

Dialogmöte kring erfarenheter Rätt stöd – Rätt försörjning i länet

Medverkande:

Mia Alfredsson	Samordningsförbundet Södra Vätterbygden
Viktoria Öneby	Finnvedens Samordningsförbund
Britt-Marie Vidhall	Höglandets Samordningsförbund
Sandra Ekeberg Gosse	Regionen
Susanne Leander	Regionen
Gunilla Westerlund	Försäkringskassan
Emmeli Gidius Persson	Försäkringskassan
Åsa Smedberg	Försäkringskassan
Andreas Appelberg	Arbetsförmedlingen
Ivanka Madunic Vujic	Jönköpings kommun
Hanna Jinnerstrand	Jönköpings kommun
Helena Sandgren	Jönköpings kommun
Diana	Jönköpings kommun
Eva Norrby	Jönköpings kommun AMA
Magdalena Persson	Nässjö kommun
Magnus Frohm	Nässjö kommun
Annelie Öhlin	Nässjö kommun
Pernilla Conradsson	Tranås kommun
Åsa Skoglund	Tranås kommun
Ragnhild Sjöström	Aneby kommun
Sara Edmark	Aneby kommun
Anna Olaison	Aneby kommun
Maria Sundberg	Mullsjö kommun
Kristina Dahlqvist	Vaggeryds kommun
Åsa Fredriksson	Eksjö kommun
Camilla Waern Nyström	Vetlanda kommun
Molly Göransson	Sävsjö kommun

Sammanställande var Jönköpings kommun.

Ledare för mötet var: Ivanka Madunic Vujic (Jönköpings kommun), Susanne Leander (Region Jönköpings län) och Åsa Smedberg (Försäkringskassan)

Inledning

Ivanka hälsar välkommen och förklarar syftet med mötet; dialog och ett erfarenhetsutbyte utifrån framarbetad process och flödesschema. Hur kan samtliga aktörer möta målgruppens behov på ett bättre sätt, och stötta mot autonomi och egenförsörjning, finns behov av utveckling?

En kort presentationsrunda av medverkande på mötet.

Bakgrund

Susanne beskriver bakgrunden och vidareutvecklingen av Halmstad-modellen från 2012-2014. En process för bättre samarbete kring gruppen med försörjningsstöd och SGI 0. En förstudie gjordes i Jönköpings län med stöd från förbundet. En arbetsgrupp med representanter från Region Jönköping, Försäkringskassan och kommunernas enheter för försörjningsstöd arbetade fram ett Flödesschema 2015-2019. Efter pandemiåren när vi inte mötts finns behov av ett omtag.

För mer information kring bakgrund se bildspel.

Ivanka beskriver lärdomar/resultat från ESF-projekt *Koll på förmåga – Stöd till förändring*, som även rör målgruppen för detta möte (se nedan bild, som även finns i bildspelet).

Koll på förmåga
Stöd till förändring

**Mönster vi ser -
organisation och individ**

- Långa, upprepade sjukskrivningar (inläsningseffekt)
- Invanda beteenden som är svåra att bryta och som leder till anpassningssvårigheter
- Vid sjukskrivningar är kärnan ofta social problematik (inte medicinsk). Personen tenderar att inte få den hjälp som hen egentligen behöver vilket sin tur leder till inaktivitet och ökad risk för ytterligare sjukdomstillstånd (diabetes, högt blodtryck, depression).
- Komplexiteten i flera ärenden är så pass stor att de inte klarar av att anpassa sig till ramar/krav i programmen som erbjuds inom AMA.
- Deltagarna har prövats i ett "otal" verksamheter men ändå har ingen progression skett.

jonkoping.se

JÖNKÖPINGS
KOMMUN

Ivanka förklarar att få uppfyller kriterierna för att ta del av samordnad rehabilitering via Försäkringskassan. Många med långvarigt försörjningsstöd har en arbetsförmåga som understiger 25% och är sjukskrivna pga de hinder som social problematik orsakar, inte pga sjukdom.

