

Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan under 2000-talet



UNDERLAGSRAPPORT TILL
DEN PARLAMENTARISKA
SOCIALFÖRSÄKRINGSUTREDNINGEN



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

*Parlamentariska social-
försäkringsutredningen
(S 2010:04)*

Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan under 2000-talet

 **Försäkringskassan**

 **Arbetsförmedlingen**



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

*Parlamentariska social-
försäkringsutredningen
(S 2010:04)*

Underlagsrapport nr 2 till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen

Samtliga underlagsrapporter finns att ladda ned gratis på utredningens webbsida www.psfu.se eller beställas från parlamentariska socialförsäkringsutredningen.
E-post: psfu@social.ministry.se

Foto: Jan Töve

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2011

Förord

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen ska enligt regeringens direktiv se över de allmänna försäkringarna vid sjukdom och arbetslöshet. Kommittén ska överväga förändringar som kan leda till mer hållbara sjuk- och arbetslöshetsförsäkringar. De förändringar som kan bli aktuella ska bidra till ökad sysselsättning och hållbara statsfinanser på lång sikt.

Kommittén har också i uppdrag att analysera och pröva möjligheten att utveckla samhällets samlade insatser för återgång i arbete eller studier genom organisations- och strukturförändringar.

Med syfte att inbjuda till bred debatt och för att skapa ett mångfacetterat underlag inför kommitténs betänkanden har en rad underlagsrapporter beställts från forskare, myndigheter och andra aktörer med kunskaper om sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna. Analyser, slutsatser och rekommendationer i dessa underlagsrapporter står för respektive författare och delas nödvändigtvis inte av den parlamentariska kommittén.

Att det finns en fungerande samverkan mellan alla involverade aktörer är av stor vikt för att återgång i arbete eller studier ska understödjas. Under 2000-talet har det genomförts ett antal reformer för att förbättra samverkan.

I denna rapport redovisas olika former av samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, men också med andra aktörer, för att stödja individers återgång i arbete eller studier. Rapporten fokuserar både hur det ser ut nu och hur samverkan har utvecklats under det senaste decenniet samt hur de olika samverkansformerna har visat sig fungera i praktiken. Avslutningsvis redovisas resultat av den handlingsplanssamverkan som myndigheterna har bedrivit.

Detta är den andra rapporten i den serie underlagsrapporter som kommittén ger ut. Rapporten har tagits fram gemensamt av Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Stockholm i juni 2011

Irene Wennemo
Huvudsekreterare i den parlamentariska
socialförsäkringsutredningen

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningens ledamöter

Under 2010 tillsatte regeringen den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Utredningens uppdrag är att se över de allmänna försäkringarna vid sjukdom och arbetslöshet. Syftet är att överväga förändringar som ger hållbara försäkringar för framtiden. Utredningens arbete, som ska vara avslutat i maj 2013, kommer att presenteras i ett slutbetänkande med förslag till utformning av framtidens sjuk- och arbetslöshetsförsäkringar.

Utredningens arbete leds av en parlamentarisk kommitté. Ledamöter i kommittén är:

Gunnar Axén (M), ordförande

Tomas Eneroth (S)

Stefan Löfven (S)

Sonia Karlsson (S)

Lotta Finstorp (M)

Kajsa Lunderquist (M)

Tomas Tobé (M)

Gunvor G Ericson (MP)

Johan Pehrson (FP)

Fredrick Federley (C)

Erik Almqvist (SD)

LiseLotte Olsson (V)

Emma Henriksson (KD)

Innehåll

Sammanfattning	11
Uppdragsbeskrivning	15
1 Utvecklingen under 1990-talet – en bakgrund	17
1.1 Samverkan.....	19
2 2000-talets första år	23
2.1 Mer fokus på samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.....	23
2.2 Det gemensamma regeringsuppdraget	24
2.3 Faros	25
2.4 Informanternas bild av det tidiga 2000-talet	26
3 Den nationella handlingsplanssamverkan	29
3.1 Volym och resultat.....	32
3.2 Informanternas bild av handlingsplanen/samverkan	35
3.3 Försöksverksamhet med Alternativa insatser för långtidssjukskrivna.....	38
3.3.1 Informanternas bild av alternativa insatser	40

