra en gedigen arbetsförmågebedömning på tolv veckor och skriva ett utförligt underlag. Men rätten till sjukersättning från Försäkringskassan går via läkarintyget, vilket kan vara helt undermåligt, trots underlaget. Vården beskrivs också ha problem med att beskriva samsjuklighet till Försäkringskassan, eftersom det ofta är fler läkare och enheter involverade, vilket kan resultera i indragen sjukpenning.

Vilken kvalitet du får på ditt läkarintyg kan bero på vilken vårdcentral du besöker. På grund av läkarbrist och stafettläkaren varierar kvalitén på läkarintyget mycket mellan vårdcentralerna, vilket framkommer i samtal med rehabkoordinatorer. Läkare saknar kunskap om försäkringsmedicin, vilket gör att de inte alltid förstår vikten av hur de formulerar sig. Detta kan i sin tur få ödesdigra konsekvenser för den enskilde.

På grund av personalomsättning och läkarbrist inom vården upplever man från kommunens sida att de är svårt att etablera samarbetsytor och personliga kontakter samt att få till SIP-möten med alla berörda. Problemet upplevs finnas både på vissa vårdcentraler och inom psykiatrin.

Beskrivningen av problemet med hyrläkare återfinns även inom vården, där man ser att de dels har en lägre tröskel för sjukskrivning, men man har en bristande kunskap och förståelse för försäkringskassans regelverk vilket resulterar i bristfälliga sjukintyg. Man har som läkare inte heller kunskap och kännedom om rehabkoordinatorernas roll/funktion. Man har som läkare dålig koll på vad som erbjuds i form av stödinsatser i övriga samhället. Konsekvenserna av detta blir att de som är sjuka och behöver vara hemma för ett utmattningssyndrom till exempel, får avslag hos Försäkringskassan på grund av bristfälligt intyg. Patienten kanske inte heller får den behandling eller stöd hen skulle behöva. Man beskriver också att det är mer välfungerande på vårdcentraler där det finns fast anställda läkare, med god kunskap om sjukintygens utformning.

Det innebär att det spelar roll vilken vårdcentral invånaren är listad på för möjligheter till sjukskrivning och rehabilitering.

## ETT ORGANISATORISKT MELLANRUM VÅRDCENTRALER OCH PSYKIATRIN

Från flera håll beskrivs samma problematik. Personer som är i behov av mer vård och behandling än vad vårdcentralen kan erbjuda. De remitteras därför till psykiatrin, men vårdcentralerna upplever att de får väldigt många avslag. De långa väntetiderna upplevs som ett stort bekymmer. Framförallt för att invånaren oftast då skrivs ut ur annan aktivitet i avvaktan på utredning. Väntetiderna ligger på upp till 1,5 år.

Många lyfter fram bekymret med långa väntetider på utredning, ofta blir den enskilde utskriven från pågående aktiviteter i avvaktan på utredning. Att få rätt diagnos är viktigt då det är grunden till hjälp och stöd.

En annan problemsituation som beskrivits är den där personen är färdigutredd och då blir avslutad hos psykiatrin. När denne då kommer till vårdcentralen har man inget stöd att ge, ingen behandling, ingen kompetens för att ge relevant stöd. Från vårdcentralens håll upplever man att personer skrivs ut utan att få rätt stöd. De får en diagnos och eventuellt medicin, sen skrivs de ut som färdigbehandlade.

När man är färdigutredd är det en väntetid på upp till ett år på att få gå en strukturkurs.

Det finns alltså ett behov av ökat stöd till vissa diagnos/patientgrupper som hamnar i en gråzon mellan vårdcentral och psykiatrin. Det tycks också finnas ett större behov av stöd i form av tex strukturkurser för färdigutredda än vad man kan erbjuda i dagsläget.

De personer som har PTSD eller krigsskada och skulle klara sysselsättning 3-4 timmar om de fick behandling blir fast i långa väntetider.

Att psykiatrin blir så central beror på att de är de enda som kan fastställa vissa diagnoser och förskriva medicin som inte vårdcentralen har möjlighet att göra.

Vem tar emot de som vårdcentralen anser vara för vårdtunga och där psykiatrin anser att de hör hemma hos vårdcentralen?

## BEHOV AV VÅRDPROGRAM FÖR UTMATTNINGSSYNDROM

Som det ser ut idag beror det på vilken vårdcentral du är listad på, vilken hjälp som finns att få. Det vanligast är att du får samtalsstöd av ett psykosocialt team. Eller första hjälpen i stresshantering. Något sammanhållet program finns inte som det ser ut i dagsläget. På vissa vårdcentraler erbjuds medicinsk yoga och föreläsningar. Det handlar om vilken storlek vårdcentralen har och därmed vilka resurser som finns att tillgå.

Det har funnits en central resurs med grupper för utbildning MMR1- som handlar om stresshantering, smärta med basal kroppskännedom. Det har varit få som beviljats insatsen och nu läggs den ned. Inte för att behovet inte finns, utan som ett led i besparingar. Som det ser ut idag överstiger behoven vad som finns att tillgå.

Behandlingen man får är avhängig den man träffar på Försäkringskassan, vilken arbetsgivare man har, vad läkaren skriver för intyg och vilka insatser som finns att tillgå på den vårdcentral där du är listad.

## SOCIALA FÖRETAG

Ökat stöd till utvecklande av sociala företag. Sociala företag lyfts fram från flera håll som en möjlig lösning för att skapa en arbetsmarknad för personer med funktionsvariation. Även andra former för samverkan och samarbete har lyfts fram, som tex idéburet partnerskap där kommunen har möjlighet att samarbeta med föreningar som utförare. AF vill använda civilsamhället och öka samarbetet med sociala företag. Örebro och Lekeberg kommuner har i dagsläget få sociala företag och här ser många en möjlighet till utökad arbetsmarknad för flera grupper.

## ÖKAD INFORMATION OCH KUNSKAPSÖVERFÖRING MELLAN VERKSAMHETER

Alla parter är en del i rehabiliteringskedjan för den enskilde och för att bättre förstå sin egen del behöver man förstå de andras del och framförallt hur helheten upplevs från den enskildes håll. Alla parter behöver bli bättre på att föra samtal, information och kunskap över organisationsgränserna. På det sättet kan fler ta del av möjligheterna som finns. Försäkringskassan lyfter själva fram vikten med förståelse för olika uppdrag.

Så här kan det låta när någon annan behöver göra något, kanske något man inte har en aning om ens existerar.

”Läkare och vården behöver bättre kunskap om vad som krävs i ett sjukintyg till Försäkringskassan.”

Det behöver de säkerligen – men vem ska ge dem den kunskapen?

”Man använder inte längre Försäkringskassans intyg till försörjningsstödstagare, däremot kan försörjningsstöd begära mer utförlig undersökning av personen, men de använder sig inte av den möjligheten.”

Vet försörjningsstöd om detta?

”Sjukvården och psykiatrin behöver bli bättre på att informera patienter vad som gäller vid sjukskrivning.”

Vilken information saknas? Den informationen någon annan myndighet sitter på?

”Förebyggande sjukpenning är något man kan använda för behandling, men många känner inte till den möjligheten.”

För att komma åt okunskapen och de gråzoner som finns mellan verksamheter och organisationer har det framkommit flera förslag på lösningar.

## BEHOV AV GRUPPER MED TVÄRKOMPETENS

Från både kommunen och vårdcentraler beskrivs behovet av grupper med tvärkompetens. Ett rehabteam med samlad kompetens där man som behandlare eller handläggare kan komma och lyfta ett knepigt ärende och tillsammans fundera på vad som är nästa steg. På Varberga vårdcentral arbetar man internt i ett rehabteam som fungerar bra. Man lyfter också fram den modell man arbetar efter i Kumla som ett gott exempel, där det finns arbetsförmedlare, läkare, sjukgymnast, handläggare från mottagningsteamet, Försäkringskassan och försörjningsstöd. De träffas löpande och här kan alla aktualisera en invånare med komplexa problem.