Det finns ohälsa och komplicerande faktorer och sjukskrivs av läkare utan en planering/rehabilitering.

Målgruppen faller mellan stolarna och får inte stödet mot arbetsmarknaden. De blir erbjudna en kompetenshöjande anpassad aktivitet på låg nivå inom ramen av projektet. Långsiktig aktivering behövs för att öka hälsoeffekter och kompetens. Det kommunen behöver från läkaren är en bedömning inför förberedande arbetsmarknadsinsats. Behovet av sjukskrivning finns oftast inte i dessa fall.

Susanne visar Flödesschemat (bild 9) och påvisar inlåsnings effekten som kommit av att det står "om behov av läkarbedömning för ev sjukskrivning". Vad är det för information som socialtjänsten behöver egentligen från vården och i vilka situationer? Är det alltid nödvändigt med sjukskrivning eller är det bättre att intyga? Skriv i chatten:

Reflektioner från chatten:

Det beror på graden av svårigheter tänker jag. Om man har så stora svårigheter så att man inte kan utföra uppgifter som motsvarar arbete behövs sjukskrivning. Fungerar det med anpassning i arbetet är det inte sjukskrivning

Viktigt att sjukskrivningen är kopplad till relevant aktivitet. Läser klienten t.ex sfi och blir sjukskriven mot arbete. Då stämmer inte det.

Det är viktigt med intyg där läkaren gör en bedömning och inte " på begäran av patient". Viktigt att läkaren gör sin bedömning och inte att klienten själv begär ut det hen önskar.

Kan länkar till informationen om långvarig sjukskrivning/långvarigt ek, bistånd skickas så kan vi lägga ut dem tillsammans med bildspelet från idag?/Samordningsförbunden

I Vetlanda har vi remissmöten mellan soc.sekr och Arbetsmarknadsenheten (AME) där vi diskuterar olika ärenden för att se hur man ska gå vidare. Vi har sedan möjlighet att remittera personen till AME för insatsen Rätt Stöd - Rätt försörjning. AME gör fördjupad kartläggning och tar de kontakter som behövs. Av de 16 ärenden som avslutat idag har 8 fått annan försörjning (löneanställning, aktivitets- sjukersättning, föräldraledig, extratjänst) men 4 personer har avslutats till rätt stöd (Primärvård, boendestöd, god man/förvaltare, daglig verksamhet, hemsjukvård, AF, FK och SE-samverkan AME)

Områden som lyftes i dialog:

ARENA och SIP

- Viktigt att lyfta ärendet i Arena-samverkan för att reda ut vad som behövs.
- Vikten av att använda sig av SIP el trepartsmöte för gemensam planering kring individ.
- Arbetsmarknadsenheten i Tranås kommun upplever att Försäkringskassan vid avslag om sjukersättning påtalar i besluten att specialistbehandling ofta saknas, den medicinska rehabiliteringen är inte uttömd. Susanne kommenterar att det vanligaste skälet till att personen inte får specialistbehandling är att kliniken gjort bedömningen att individen inte har det behovet av vårdnivå. Men då ska det stå i ex läkarutlåtande om sjukersättning att den specialiserade vården har bedömt att det inte finns behov av specialistbehandling.
- Viktigt att kommunen löpande dokumenterat vad som framgår vid arbetsträningen (observationer) och att delge vården detta.
- På samma sätt som Försäkringskassans målsättning ”tidigt och aktivt” i utredning med arbetsgivare och vård med de som har SGI som riskerar långvarig sjukskrivning, vore det bra om kommun och hälso-och sjukvården har dialog tidigt vid nya sjukskrivningar. I Flödesschemat ska ett aktivt ställningstagande med planering inom 2 månader göras, bild 10 (jmf rehabiliteringskedjan för Försäkringskassan).

BLANKETTEN: Leder fel i första frågan.