4	"Hamna mellan stolarna"	41
4.1	Nolltoleransrutinen.....	42
4.2	Informanternas bild av nolltoleransrutinen.....	44
5	Pila-projektet	45
5.1	Informanternas bild av Pila-projektet.....	46
6	Reformeringen av sjukförsäkringen och införandet av en rehabiliteringskedja med fasta tidpunkter	49
6.1	Samverkan mellan dag 91 och 180 för anställda	49
6.2	Samverkan för dem som lämnar sjukförsäkringen på grund av att deras dagar eller månader med rätt till ersättning tar slut.....	50
6.3	Informanternas bild av arbetslivsintroduktionen.....	54
7	Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet – Finsam	57
7.1	Myndigheternas stöd till samordningsförbunden	58
7.2	Behov av sektorsövergripande system för uppföljning och utvärdering av samverkansmedel.....	59
7.3	Statskontorets uppföljning av Finsam	60
7.4	Informanternas bild av samordningsförbunden	61
8	Samverkan med övriga aktörer	63
8.1	Försäkringskassans samverkan med Arbetsmiljöverket och arbetsgivare	63
8.1.1	Informanternas bild av samverkan med Arbetsmiljöverket och arbetsgivare	63
8.2	Socialt företagande	64

8.3	Särskilt uppdrag att upphandla tjänster för personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk funktionsnedsättning, Resa-projektet	65
8.4	Kurprojektet.....	66
9	Försäkringskassans redovisning av kostnader och finansiering av samverkan	67
9.1	Informanternas bild av finansiering och kostnader	69
10	Informanternas bild av samverkan under 2000-talet samt deras syn på framtiden för samverkan	71
11	Synpunkter och erfarenheter från två orter om lokal samverkan	75
11.1	Kontinuitetens betydelse för samverkan.....	76
11.2	Individens ersättning styr aktörernas intresse för samverkan och samverkan genererar inga ekonomiska resurser till verksamheten.....	77
11.3	Bristande flexibilitet i regelverken	77
11.4	Syn på samverkans utveckling under 2000-talet	78
11.5	När samverkan inte fungerar.....	79
11.6	Erfarenheter inhämtade från båda orterna	80
12	Resultat avseende återgång i arbete	83
12.1	Vilka deltar i handlingsplanssamverkan?.....	84
12.2	Leder handlingsplanssamverkan till önskat resultat – fler i arbete?.....	89
13	Diskussion och reflektion	93
13.1	Medel och handlingsplan.....	94
13.2	Den reformerade sjukförsäkringen.....	96

Innehåll

13.3 Brist på effektutvärderingar av samverkansformer och metoder inom området	97
13.4 En spaning in i framtiden.....	98
13.5 Sammanfattningsvis.....	99
Referenser.....	101
Bilaga A Tillhörighet för dem som deltagit respektive inte deltagit i samverkan 2006, 2007 och 2008.....	103
Bilaga B Insatser och metoder som används inom arbetslivsinriktad rehabilitering.....	111

Sammanfattning

Under 2000-talets första år uppmärksammades den ökade sjukfrånvaron som ett stort samhällsproblem. Fokus skiftade från att betrakta sjukfrånvaron som ett symptom på problem i arbetslivet till allt intensivare diskussioner om överutnyttjandeproblem i sjukförsäkringen och medborgares uppenbara risk att ”hamna mellan stolarna”, det vill säga mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och andra myndigheter.

Arbetsmarknadspolitiken var vid denna tid fokuserad på mål om tillväxt- och fördelningsspolitik, det senare med inriktning på de personer som har särskilda svårigheter att få och behålla ett arbete. ”Inträdeskraven” till rehabiliteringsinsatser inom arbetsmarknadspolitiken var med dagens mått höga, exempelvis skulle personers medicinska förutsättningar för arbete vara helt klarlagda.

I december 2001 fick dåvarande Arbetsmarknadsstyrelsen och Riksförsäkringsverket i uppdrag av regeringen att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Bakgrunden var den kraftiga ökningen av antalet långtidssjukskrivna och nybeviljade förtidspensionärer, samt att bara åtta procent av de långtidssjukskrivna under 2001 fick aktiva åtgärder.