Man efterfrågar multikompetenta team som kan lyfta en invånare innan det gått för långt. Man beskriver att problemet med samverkansteamet är att det gått för långt när de väl kommer dit. Behovet av dessa grupper ser olika ut för olika vårdcentraler.

## BEHOV AV ARENOR FÖR HANDLÄGGARE ATT MÖTAS

Från så gott som alla jag träffat lyfter man fram behovet av att kunna mötas över organisationsgränser på ett bättre sätt. I dagsläget finns vissa formaliserade möten, som SIP och gemensam kartläggning (GK). Men man lyfter samtidigt fram att det är svårt att få SIP-möten att fungera. Behovet av en "utökad SIP" och utökad GK har lyfts från flera håll, bland annat i den förstudie som RISE genomfört avseende [förankring av IPS metoden](#)<sup>17</sup>.

Behovet man lyfter fram är dels att samarbeta och samverka kring individer, dels att ha ett forum för dialog mellan professionella. Man ser att det behövs mer förståelse för varandras uppdrag. Man efterfrågar enkelhet i systemet, att det ska vara lätt att få tag på en person med rätt kompetens och kunskap för att komma vidare i ett ärende. Det lyfts också fram att helhetsbilden kring personen sitter flera parter på, därför måste vi samarbeta bättre.

Kommunen ser ett behov av utökad samverkan och samarbete med alla parter. Samarbetet mellan kommunen och Arbetsförmedlingen har fungerat bra, men i och med den stora omorganiseringen har det fallit. Kommunen ser ett stort behov av samverkan med vården och här finns en ömsesidighet i det behovet. Men när det gäller Försäkringskassan så ser kommunen behov av samarbete, medan Försäkringskassan inte tycks uppleva samma behov.

När det gäller samarbete mellan vård och Försäkringskassan så finns det flera beröringspunkter som både ser som viktiga, samordningsansvaret vid arbetslivsinriktad rehabilitering och läkarintygen, som spelar en central roll för alla. Här har ett arbete påbörjats med att samla rehabkoordinatorer, samordningsansvariga på Försäkringskassan och även representanter från Arbetsförmedlingen. Kommunen har dock inte varit inbjuden till dessa träffar.

## SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN - SIP

SIP möten är en väg att gå för att få till stånd en koordinering av insatser, men här råder delvis förvirring kring vem som kan och får kalla till SIP. Dels så haltar SIP då inte alla kallade parter dyker upp. Läkarbristen beskrivs som en förklaring till varför det den funktionen uteblir. Kommunen ser ett behov av att Försäkringskassan deltar på SIP möten, de kallar men Försäkringskassan kommer inte.

---

<sup>17</sup> Förstudie: IPS och sociala utfallskontrakt – Örebro. En rapport av RISE Research Institutes of Sweden och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

SIP beskrivs som en god idé, om de utförs på rätt sätt. Det är dock svårt att få det att fungera tillfredsställande i praktiken. Man efterfrågar en SIP-samordnare och mer uppföljning. Vissa beskriver mötena idag som poänglösa, då de saknar uppföljning och att alla inte gör det de ska.

Det framkommer att SIP inte används särskilt ofta, upplevelserna av det är blandade, där vissa är positiva.

Att SIP-möten inte används handlar inte om att behoven av samordning inte finns. Det handlar sannolikt om att de inte fungerar tillfredsställande.

## VIKTEN AV ATT VÅGA TRO

Vid depression har placeboeffekten större verkan än antidepressiv medicin. Alltså är det tron på att det fungerar som verkligen fungerar. Inte medicinen. Att en individ tror på att något ger effekt eller är verksamt är oerhört viktigt för att nå resultat. Om någon i våra insatser inte tror på att det som görs kommer att vara till hjälp så minskar ju sannolikheten drastiskt. Alltså blir det viktigt att personen ifråga förstår varför och hur det som görs kan och kommer hjälpa. Det måste kännas meningsfullt.

Utöver det visar forskningen tydligt att det är tron på sina egna förmågor och även min coach eller handläggares tro på min förmåga som spelar störst roll för resultatet.

Så det viktigaste är kanske inte att ha rätt mix av aktiviteter – det viktiga är att aktiviteter och insatser bygger upp en tro på den egna förmågan och att personen ifråga upplever att det leder någonvart.

## FORSKNING OCH EVIDENS

Här redogörs kort och översiktligt vad forskning och evidens säger generellt om arbetslivsinriktad rehabilitering och förutsättningar för en god samverkan. Tillsammans med beskrivning av behov och målgrupper syftar det till att ge en god grund för vidare dialog om vägar framåt för förbundet. Innehållet i studierna har delvis redogjorts för tidigare för beredningsgrupp och styrelse.

Virksomme elementer på vejen til job<sup>18</sup> är en gedigen studie gjord som omfattar över 4000 deltagare och 300 anställda. Studien har fått stor uppmärksamhet i samordningsförbunden och är en av de största i sitt slag. Studien kommer fram till följande vad avser arbetslivsinriktad rehabilitering:

- Jobborienterade insatser, som praktik och jobbsökaraktiviteter skapar framsteg, men inte i lika stor utsträckning som om den var kombinerad med andra insatser
- Sociala och hälsofokuserade insatser skapar inga framsteg av sig själva.
- Bäst effekt uppnås med en kombination av arbetsmarknadsinriktade insatser och sociala/hälsofokuserade
- Erbjuds inga insatser så står inte individen stilla utan den förflyttas längre från arbetsmarknaden
- Arbetscoachens tro avgörande för sannolikheten att den deltagaren skulle få ett arbete.
- Deltagare vars coach trott på deras förmåga har 32 % större sannolikhet att komma i arbete
- De mest framgångsrika arbetscoacherna får 23 % i arbete, de minst framgångsrika får 7 % i arbete.
- Varje gång en deltagare fick en ny arbetscoach minskade chansen att nå ett jobb med 22%

Rapporten fastslår att det finns stora möjligheter att göra arbetsmarknadscoacher ännu kunnigare och mer framgångsrika för att öka deltagares möjlighet till att komma i arbete.

Arbetscoachande insatser, som praktik och jobbsök, som är främst verksamma för att ta steg närmare arbetsmarknaden men i kombination med andra insatser.

En studie gjord av Nilsson & Ekberg<sup>19</sup> syftade till att undersöka vilka individer som återvänder till arbetsmarknaden efter en långtidssjukskrivning. Studien jämför hur dem som återvänder skiljer sig åt mot de som inte återvänder till arbetsmarknaden. En jämförandeanalys av anställningsbarhet, arbetsförmåga, hälsa, utbildningsnivå, ålder och kön har genomförts. 191 informanter ingick i studien, varav 171 kvinnor och 20 män som tidigare varit anställda i en svensk kommun 2008. Snittåldern var 50 år. När enkäten delades ut hade 61 % av respondenterna inte återgått till arbetsmarknaden.

Resultat av studien:

- Positiva samband med återgång till arbetsmarknaden var män, i yngre ålder och självuppskattad hög arbetsförmåga

---

<sup>18</sup> Dansk rapport bygger på tre artiklar från;

Karakteristika ved udsatte borgere og prædiktion af deres jobsandsynlighed, Rosholm, M., Lykke Sørensen, K., og Skipper, L.

Aktiv beskæftigelsesindsats og progression, Rosholm, M., Lykke Sørensen, K., Skipper, L., og Nielsen, S.