- Blanketten som Vetlanda tagit fram tas upp i chatten. Susanne informerar att vården inte kan intyga aktivitetsförmågan då den måste testas i reell miljö (bild 17). Däremot kan vården intyga om det är finns något som personen bör undvika för att inte försämrans samt vilka aktivitetsbegränsningar där anpassningar kan behöva göras. Aktivitetsförmågan måste provas fram.
- Eva Norrby beskriver hur läkaren jobbat i Koll på förmåga. Läkaren tar ställning till om det finns medicinska hinder för medverkan. Kräver insyn i vilka aktiviteter som är aktuella.
- Läkaren måste veta vad hen sjukskriver från, vilka aktiviteter har individen? Socialsekreteraren kan utifrån kategorisering ta kontakt med rehabkoordinator i primärvård eller psykiatri och föra en dialog. Sällan är det sjukskrivning 100% som är aktuell. I så fall ska det ju vara aktiva medicinska rehabiliteringsinsatser. Viktigt att klargöra processen och rehabiliteringen för denna målgrupp.
- I få situationer behövs en sjukskrivning för denna grupp, ett intygskrav borde vara tillräckligt för målgruppen. Heltidssjukskrivningar leder till inlåsnings effekter.
- Är det utrett att det inte finns en rehabiliteringspotential och arbetsförmågan är varaktigt nedsatt pga sjukdom kan det krävas ett läkarintyg om sjukskrivning, annars inte? Någon har läst att det lättare att få sjukersättning om det finns läkarintyg om sjukskrivning sedan tidigare? Kan det bero på att man kan visa på intyg att den stadigvarande nedsättningen funnits över tid? FK tar med sig frågan.

ÖVRIGT

- Rehabiliteringsplanen som upprättas gemensamt med vården är viktigast. Sällan ska individer vara sjukskrivna på heltid. Försäkringskassan har inte några egna insatser inkluderat sitt samordningsansvar, utan det är vi övriga aktörer som ansvarar för rehabiliteringen.
- PR-team kan bli aktuellt för att få en medicinsk bild kring funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar.
- Få personer med dagens lagstiftning uppnår kriterierna för beviljad sjukersättning.
- Målgruppen med långvarigt försörjningsstöd växer. En utmaning vi behöver hantera tillsammans.
- Reko vet oftast vad som finns inom ramen för AMA och kan bistå läkaren med information för att undvika sjukskrivningar i onödan när det bara är en anpassning som krävs eller det inte föreligger medicinska hinder för deltagande.
- De finns ingen rättslig styrning från nationellt håll kopplat till målgruppen. Kommunen ska inte utreda arbetsförmåga. Ingen lagstadgad skyldighet att ha en arbetsmarknadsenhet i kommunen -svart hål i det svenska välfärdssystemet. Soc måste ansvara för planeringen.
- Tydligt har kammarrättsdomar givit rätt där Soc har avslagit pga att sjukskrivningen löpt längre än beslutsstödet. Susanne kommenterar att socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd (FMB) enbart är rekommendationer av sjukskrivningslängd och att avsteg från dessa får göras. Det bästa är att först ställa frågan till vården varför sjukskrivningen behövs längre tid än den som FMB rekommenderar. Vanliga skäl är ofta:
 - o Samsjuklighet vilket orsakar längre tid för läkning/återhämtning
 - o Väntetid för operation
 - o Väntetid för bedömning inom specialiserad vård
 - o Medicin eller dosjustering har gjorts vilket orsakar längre tid för läkning/återhämtning
 - o Nya sjukdomar/skador har tillkommit
 - o Från början sjukskriven för annan diagnos, nu en annan diagnos

Summering

Susanne sammanfattar dialogen. Vi bildar en arbetsgrupp för att utveckla processen och blanketten. Viktigt att docka i det nationella arbete som görs för målgruppen på SKR. Sammanfattande är Susanne och Ivanka och första mötet är med representanter från RJL och kommunerna i april/maj. Frivilliga anmäler sig till gruppen och kommer bjudas in via Doodle. Nästa möte i storgrupp/länet för att delge arbetet sker efter sommaren.

Anteckningar av
Åsa Smedberg, Försäkringskassan