År 2002 sjösattes en pilotverksamhet, ”Förnyad Arbetslivsinriktad Rehabilitering, Organisation och Samordning” (Faros). Målet med Faros var att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för arbetslösa sjukskrivna skulle vara sammanhållen och ändamålsenligt organiserad. Det övergripande målet för förnyelsearbetet var att fler sjukskrivna skulle återfå förmågan att arbeta och att försörja sig själva genom förvärvsarbete.

Pilotverksamheten utmynnade i den så kallade ”handlingsplan-samverkan” som innebar att en sammanhållen och organisatorisk struktur implementerades och var nationellt genomförd 2005. Denna samverkansform är i huvudsak fortfarande densamma, dock har det skett vissa förändringar av den målgrupp som får insatser.

Ett antal andra samverkansformer har utvecklats under de senaste åren. Finsam (Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet) exempelvis, inkluderar även andra samverkansparter (kommuner, sjukvård) och står oftast för tidiga rehabiliteringsinsatser.

Under andra halvan av 2000-talet innebar nya uppdrag och reformer inom sjukförsäkringen ytterligare förändringar och krav på närmare samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. "Nolltoleransrutinen" som infördes 2006 ska säkerställa att den enskilde får det stöd han/hon behöver under hela processen, från sjukskrivning till arbete. Införandet av en rehabiliteringskedja med fasta tidpunkter 2008 inriktar sig på att ge insatser till de sjukskrivna anställda som kan behöva byta anställning på grund av ohälsa.

Inför 2010 fick myndigheterna i uppdrag att utarbeta rutiner som säkerställer en väl fungerande övergång från sjukförsäkringen till insatser inom Arbetsförmedlingen, för personer vars dagar eller månader med rätt till ersättning från sjukförsäkringen tar slut.

I dag bedrivs en omfattande samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Den utgår från regeringsuppdrag och sker inom de reformer och förändringar som genomförs i socialförsäkringen, och är oftast beroende av särskilt avsatta medel. Att myndigheterna ska samverka är i dag närmast en självklarhet, men samverkan sker företrädesvis i särskilda former, något vid sidan av den övriga verksamheten.

Resultat och erfarenheter pekar i riktning mot ett behov av en fördjupad diskussion om begreppen arbetsförmåga och efterfrågan på arbetsmarknaden. Att myndigheterna genom samverkan finner arbetsförmåga hos de försäkrade, är inte samma sak som att de arbetsökande finner ett arbete. Här väcks en fråga om hur samverkan kan utvecklas mellan myndigheterna och arbetsgivare, eller ännu viktigare, hur arbetsmarknaden kan göras mer tillgänglig för personer med begränsad arbetsförmåga och som under en längre tid har fått ersättning från socialförsäkringen.

Den reformerade sjukförsäkringen har medfört ett utökat behov av samverkan, med ett mer aktivt förhållningssätt, med fler och tidigare övergångar från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen. De försäkrade kan samtidigt ha pågående medicinsk vård och behandling eller olika former av stödjande insatser från en kommun. Verksamheten med målgruppen som lämnar sjukförsäkringen på grund av att deras dagar tar slut, har därför medfört ett ökat behov av samverkan med vårdgivare och socialtjänst. Detta ökar i sin tur

behovet av att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen behöver inkludera parallella insatser från fler aktörer, och att samverkan integreras i ordinarie linjeverksamhet inom samtliga berörda myndigheter och organisationer.

Rapporten inleds med ett antal kapitel som beskriver utvecklingen av samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, från slutet av 1990-talet till i dag, med särskilda intervjuavsnitt i respektive kapitel. Avslutningsvis följer två längre kapitel med utdrag från intervjuer, dels med centrala personer inom myndigheternas samverkan, dels med personer med erfarenhet av hur den lokala samverkan fungerar i en stor och en liten ort. Därefter redovisas resultat av handlingsplanssamverkan. Allra sist följer en diskussion.

Arbetet med underlagsrapporten påbörjades i februari 2011, med slutdatum satt till den 2 maj, 2011.

Uppdragsbeskrivning

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har fått i uppdrag av den parlamentariska socialförsäkringsutredningen att gemensamt ta fram en underlagsrapport om samverkan mellan myndigheterna. De huvudsakliga syftena med underlagsrapporten är att:

- kartlägga och analysera hur samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för att stödja individers återgång i arbete och studier ser ut nu och hur den har utvecklats under 2000-talet samt
- redovisa hur de olika samverkansformerna har visat sig fungera i avseendet att stödja återgång i arbete.