Effektive sagsbehandlerstrategier i beskæftigelsesindsatsen, Rosholm, M., Lykke Sørensen, K., Skipper, L., og Nielsen, S.

<sup>19</sup> Employability and work ability: returning to the labour market after long-term absence.

Nilsson, S., & Ekberg, K. (2013)



- Anställningsbarhet, utbildningsnivå och hälsa var **inte** signifikant sammankopplat med en återgång till arbetsmarknaden.
- Återgången var positivt sammankopplat med självförtroende i sina personliga resurser, tron att personlighet är en resurs är man söker jobb, större självständig effektivitet i karriären och självkänsla.
- Studiens slutsats var att individens **självskattade** arbetsförmåga ofta är försummad även fast det är en central aspekt i individens förmåga att skaffa sig ett nytt arbete.
- Individuella förutsättningar; hälsa och arbetsförmåga är centrala till hur anställningsbara eller värdiga en anställning en individ anser sig vara

En brukarundersökning genomförd 2010 av samordningsförbund i Småland av arbetslivsinriktad rehabilitering tog fasta vad som upplevs vara viktigt för deltagare<sup>20</sup>.

Vad är viktigt:

- Bemötandet överlag
- Förhållningssätt, intresse, grad av stöd från coachen
- Relationen
- Första mötet oerhört viktigt, då man känner sig utsatt
- Att få en tillhörighet, sammanhang, gemenskap

#### **Framgångsfaktorer för samverkan<sup>21</sup>**

- Tydlig målgrupp för verksamheten
- Samsyn
- Relevanta aktörer
- Nyckelaktörer
- Helhetssyn på målgruppen och dess behov
- Salutogent perspektiv (fokus på det friska, hälsofrämjande)

#### **Framgångsfaktorer för samverkansprocessen:**

- Gemensamt arbetssätt
- Synsätt på målgruppen och dess behov

---

<sup>20</sup> Brukares erfarenheter av arbetslivsinriktad rehabilitering, Agnetha Hammerin, 2010

<sup>21</sup> Danermark 2015

- Ömsesidig förståelse för varandras roller och kulturer
- Personliga kontakter och förtroendefulla relationer

**Hindrande faktorer samverkan:**

- Organisationens intresse
- Maktförhållanden
- Prestigehierarkier
- Motverkande belöningssystem
- Grupp motsättningar
- Hög personalomsättning
- Omorganisationer

## SLUTSATSER

Den ursprungliga frågan var vilka målgrupper som är finsams och huruvida vi möter deras behov. Det kartläggningen visar är att finsams potentiella målgrupp, alltså de som faller innanför finsams ansvarsområde, är stor. I Örebro handlar det om över 10 000 personer. Kartläggningen visar också att behoven är stora, vi har stora grupper som står helt utanför samhället och en växande skara som slås ut av samhället som får förlita sig på partner eller familj för sin försörjning.

Det finns med andra ord en hel del att göra. Men att samordningsförbundet ska möta och tillgodose alla 11 000 respektive 400 personers behov faller på sin egen rimlighet med ca 10 miljoner i budget.

Om finsams fokus främst ska vara på de grupper som faller utanför eller emellan har kartläggningen visat på ett par grupper, upp emot 800 unga som behöver stöd och hjälp som står helt utanför idag samt en växande skara utförsäkrade kvinnor som har svårt att ta sig från yrken där de blir utmattade. En annan grupp som sticker ut i Örebro är gruppen döva. Det handlar givetvis inte om alla som är döva, men många, framförallt lite äldre som har behov av hjälp och stöd i myndighetskontakter samt behovet av en teckenspråkig miljö.

Det finns så klart redan mycket som görs i parternas ordinarie verksamhet, men också av andra parter såsom studieförbund, föreningar med flera. Vi gör redan mycket – det är bara inte känt. Här kan Insatskatalogen spela en stor roll i att göra insatser kända. Det behov som Finsam kan hjälpa till med är att synliggöra det som redan finns och göra det känt för den stora massan.

Men man behöver också känna till processen – hur ser den ut för den enskilde från ax till limpa. Vilka olika möjligheter finns i varje steg. Bristen på helhetsbild bidrar idag till inlåsnings effekter och rundgång i systemet. En effekt av att man inte vet vart man kan lämna vidare, vilket som är det naturliga steget vidare. Finsam kan bistå i att synliggöra invånarens resa genom välfärdssamhället och parternas verksamheter, så att alla olika delar i kedjan får en ökad förståelse och kännedom för varandra. Att få den helhetsbilden när man utgör en del i kedjan är väldigt viktigt. På så sätt får man syn på vad man själv kan göra i en del som gynnar deltagare i nästa steg. Det är en grundbult för att kunna komma vidare i ett gemensamt tänk mellan parterna kring utveckling. Finsams roll skulle kunna vara att hjälpa till att rita välfärdskartan som efterfrågas från flera håll. Hur ser vägen vidare ut för invånaren när vi är klara hos oss? Vem lämnar jag över till?

Ett annat behov som står ut är behovet av försteg, avsaknad av förstegs verksamhet innebär att flera grupper ställs utanför befintliga rehabiliterande insatser. Man tar sig inte till dagens steg ett, vi behöver helt enkelt ett nytt första steg. Här finns möjlighet att renodla finsams verksamheter till försteg och till och med steget före försteg samt öppna upp för fler möjliga direktvägar in. Från tex vården och försörjningsstöd. Det skulle innebära att finsams verksamheter blir en del i en kedja och inte arbetar hela vägen mot arbete/studier för alla grupper.

I den bästa av världar skulle vi ha ett sömlöst system för invånaren där den behåller sin handläggare genom hela resan. Det är det som efterfrågas och det är det som forskningen visar är effektivt. Så som vi är organiserade idag så ser det inte ut så. Därför behöver vi bli väldigt duktiga på övergångarna mellan verksamheter och arbeta så pass tätt tillsammans att det inte märks samt börja utforska hur vi kan skapa bättre kontinuitet för invånaren i den organisering och fördelning av ansvar vi har idag. Eftersom detta arbete inte systematisk genomsyrar våra verksamheter har vi enorm utnyttjad potential i att arbeta smartare tillsammans.

Alla parter uppdrag går utanför de egna organisationsgränserna – vi har komplexa problem och komplexa system - vi behöver varandra för att lyckas. Det är därför Finsam finns till och det är därför vi måste ta nästa steg i att utveckla den strukturella samverkan.

Psykisk ohälsa är en röd tråd genom alla målgrupper, det är vår tids folkhälsosjukdomar och som också måste lösas gemensamt. Här pågår en kraftsamling både nationellt och regionalt och finsam bör vara en aktiv part i det utvecklingsarbetet. Forskning visar också att det salutogena förhållningssättet och där man skapar en känsla av

sammanhang ger goda förutsättningar för individen att ta sig vidare. Det salutogena synsättet har identifierats av förbundet som en framgångsfaktor och något som förbundets verksamheter ska bygga på. Här lyfter man också fram möjligheten att prova andra former av hälsofrämjande aktiviteter inom finsam.

Det som står ut mest i kartläggningen vad avser behov är de allmänmänskliga behoven, att man vill bli sedd och bekräftad och att få höra till. Att bygga tillitsfulla relationer. Så det sätter också fokus i det fortsatta utvecklingsarbetet på de mjuka frågorna, på värdegrund, förhållningssätt, bemötande, människosyn och tron på den enskildes förmåga. Det kommer att ställa stora krav på medarbetares kompetens – här ser man också en potential i den stora BIP studien från Danmark. Att utveckla medarbetares kompetens. De viktigaste parametrarna är då förhållningssätt och tro på den enskildes förmåga. Det är ett samtal som bör vara ständigt pågående i en verksamhet som ska stötta enskilda mot arbete/studier. Hur man på bästa sätt kan förmedla tro, hopp och möjligheter framåt.