Rapporten ska innehålla en beskrivning av de insatser som finns för stöd till återgång till arbete vid respektive myndighet. Den ska också beskriva de insatser som genomförs i samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Med detta avses den samverkan som bedrivs med samverkansmedel motsvarande fem procent av de beräknade utgifterna för sjukpenningen, såsom handlingsplanssamverkan, finansiell samordning, samordningsförbunden och alternativa insatser för långtidssjukskrivna. Rapporten ska även behandla andra samverkansformer mellan myndigheterna, till exempel den samverkan som skett inom ramen för den så kallade nolltoleransrutinen, Pila-projektet och med anledning av rehabiliteringskedjans och sjukförsäkringens olika tidsgränser. Slutligen ska rapporten beskriva samverkan med andra aktörer, exempelvis kommunerna.

I underlagsrapporten ska även en analys göras av hur de olika insatserna och samverkansformerna fungerar och har fungerat under framför allt 2000-talet. Förutsättningarna för väl fungerande insatser och samverkan ska belysas, liksom vilka områden som har utvecklats såväl positivt som negativt. I rapporten ska slutligen belysas för- och nackdelar med eventuella organisations- eller strukturföränd-

Uppdragsbeskrivning

ringar som bedöms kunna underlätta en utvecklad samverkan, både ur den enskilde individens och myndigheternas perspektiv. Rapporten har författats av Siri Persson (Arbetsförmedlingen) och Daniel Melén (Försäkringskassan). Rapporten har diarienummer Af 2011/129692 på Arbetsförmedlingen och FK 009170-2011 på Försäkringskassan.

Angeles Bermudez-Svankvist
Generaldirektör
Arbetsförmedlingen

Adriana Lender
Generaldirektör
Försäkringskassan

1 Utvecklingen under 1990-talet – en bakgrund

Under 1990-talet skedde samverkan lokalt mellan arbetsförmedlingar och försäkringskassor utan någon styrning centralt i myndigheterna – Arbetsmarknadsstyrelsen och Riksförsäkringsverket – varför samarbetet kunde se väldigt olika ut i landet. Myndigheternas styrning var på många sätt olik dagens Arbetsförmedling och Försäkringskassa, och samarbetet var mer beroende av lokala krafter på kontoren, eller regionala krafter i länen.

Arbetsmarknadspolitiken under 1990-talet ska ses i ljuset av att Arbetsmarknadsverket under 1990-talet hade tre myndighetsnivåer: Arbetsmarknadsstyrelsen, Länsarbetsnämnden och Arbetsförmedlingen. Arbetslivsinriktad rehabilitering bedrevs vid Arbetsmarknadsinstitut. Arbetsmarknadsinstitutet var en resurs åt Arbetsförmedlingen och verksamheten skulle allmänt främja tillträde till arbetsmarknaden för arbetssökande med oklara eller begränsade arbetsförutsättningar. Arbetsmarknadsinstitutens målgrupper var yrkesobestämda sökande samt sökande med nedsatt eller begränsad arbetsförmåga. Vid tidpunkten då Arbetsmarknadsinstitut bildades, 1980, fanns en fördelning där insatser för yrkesobestämda fick ta 60 procent av resurserna och resterande 40 procent gick till sökande med behov av långa rehabiliteringstider, dock inte mer än sex månader. Sökande med rehabiliteringsbehov skulle vara inriktade på att ta ett arbete efter insatser vid Arbetsmarknadsinstitut.

I början av 1990-talet förbyttes en högkonjunktur till en kraftig ekonomisk nedgång, vilket ledde till en sysselsättningskris och betydande arbetslöshet. För att klara den ökade arbetslösheten beslutades inom flera län att förändra Arbetsmarknadsinstitutens målgrupp och uppdrag. Arbetsmarknadsinstitut bytte namn till Arbetsförmedlingen Rehabilitering och blev en Arbetsförmedling för personer med arbetshandikapp. Det fanns dock län som behöll den gamla ordningen med Arbetsmarknadsinstitut som resurs till Arbetsförmed-

lingen. Arbetsmarknadsverket lades ned och den nya myndigheten Arbetsförmedlingen bildades från och med 1 januari 2008.