Men det ställer också krav på ledning, beredningsgrupp och styrelse, hur lyfter vi dessa frågor gemensamt? Hur kan vi utveckla ett gemensamt förhållningssätt som alltid tar fasta på att gynna invånaren i första hand?

Eftersom den stora efterfrågan ligger här och den identifierade utvecklingspotentialen ligger här är det väldigt viktiga frågor för förbundet att arbeta vidare med.

## HUR SKA VI JOBBA

Vilka krav kommer omvärlden ställa på finsam? Vad säger det om framtidens behov och möjligheter?

- Jobba smartare tillsammans utan extra resurser – sluta göra sånt om inte skapar värde för invånaren och utveckla nya sätt att arbeta tillsammans för att nyttja allas resurser effektivt och för att möta de behoven som finns utifrån tjänstedesign/användarinvolvering
- Det ökande tempot och komplexiteten i samhället ställer högre krav på organisationerna att ställa om efter förändrade behov, verksamhetsutvecklingen måste gå snabbare. Det går inte att arbeta enligt de gamla strukturerna – vi behöver tänka nytt för att snabbare möta upp behov och förändringar i omvärlden
- Öka vår förmåga att våga göra lite annorlunda – tänka lite nytt och främja innovation
- Att arbeta agilt och möjligheten att vara flexibel ställer krav på vår förmåga att misslyckas, att våga misslyckas och att kunna erkänna det. Vilket ställer krav på en prestigelöshet.
- Kunna se och förmedla vinsten av samarbete och samverkan, inte minst i besparingstider
- Våga tänka långsiktigt och samhällsekonomiskt
- Öka vår förmåga att kommunicera vikten och samhällsvinsten av finsams arbete till alla parter
- Öka vår förmåga till kontinuerlig analys och dialog
- Att kunna behålla finsamheten om det blir tryck från annat håll
- Förmåga att skifta från verksamhetsperspektiv till invånarperspektiv
- MOD, uthållighet, mognad

## HUR BÖR ARBETSLIVSINRIKTAD REHABILITERING ARBETA

- Socialt stöd + arbetsmarknadsinriktade insatser – parallellt stöd ger bäst effekt
- Mot den reguljära arbetsmarknaden (SE, IPS)
- Ge invånaren tid att göra det i sin egen takt

- Kontinuitet med personligt nära stöd – behålla ett ombud/handläggare/coach över tid
- Tidiga insatser (utan insats gör utvecklingen bakåt)
- Stärka egenmakt och tron på sin egen förmåga – invånaren styr sin egen rehab efter förmåga med stöd från samhället
- Hög tilltro men inte för höga krav (upplevda höga krav är kontraproduktiva)
- Skapa gemenskap, tillhörighet, sociala ytor (efter förmåga och behov) – grundläggande mänskligt behov för att må bra
- Fysisk aktivitet och mental träning (de bästa hälsofrämjande faktorerna – psykisk ohälsa går som en röd tråd genom alla grupper)
- Strategier för livet – hållbara lösningar (arbeta rehabiliterande – att hela tiden stärka förmågor samt ge strategier för hälsa, välmående och vardagen som gör att det blir hållbart över tid)
- Jobba utifrån det friska (salutogent)

## REFLEKTION OCH VÄGEN VIDARE

Det här avsnittet skrevs i början av 2020 och sedan dess har mycket hunnit hända i förbundet.

Vårt välfärdssystem slår idag ut flera grupper av människor. Det är inte av illvilja eller ont uppsåt, det är för att vårt system ser ut som det gör. Med en intern styrning som fokuserar på den egna organisationen och ett ofta kortsiktigt ekonomiskt perspektiv är det naturliga följer av ett sådant system. Det finns idag ingen som har helhetsbild eller kartan över välfärdens labyrint och det saknas ett ansvarstagande över organisationsgränserna.

Rätten till stöd utgår inte från behov som det ser ut idag.

Rätten till insats är avhängig vilken ersättning man har, vilken diagnos man har och på vilken vårdcentral man är listad. Det kan också bero på vilken handläggare man har, då man helt naturligt har olika kompetens och kunskaper om det kringliggande samhället. Återigen är det inte handläggarens fel, utan det är systemet som skapar dessa konsekvenser.

Som det ser ut just nu finns den största apparaten för insatser hos kommunens arbetsmarknadsenhet. Insatserna erbjuds uteslutande försörjningsstödstagare. Försörjningsstöd är den sista utposten, det yttersta skyddsnetet. Med det i åtanke blir det anmärkningsvärt att det finns flest insatser sist på linan. Det finns all anledning att se över hur man kan stödja dessa personer tidigare i processen – vilket förutsätter samverkan med övriga parter i förbundet.

På samma sätt väntar vi ut arbetslösa personer genom organiseringen hos Arbetsförmedlingen, först när människor blir långtidsarbetslösa har de rätt till stöd och hjälp som kostar pengar, vilket är efter 3 respektive 14 månader för unga respektive äldre. Arbetsförmedlingen har dock möjlighet att erbjuda stöd och hjälp som är kostnadsfri tidigare. Så för att fånga både unga och äldre med tidiga insatser finns det anledning att se över möjligheten att erbjuda stöd från dag ett för flera. Särskilt de utpekade grupperna som behöver extra stöd.

Det finns också grupper av människor som inte har förmågan att ansöka om det stöd de har rätt till. Som inte har förmågan att ansöka om försörjningsstöd, personligt ombud eller bistånd enligt LSS eller SoL. Den här gruppen riskerar att hamna helt utanför systemen och särskilt om svårigheterna är kombinerade med missbruk eller kriminalitet. Här finns all anledning att se över möjligheter att erbjuda stöd i mycket tidigare läge samt rutiner att följa upp de som inte dyker upp på avtalad tid, som inte inkommer med handlingar och så vidare.

Vilket behov som är störst eller vilken grupp som ska prioriteras är oerhört svårt att säga något om. Men det står klart att vi har en stor grupp människor som behöver ett nära och handfast stöd. Detta stöd finns för vissa grupper, beroende på ersättningstyp och diagnos. Vi behöver arbeta mot att säkerställa att alla har rätt till stöd efter behov.

Vi förstår världen genom att kategorisera och sortera, det är så vår hjärna fungerar. I finsams värld kategoriserar vi efter ersättningstyp och diagnos, det blir ett sätt att kvala in till välfärdsmarknadens insatser och den ständiga frågan tycks vara: vilken är målgruppen? När vi lägger det rutnätet på världen för att förstå den så kommer det styra vilka problem vi ser och vilka insatser vi skapar. Men vi riskerar också att missa det som inte faller in i rutorna, som vi inte kan förstå. Eftersom målgruppsdiskussionen är ett återkommande inslag och där det råder både förvirring och att man blir oense, kanske det sättet att tänka och kategorisera inte tjänar oss på bästa sätt. Kanske måste vi överväga att se världen på ett annat sätt.

Att tänka nytt eller försöka förstå världen och se världen från en annan horisont kan vara både skrämmande och spännande och oerhört utmanande.

När jag började det här utredningsuppdraget hade jag en klar bild av vad slutresultat skulle bli: jag skulle identifiera vissa välavgränsade målgrupper med tydliga behov som skulle avhjälpas med nya insatser. Jag skulle leverera en karta där vissa grupper kunde matchas mot insats och andra inte. Jag skulle leverera hela bilden och

hela svaret. Det bidde inte så. För det visade sig att det är betydligt mer komplext än så, och på samma gång svindlande enkelt.

Det som efterfrågas, det som är det grundläggande behovet är nära stöd. Det spelar ingen roll om det är unga på aktivitetsersättning, med avbruten skolgång, utmattade kvinnor eller försörjningsstödstagare. Det som efterfrågas, det som gång på gång lyfts fram i intervjuer med deltagare i olika uppföljningar och kartläggningar och utvärderingar är relationen.

*Det centrala i arbetet med människor är och kommer alltid vara relationen.*

Vår praktikant frågade mig vad det var alla letade efter när jag bad henne plocka fram forskning på arbetsmarknadsområdet. Det var då det slog mig – vi söker efter en helig graal, en universal lösning, en ny metod, nåt nytt som kan komma åt det vi inte lyckats med än.

Varför gör vi det?

För att vi fortfarande brottas med samma problem man identifierade i samband med skapandet av finsam, i skriften xx går det att sätta check på det mesta. Utmaningar kvarstår. Stuprören är fortfarande högaktuella i vår förståelse och upplevelse av välfärdsorganisationen. Under någon av mina första veckor på finsam var jag i Stockholm på ett seminarium, då pratade Rickard bricken om att amn redan för trettio år sedan talade om detta problem, fast då i form av trappuppgångar. Så en fråga som jag brottats med är: varför har vi inte kommit längre?

Det är så klart flera som funderat på det så det finns bra forskning på området som förklarar att ständiga omorganiseringar är en del av förklaringar, vi får ständigt nya förutsättningar i form av både ny personal och ny organisation. Att lösa problem med omorganisering har nog varit en av de mer populära lösningarna på senare tid. Varför? Det är enkelt att flytta rutor på ett papper så att det bättre följer den egna organisationens logik. Det är betydligt svårare att ge sig på förändring av förhållningssätt och ge sig på en förändring efter en helhetsbild man inte har.

Det är också så att ledningen omöjligt kan hålla koll på detaljkunskap på välfärdens alla vinklar och vrår. Den är komplex och svår att överblicka bara på övergripande nivå, till och med i den egna organisationen. Så att styra en verksamhetsutveckling som ska omfatta den bilden från ledningsmöten och styrgrupper blir ett omöjligt uppdrag.

Verksamhetsutvecklingen måste ske på golvet.

En annan anledning till att man inte kommit längre är det sättet finsam bedrivit projekt, och inte bara finsam, hela välfärdssverige har nog brottats med svårigheter med implementering. Man tar chansen att få lite extra medel för att utveckla en metod eller en insats för en viss grupp. Från många håll kommer beskrivningar om att man haft en fungerande verksamhet som sedan faller då extern finansiering försvinner. Inte minst i Örebro där man sitter med samma grupp unga som tidigare haft möjlighet till insats via ESF-projekt.

*"Dårskap, att göra samma sak om och om igen och förvänta sig olika resultat" – Albert Einstein*

Så för att komma längre och hitta hållbara lösningar för samverkan som gynnar invånaren bäst, behöver vi göra annorlunda. Jag tror att de flesta kommit så här långt. Vi har pratat om mycket av det här i olika sammanhang. Men det är svårt att komma vidare. Hur ska vi göra då?

*Eftersom kartan är så komplex – behöver vi rita den tillsammans och på golvet.*

Om vi tar ett exempel- så skulle det kunna vara gruppen unga.

Handläggare från xx samlas tillsammans vid kanske 4 tillfällen för att kartlägga invånarens resa. Under tiden kommer vi upptäcka att det är saker vi inte vet, då behöver vi gå hem och mäta eller bjuda in ytterligare personer som kan klargöra bilden för oss. Om vi sedan får klart för oss hur invånarens resa ser ut kan vi sedan se vart vi skapar värde för invånaren. Här blir det aktuellt att använda tjänstedesign och användarinvolvering – kanske via intervjuer eller fokusgrupper. För att bli klara över vad de faktiskt tycker skapar värde. Sen blir det till att skapa en prototyp – ett förslag på annat arbetssätt/insats/stöd, denna stäms sedan av med användaren och givetvis med chefer och om det är tummen upp börjar man testa och utvärdera.

Det handlar inte om att i första hand bygga nya verksamheter eller insatser – det handlar om att nyttja det som finns på ett bättre sätt. En av grundförutsättningarna bör vara att det inte går att räkna med extra resurser – vi måste hitta nya sätt att arbeta smartare tillsammans med alla de resurser vi har gemensamt. Det kan handla om att låna ut en person med viss kompetens en förmiddag i veckan tex. Med små, små steg i taget bygger vi då upp ett gemensamt arbetssätt.

Det är inte konstigare än så eller mer komplicerat än så. Det som blir det nya är att det är handläggare från alla berörda organisationer och man börjar bygga upp ett gemensamt arbetssätt utifrån trial and error. Komma igång direkt och testa sig fram utvärdera och reflektera längst vägen. En utvecklingsgrupp kanske blir tre, som tar hand om olika spår. Låta processen ha sin gång, ingen vet var vi kommer landa, svaret är inte givet.

Detta skulle vi också kunna växla upp genom att ansöka om pengar. Då skulle vi kunna få resurser till processtöd, vilket innebär att vi skulle kunna ha flera utvecklingsgrupper igång och kan få hjälp att få det att flyta.

Den största risken med det här angreppssättet är förhållningssätt/kultur/samsyn. Det behöver man komma åt på alla nivåer och arbeta aktivt med. Annars är risken att det faller på eget grepp. Kan vi inte se vårt gemensamma uppdrag utan fastnar i ansvarsfrågor då kommer vi misslyckas.

Det här kommer att kräva att alla parter kan ställa sig bakom det här, att vi gemensamt ska lösa välfärdens utmaningar. Det har man på ett sätt redan gjort då man valt att starta ett samordningsförbund, men i praktiken, med aktuella personer i organisationerna, med rådande utmaningar i den egna organisationen – behöver alla ställa sig bakom.

Att man klarar av att bli utmanad i sin roll, att man törs blotta strupen. Att man kan erkänna för sig själv och andra att -oj vi har lite att utveckla här. Att skilja på sin roll och sin person, att inte ta ett personligt ansvar för organisationen som helhet.

Det kommer krävas modiga och mogna ledare- som vill och vågar gå före. Som tar ett aktivt ägarskap för frågorna och driver dem i sin organisation. Det kommer att kräva modiga medarbetare, som vågar beskriva verkligheten som den ser ut, framförallt i den egna organisationen.

Men det kommer också ge enorm kraft och frigöra massor av kreativ energi hos medarbetare, som får vara med och påverka verksamhetsutveckling och göra det som alla vi jobbar för – samhället lite, lite bättre. Göra situationen för dem vi är till för, ännu lite bättre. Ett steg i taget.

Detta skulle kräva följande av parterna:

- Bistå med personal till utvecklingsgrupper
- Omhändertat resultat
- Ta erforderliga beslut när det behövs
- Följa arbetet nära
- Sprida resultat i den egna organisationen
- Förankring innan start på alla nivåer
-





## VÄGAR FRAMÅT

Dessa förslag presenterades för beredningsgrupp och styrelse i april/maj 2020.

Så här skulle förbundet kunna arbeta för att komma åt den strukturella samverkan och erbjuda individinsatser för flera grupper. Det skulle också innebära ett systematiskt identifierande och omhändertagande av organisatoriska mellanrum – glapp. Det skulle också möjliggöra verksamhetsutveckling och innovation samt en mer strukturerad och systematisk uppföljning av effekter, som möjliggörs med expertstöd.