År 1990 startade Arbetsmarknadsverket en konsultverksamhet, Arbetslivstjänster som sålde tjänster inom arbetslivsriktad rehabilitering för personer med ohälsa till företag, offentlig förvaltning samt till Försäkringskassan. Arbetslivstjänster tillkom i en tid då det befarades en betydande arbetskraftsbrist. En förväntad arbetskraftsbrist vände till den högsta arbetslöshetsnivån sedan 1930-talets depression. Under större delen av 1990-talet hade Arbetslivstjänster ett grundavtal med Försäkringskassan om omfattande köp av tjänster för sjukskrivna anställda och arbetslösa. Den 1 januari 2006 ombildades Arbetslivstjänster till ett statligt bolag.

Försäkringskassa var fram till 2005 indelad i en granskningsmyndighet, Riksförsäkringsverket samt 21 allmänna försäkringskassor. Riksförsäkringsverkets uppdrag gentemot de allmänna försäkringskassorna var att verka för att bestämmelserna om den allmänna försäkringen tillämpades likformigt och rättvist.

Riksförsäkringsverket inrättades 1961, och fungerade som en första instans vid besvär mot försäkringskassans beslut. De allmänna försäkringskassorna bildades 1963. De organiserades i central- och lokalkontor och verkade antingen inom ett län eller en stad. Kassorna ansvarade tillsammans med Riksförsäkringsverket för den allmänna försäkringen, och handlade enskilda ärenden på regional och lokal nivå, med undantag för yrkesskadeförsäkringen och den frivilliga pensionsförsäkringen som handlades av Riksförsäkringsverket.

När försäkringskassorna bildades 1963 inrättades pensionsdelegationer, vilka tillsammans med försäkringsnämnder ersattes av socialförsäkringsnämnder 1987. År 1963 bildades också Försäkringskassaförbundet av tidigare Svenska Sjukkasseförbundet. Försäkringskassaförbundet fungerade som samarbetsorgan för de allmänna försäkringskassorna.

Försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket uppgick den 1 januari 2005 i en gemensam ny myndighet, Försäkringskassan. Syftet med sammanslagningen var att göra det möjligt för socialförsäkringsadministrationen att på ett bättre sätt fullfölja uppdraget från regeringen och riksdagen. Föreskrifter, allmänna råd och vägledningar som beslutats av Riksförsäkringsverket kom även att gälla efter Försäkringskassans inrättande. Försäkringskassaförbundet lades

ner i samband med bildandet av den nya myndigheten. Inom de allmänna försäkringskassorna fanns rehabiliteringsgrupper, vilka från och med 1992 kom att benämnas samverkansgrupper för rehabilitering.

1.1 Samverkan

Något av det första som skedde inom samverkansområdet var att samordning prövades i en försöksverksamhet 1993–1997 enligt ”lagen (1992:863) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård”. Syftet med lagen var att förbättra vården för medborgarna i allmänhet och att minska samhällets kostnader för socialförsäkringar samt hälso- och sjukvård för yrkesverksamma mellan 16–64 år i synnerhet.

År 1994 följde Lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst – Socsam. Avsikten med lagen var att skapa formella förutsättningar för prioritering av gemensamma insatser för målgruppen; personer i yrkesverksam ålder och i behov av insatser över myndighetsgränserna, varav flertalet hade befunnit sig utanför arbetsmarknaden en längre tid. Verksamheten fungerade också som ett gemensamt forum för Försäkringskassan, landsting och kommuner.

Två år senare påbörjades ”Frivillig samverkan inom rehabiliteringsområdet” (Frisam), enligt prop. 1996/1997:63 Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m. Målgruppen var även för denna samverkansform personer i yrkesverksam ålder med behov av samordnade insatser. Frisam pågick till 2008, men började fasas ut i samband med införandet av lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringstjänster (Finsam), som omfattade samma målgrupp och med utgångspunkt i samma lokala behov.