### Individinsatser

- ❖ Erbjud stöd till personer i glapp
- ❖ Tillfälligt tills glappet är löst
- ❖ Långsiktigt finansierad verksamhet
- ❖ Rörlig målgrupp
- ❖ Rörligt innehåll
- ❖ Rörlig kompetens/personal
- ❖ Öppen generell ingång
- ❖ Kunna fungera som testbädd
- ❖ Identifiera glapp och lyfta dessa vidare

### Samverkan – struktur

- ❖ Täppa till glapp genom bättre samarbete
- ❖ Tjänstedesign som metod
  - ❖ Arbetssätt
  - ❖ Förhållningssätt
- ❖ Utvecklingsgrupper
  - ❖ representation från alla parter
  - ❖ samlas kring relevant glapp
  - ❖ processledning från Finsam
- ❖ Finsam ringar in och utreder nya glapp utifrån impulser från verksamheterna
- ❖ Finsam ritar och kommunicerar kartan löpande
- ❖ Lyfta glapp vidare som inte kan lösas ut lokalt eller där behov av rutin- eller lagändring är nödvändig för en lösning till nästa nivå (kunskaps- och innovationscentret)

Finsams möjlighet att finansiera individinsatser handlar om att fånga dem i glappet – detta bör enbart vara en tillfällig lösning till dess att glappet är åtgärdat. För att åtgärda glappet måste vi parallellt jobba med vår samverkan och samarbete – det är ju strukturuppdragets huvudnummer – förbättra samverkan.

Även om en målgrupps närvaro i finsamfinansierad verksamhet ska vara tillfällig, så innebär inte det att verksamheten behöver vara tillfällig. Det är snarare tvärtom, att ha en långsiktigt finansierad verksamhet är en tillgång, då man inte behöver bygga nytt hela tiden enligt projekttänket. Det som däremot ska kunna förändras under resans gång är just målgruppen i verksamheten, och när målgruppen kan skifta måste både innehåll och kompetens kunna skifta.

Ingången till en finsamverksamhet bör även vara bred och generell – om det finns människor som står utan stöd och annan insats ska finsam vara just den parten som fångar upp. Ersättningsform eller diagnos ska inte vara styrande i finsams arbete.

Själva verksamheten måste också kunna fungera som testbädd – ett ställe där det finns möjlighet att testa nya sätt att arbeta. Där detta uppmuntras och är en självklar del av den ständigt pågående verksamheten. Där ska testningen kunna få stöd från det gemensamma kunskaps och innovationscentret som ska byggas upp med hjälp av ESF i östra Mellansverige.

Att använda tjänstedesign som metod innebär att vi kommer åt både arbetssätt och förhållningssätt. Hela tjänstedesigns resan innebär att man börjar se på invånaren med nya ögon, och att "invånaren först" får en fördjupad betydelse.

Kunskaps- och innovationscentret kommer också kunna vara en mottagare av glapp, där de kan sammanställa dessa och kommunicera detta vidare till nationell nivå.

## ARBETSGÅNG PROCESSTÖD

### Identifiering av utvecklingsområde

- Verksamheterna själva identifierar ett utvecklingsområde inom sin organisation
- Verksamheterna identifierar ett gemensamt utvecklingsområde mellan organisationerna
- Avvikelse/organisatoriskt mellanrum upptäcks i finsams verksamheter
- Utgå från redan identifierade organisatoriska mellanrum/utvecklingsområden

### Problem och ansökan

- Problemformulering (viktigt att det görs ordentligt – lösa rätt problem)
- Ansökan för att få processtöd i sitt arbete
- Beredning och beslut i styrelse enligt gängse gång

### Processtöd

- Utvecklingsgrupp sätts samman med deltagare från parterna
- Finsam bistår med processtöd i att använda tjänstedesign som metod

- Finsam bistår med att följa upp arbetet och dess resultat
- Finsam bistår i arbetet att kommunicera process och resultat till berörda parter
- Kunskaps och innovationscenter bistår med expertkunskap, forskning, stöd i uppföljning etc

#### FÖRSLAG PÅ KONKRETA ÅTGÄRDER

Dessa åtgärder presenterades i samband med vägen vidare, där även en bild av hur arbetssättet i förbundet kan se ut för att tillgodose det dubbla uppdraget med både individinsatser och den strukturella samverkan. Dessa ska ses som kompletterande eller kom igång aktiviteter utifrån det och inte som de enda åtgärderna.

- Ge samverkansteamet i uppdrag att se över vad som krävs för att förkorta väntetiderna (se över uppdrag, behov och arbetssätt)
- Öppna direktingång till Irma för alla parter
- Sätt direkt igång arbetet med 1-2 utvecklingsgrupper kring utvalt utvecklingsområde utifrån behovsanalys (börja med egna verksamheter)
- Ansök om ESF medel för att förstärka verksamhetsutveckling utifrån tjänstedesign
- Erbjud gemensam kompetensutveckling inom NPF, dövkompetens/andra relevanta områden
- Utbilda styrelse och beredningsgrupp i tjänstedesign
- Utbilda egna utbildare i tjänstedesign

## BILAGA 1 ÖNSKELISTA

Alla personer jag träffat under min utredningsresa har fått önska sig precis vad de vill. Inga begränsningar över huvud taget. Det som inträffar i nästan alla fall, kan finnas enstaka undantag, är att man önskar sig det som ligger närmast hjärtat just nu. Våldigt få, om ens någon har ändrat lagar eller sekretessregler – utan de allra flesta anger något som ligger nära i verksamheten, men som också blir en bra fingervisning om vad som behöver göras eller lösas.

### Här är allas önsknings:

- Samverkansteamet: önskar en arbetsterapeut och allmänläkare till teamet
- Inte mer än 20 deltagare på en heltid (fler ger sämre resultat) utförare på Arbetsförmedlingen har inte mer. För mycket kvantitet är att kasta pengarna i sjön.
- Arbetsgivare – bättre nätverk. Kanske en person som kan arbeta enbart med nätverket. Förbättra kontakten.
- Autister och teckenspråk – behov av kompetens (CT)
- Blandad problematik – psykisk och fysiskt – mkt smärta. Rygg och axlar. Jobba med båda delar samtidigt.
- Rehabteam som fanns på AF – arbetsterapeut, psykolog, läkare, som bara var till för coachingteamen.
- Möjlighet att lyfta vissa personer med vård och psykiatri- har inte möjlighet att sammankalla till SIP (IRMA)
- SIP – allmän förvirring – hur kan vi och hur får vi använda? Önskar klagörande.
- Tillgång till annan kompetens (inom vården) för att kunna rådgöra (IRMA)
- Allt som är lite meckigt blir inte av – det ska vara lätt att göra rätt.
- All aktivitetshus
- Träningsboende – korttidsboende – lära sig att leva själv – är du motiverad får du allt du behöver. Andrahandskontrakt efter 2 år om du sköter dig
- Sociala hyreskontrakt – biståndsbeslut med krav om att ta emot boendestöd
- Mellanting – det ramlar arbetsökande som står utan insatser.
- IRMA nischat – vägar in som är strama – FK/AF. Samverkansteamet – smal väg in.
- Steget mellan hemmet och IRMA – hemma och är deprimerade och äter stämningshöjande.
- A-kassa – står sig slätt, helt utan insatser. Mötesplats för arbetsökande som behöver stöd.
- Saknas stöd till psykiatripatienter
- Önskar möten mellan Försäkringskassan, rehabkoordinator, Finsam och arbetsförmedlingen
- Förståelse för varandra olika verksamheter – ta bort glappen mellan organisationer.

- Läkare behöver också ha förståelse – de är bara arga. De man träffar förstår inte hela bilden.
- Rehabkoordinator vill kunna aktualisera personer i samverkansteamet.
- Distriktsläkardagar – komma ut och prata om vad det finns för insatser. Fortbildning. Sprida mer att man finns. (rehabkoordinator)
- Vårdprogram för utmattning och depression
- Tillräckliga resurser i psykosociala teamet – kapa väntetider
- Ordning på AF – det är förjävligt. Alla som har stort behov stöd. Förut har man kunnat hänvisa folk till af – erbjudit sig att följa med på första mötet. Kunnat på kortare praktik. De som behöver hjälp över tröskeln. Den resursen finns inte.
- Kapa kötider överlag – samverkansteamet och irma.
- Resurser till försörjningsstöd att ställa krav på folk så att de inte är passiva.
- Försteg, gruppen är stor och bred. Bygga upp dem. Hälsoverksamheter, läkare, psykolog ska vara med och lotsa dem rätt.
- Öronmärkta platser, dem har gått genom bedömningen fått alla insatser SEN då? När ska man släppa en person, man vill inte släppa till ingenting, en öppen ingång där dem kan vara. Eller en kontaktperson eller kontaktväg.
- VÄGAR in för personen. Kontaktpersoner, samordnare som har koll på vart platserna finns. Det kan bli att man behåller för länge för att det inte finns en naturlig väg vidare. I socialpsykiatrin.
- Tydliga vägar i systemet – vad är nästa steg? Ska inte bygga på personlig kännedom och kontakter – ska bygga på en systematik som gör att alla får samma chans till stöd och vård – oavsett vem man träffar och vart man träffar en handläggare/proffesionell
- Mer pengar när man gör praktik, en extra peng när man hade längre FS när man hade praktik.
- **Hållbara lösningar för deltagaren.**
- Mer stöttning i utbildning, ta emot en person inom utbildning som visar driv men behöver stöd. Motivationshöjande stöd för den enskilde, då resan kan vara lång. Språkförstärkningen är viktigt, för om de missar på något moment eller kan inte svara på en fråga i utbildningen eller på arbetsplatsen kan det blir problematiskt trots att de har förmåga.
- Vi bygger upp egna hinder – mer samtal över gränserna. (internt i kommunen) Fråga exv språklagen om de tror att personen kan tillgodogöra sig utbildningen.
- Det är höga krav. Önskar en kommunal arbetsplats där de kan öva mer, men med lön och som lyfter upp språk, hälsa etc.
- Utvecklingsanställningar som AF hade med kommunen, man kommer upp i 75 % och har med sig stödet. God matchning och man blir anställd för det man kan och utifrån sina förutsättningar, rätt stöd i rätt tid. Att kunna individanpassa. Personer från AF som kunde få koda och få ordning på det. Lite av sista skedet, man fått insikt, motiverad, vård och man kommer inte tillbaka från det. Rätt ordning. Resans väg i rätt ordning. Behövs lite utrymme att få försöka.

- Rådgivning kring kost, träning, stretchning, dålig mat har gett mycket resultat, finns en person och en person på hälsoträdgården som utbildar deltagare. En del har psykosomatisk smärta som de kan övervinna av dessa aktiviteter.
- Hälsopedagog – livsstilsförändringar och kunskap om kost och hälsa. Helhetssyn på kropp och sinne.
- Företag i USA tvingas ha en viss procent anställda veteraner med krigsskador, kan vara lösningen för språk eller annan problematik
- För unga: Inte långa väntetider på utredningar, inte lika långa som för vuxna möjligen.
- Kunna anställa dem som är 18 -19 år idag är det från 20 år, erfarenhet och referenser är bra för dessa.  
R
- Arbetsförmågebedömningen är klar och kan bli hemmasittande. Skulle behöva en grupp som arbetar med överlämningar mot annat. Efter 6 månader så har inget hänt och efter 1 år så är bedömningen gammal och man har inte förändrat något men en ny bedömning ska ske.
- Saknar sysselsättningsplatser
- Språklaget skulle skrivas fram ännu mer att det är mot arbete, skraddarsydd vägar för kvinnor som är utrikesfödda och större flexibilitet när de ska ut på arbetsmarknaden.
- En karta för vilka insatser och vägar som finns.
- 3 dagars garanti – psykiatrisjuksköterska för de som söker mycket vård för psykisk sjukdom. Isolerad grupp. Behov av mötesplatser som bara går hemma och väntar på utredning. I väntan på utredning, för sjuk för att arbeta men för frisk för att vara hemma.

## BILAGA 2 ORDLISTA

Baseras på socialstyrelsens uppgifter i Kunskapsguiden.se och socialstyrelsen.se

**Boendestöd** kräver alltid ett biståndsbeslut men det finns inget krav på en diagnos. Biståndet bedöms utifrån individuella behov. Stödet innebär hjälp till självhjälp, där målet är att personen så småningom ska klara av sitt boende utan stöd. Man kan få hjälp med städ, tvätt, matlagning eller att aktivera sig och komma utanför dörren. Stödet finns för alla, oavsett hur man försörjer sig. Stödet omfattar ingen behandling. Man ansöker om stöd hos kommunens myndighetsavdelning på socialtjänsten.

### **Kod 14 på arbetsförmedlingen**

#### **LSS lagen om stöd och service till särskilda personer**

**Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar** omfattar ADHD, ADD, Autism, autismliknande tillstånd

En neuropsykiatrisk funktionsnedsättning innebär att hjärnan hos en person inom vissa områden har ett annorlunda fungerande jämfört med hur det är för de flesta andra. Det speciella fungerandet är medfött och kommer således att bestå under en persons hela liv. Att en persons hjärna fungerar annorlunda innebär inte nödvändigtvis något negativt, men ofta ställer det till problem i livet i sådan grad att det är meningsfullt att tala om en nedsättning i hjärnans funktioner. (ADHD, ADD, Autism autismliknande tillstånd)

**Nollklassad** innebär att personen inte haft någon sjukpenninggrundande inkomst och därför inte kan ta del av socialförsäkringarna, som tex sjukpenning. De som står utan sjukpenning men är sjuka blir antingen försörjda av partner/förälder eller försörjningsstöd.

**Psykisk ohälsa** används som ett sammanfattande begrepp för både mindre allvarliga psykiska problem som oro nedstämdhet, sömnsvårigheter och mer allvarligare symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos.

**Psykisk sjukdom** omfattar diagnoser som depression, ätstörning, ångestsjukdom, tvångssyndrom, psykos, schizofreni, utmattningssyndrom.

**Funktionsnedsättning** är en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga.

**Funktionshinder** är den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen

### **Daglig verksamhet**

Personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig kan få daglig verksamhet. Det innebär idag att rätten till insatsen upphör vid 67 års ålder. Insatsen omfattar personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd samt personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom. Kommunen bedömer varje enskild ansökan och avgör vem som får insatsen daglig verksamhet.

### **Habilitering**

**Habiliteringsersättning** är en ersättning som en person som deltar i daglig verksamhet kan få. Habiliteringsersättningen är inte reglerad i lag, förordning eller föreskrift men är ett sätt att stimulera den enskilde att delta i verksamheten.



**Personkrets** är ett begrepp som används inom Lagen om särskilt stöd och service (LSS) för att definiera vilka grupper som har rätt till stöd. Det finns tre personkretsar. Personkrets ett omfattar personer med utvecklingsstörning, autism och autismsliknande tillstånd. Den andra personkretsen är personer med betydande och bestående begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder. Den tredje personkretsen är mer allmänt hållen. Den gäller följande personer: "med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service."

LSS och SoL skiljer sig åt på vissa punkter. De insatser som man kan få inom LSS kan oftast beviljas inom ramen för SoL. Det finns dock två viktiga skillnader. För det första ska den enskilde enligt LSS uppnå goda levnadsvillkor, vilket anses vara lite bättre än skälig levnadsnivå, som det sägs i socialtjänstlagen. För det andra är insatser enligt LSS avgiftsfria medan kommunerna kan ta avgift för insatser enligt socialtjänstlagen.

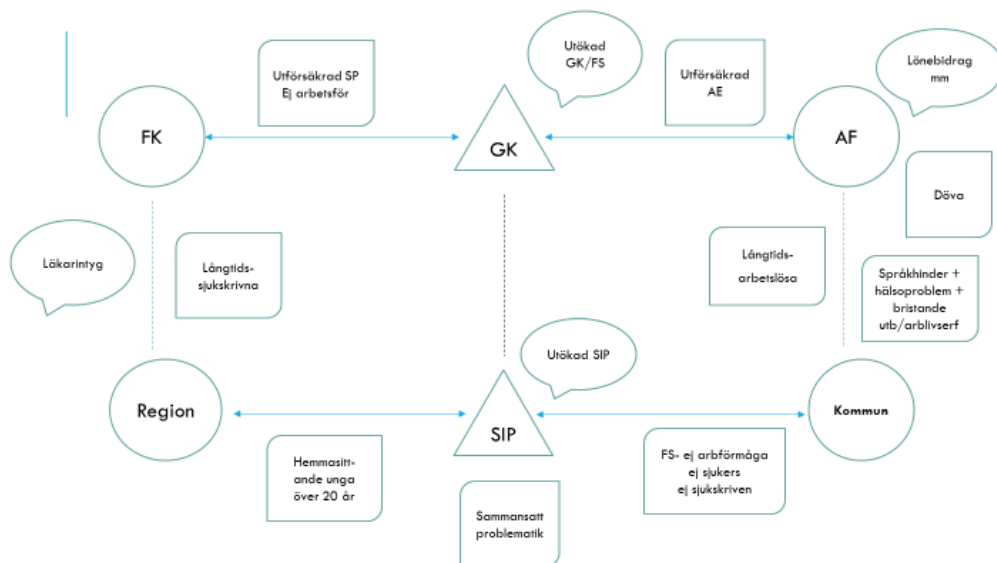
Sammanfattningsvis brukar man säga att LSS är en som det heter pluslag, som ger lite bättre insatser än vad socialtjänstlagen gör.<sup>22</sup>

**Rehabkoordinatorer** sen 1 februari 2020 är det lag på att alla vårdcentraler och sjukhus ska ha funktionen rehabkoordinator. Uppdraget för vårdcentralernas rehabkoordinatorer är att arbeta med de som är nyligen sjukskrivna där sjukskrivningen är eller förväntas bli längre än 30 dagar. Uppdraget för rehabkoordinator på sjukhus på under utveckling.

---

<sup>22</sup> <https://www.srf.nu/temasidor/ledsagning/skillnaden-mellan-lss-och-sol/>

### BILAGA 3 BILD ÖVER MÅLGRUPPER OCH PARTERNA



Den här bilden togs fram till parternas samråd för att illustrera vilka behov av samverkan olika parter ser och vilka grupper som riskerar att trilla mellan eller står utanför.

Försäkringskassan ser behov av utvecklad samverkan framförallt med regionen – gällande bland annat läkaritygen. En hög kvalitet på läkaritygen som förser Försäkringskassan med underlag för beslut gynnar alla parter. Inget formaliserat samarbete, men dialog har påbörjats med rehabkoordinatorer och FK. Samordningsansvar kontra vårdkoordination/samordning.

Fk och AF har ett formaliserat samarbete – det förstärka samarbetet – där gemensam kartläggning är en del.

Regionen och kommunen har ett formaliserat samverkans forum i SIP (behov av utveckling – kännedom etc)

Det framgår ett behov av att utöka det förstärka samarbetet till att omfatta fler parter (ISP-rapport) och ett behov av att utveckla användandet av SIP.

Det behövs alltså någon slags korsbefruktning mellan dessa former (den streckade linjen) Både vad avser vilka parter som ska delta, men också vilka frågor som är lämpliga för SIP, vem får kalla, vem måste komma etc.

Kommunen är den part som ser mest behov av utvecklad samverkan – här ser man ett behov av samverkan med alla parter. Rehabkoordinatorer är en mycket bra början på ett få en ingång till vården. Man efterfrågar bland annat vårdkoordination för försörjningsstödstagare, och att kunna resonera med vården kring hur vårdbehovet ser ut och om en deltagare är frisk nog eller kan ta skada av att delta i aktivitet. Kommunen har haft ett gott samarbete med AF, vilket man ser ett stort behov av att återupprätta. (kanske redan på gång?) Kommunen ser även ett behov av att föra dialog med FK – bland annat kring försörjningsstödstagare som inte uppvisar arbetsförmåga – när kan det vara läge med sjukersättning?

AF har som sagt ett formaliserat forum för samverkan med FK och tidigare samarbete med kommunerna. Några särskilda önskemål kring samverkan med vården har inte framkommit (jag har dock inte talat direkt med af) de lyfter dock fram att man vill se representation från skolan i förbundet. (sydnärkes rapport)

Samarbetet med AF har varit välfungerande men omorganisationen har lett till stora svårigheter. Dels för beslut om lönebidrag, som är centralt för vår målgrupp och deras chanser på arbetsmarknaden, men också att arbetssökande inte får insatser.

Regionen ser behov av att utveckla samarbetet med kommunen kring vissa målgrupper-tex de utlandsfödda kvinnor som konsumerar mkt vård men saknas meningsfull sysselsättning, som varit utanför samhället en längre tid (vårdcentralen-rehabkoord) Man har även lyft fram behovet av samverkan mellan psykiatri och vårdcentral samt psykiatrin och försäkringskassan (läkarintyg).

De grupper som i någon mening ramlar mellan eller står utanför eller saknar relevant insats finns utanför pilarna. De innanför är finsams traditionella grupper. Givetvis finns viss överlappning mellan grupperna.

Sammansatt och komplex problematik finns hos 60 % av försörjningsstödstagare, det finns även hos långtidssjuka och långtidsarbetslösa. Men även de med missbruksproblem och sociala problem. Där problematiken blir sammansatt och individen behöver insatser från fler instanser blir det svårare för både individen att koordinera och samhället att tillgodose behoven. Behov av bättre samordning från samhällets sida.

Vi har även de utförsäkrade som blir försörjd av partner, förälder eller annan. Tillsammans med gruppen unga hemmasittande är de en stor grupp som helt eller delvis står utanför samhället och utan insats. Det kan handla om utförsäkrade från sjukpenning som blir försörjd av partner, unga hemmasittande över 20 år som inte längre tillhör KAA och så länge de inte har ersättning från samhället och inte heller finns hos Arbetsförmedlingen, står utanför.

Runt de unga hemmasittande finns också familjer och föräldrar i behov av stöd. Ett ex är de föräldrar runt NPF och andra barn som inte går till skolan för att skydda sig själva (hemmasittare). Dessa behöver hjälp och stöd för att klara sig från utmattning och andra stressrelaterade sjukdomar.

Personer med språkhinder lyfts också fram från flera håll, språkhinder kombinerat med ohälsa ger tuffa förutsättningar att etablera sig på arbetsmarknaden. Ofta finns även bristande utbildning och arbetslivserfarenhet med som ytterligare hinder. Kommunen är på gång med insatser för dessa grupper. Efterfrågar dock samarbete med vården.

Döva en grupp som står ut i behovsanalysen – återfinns enbart i Örebro, inte i andra kartläggningar eller analyser. Efterfrågar dövkompetens hos myndigheter, teckenspråkmiljö (typ miljövårdscentrum) samt lotsar för söva som kan stötta i kontakt med myndigheter och vårdkontakter.

**BILAGA 4 TABELL AKTIVITETSERSÄTTNING OCH SJUKERSÄTTNING**

	<b>Örebro</b>		<b>Lekeberg</b>	
	aktivitetsersättning	sjukersättning	aktivitetsersättning	sjukersättning
<b>män</b>	256	1516	14	73
<b>kvinnor</b>	232	2111	12	119
<b>totalt</b>	488	3627	26	192