”Prop. 63” följdes av ett tydligare politiskt intresse för samverkansområdet. Den särskilda utredaren kom dock i *En kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet* (SOU 1996:85) fram till att det går att uppnå betydande samverkansvinster utan att det är nödvändigt med en sammanläggning av olika medel. Den lösning som förordades av utredaren innebar visserligen att samverkansprojekt borde ha en gemensam ram för åtgärder och insatser, men att ekonomiska beslut fattas av respektive myn-

dighet, förvaltning. Den samverkan som skedde i lokala projekt vid den här tiden borde enligt utredaren ges större legitimitet, så att ett nytt arbetssätt skulle tillåtas växa fram i hela landet. Samverkan, menade utredaren, borde vidare övergå och utvidgas till att ingå i den ordinarie verksamheten.

Det började då uppmärksammas ett större behov av att mer effektivt utnyttja samhällets samlade resurser, för att bättre tillgodose enskilda människors behov av stödåtgärder. Många med långvarig arbetslöshet, psykosociala eller hälsomässiga problem bedömdes riskera hamna i en gråzon mellan de olika ersättningssystemen, i de fall då problemet inte renodlat föll inom någon specifik myndighets ansvarsområde. Detta, menade man, kunde leda till en rundgång mellan socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling och landstingets primärvård, med många gånger kortsiktiga och ineffektiva insatser som följd. Det ansågs härmed finnas starka skäl att utveckla bra och ändamålsenliga samverkansmodeller som kunde ge bättre förutsättningar för rehabiliteringsarbete. Men upplägget för hur samverkan skulle struktureras, och hur den skulle finansieras, varierade – en variation som förvisso finns än idag.

En viktig fråga ansågs vid den här tiden vara hur förutsättningar och resurser kunde tas till vara på lokal nivå, så att de täckte lokala behov av såväl försörjning som rehabiliterings- och sysselsättningsåtgärder. Utgångspunkten var att varje myndighet i grunden hade som uppgift att sköta sitt sektorsansvar och att kostnadsöverföringar mellan myndighetsområdena skulle undvikas. Grundtanken med att samverka var dock den samma som idag, en följd av individernas behov av stöd från flera håll, och att de samlade resurserna skulle utnyttjas bättre genom att vid behov samverka om de individer som riskerade att hamna i gränslandet mellan myndigheterna och deras ersättningssystem.

Från och med 1998 fick försäkringskassorna möjlighet att disponera vissa medel i syfte att förbättra samverkansformerna, och därmed effektivisera rehabiliteringen för utvalda målgrupper som ansågs vara särskilt utsatta. Det bedömdes emellertid inte finnas behov av ytterligare resurser till samverkansområdet. Istället ansågs en ökad och bättre samverkan innebära att man fick ut mer av varje satsad krona. Enligt ”prop. 63” skulle myndigheterna upprätta gemensamma verksamhets- och handlingsplaner på central myndighets- och regionnivå.

Gemensamma verksamhets- och handlingsplaner på regional nivå växte fram i många län, men var ett frivilligt engagemang. Det var

länens högst ansvariga för respektive myndighet/organisation som kom överens om en gemensam policy för samverkan inom rehabiliteringsområdet. I exempelvis Stockholms läns regionala samverkanspolicy angavs:

- En regional samverkansgrupp ska finnas i Stockholms län. I den regionala samverkansgruppen i länet finns företrädare från Försäkringskassan, Landstinget, Kommunförbundet Stockholms län, Länsarbetsnämnden, Arbetsmiljöinspektionen, samt LO-distriktet Stockholms län och TCO Stockholms län. Gruppens uppgift är att arbeta länsövergripande med samverkansfrågor inom rehabiliteringsområdet. Viktiga uppgifter är också att arbeta med frågor om hur ohälsa och bidragsberoende kan förebyggas genom insatser i samverkan.
- Samverkansgrupper ska finnas på lokal nivå i hela länet. Huvudparter är här försäkringskassa, arbetsförmedling, kommunens socialtjänst samt hälso- och sjukvården. Även andra parter kan ingå. Samverkan ska ske både på chefs- och handläggarnivå. En viktig uppgift för chefsnivån är att ta fram en lokal handlingsplan.

Flera av de regionala samverkansgrupperna lades ned i samband med att Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans länsorganisationer upphörde. Västra Götalandsregionen är ett exempel där den regionala samverkansgruppen kvarstår.

2 2000-talets första år

2.1 Mer fokus på samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan

Under 2000–2001 uppmärksammades den ökande sjukfrånvaron som ett stort samhällsproblem, från att under senare delen av 1990-talet ha betraktas mer som en samhällsekonomisk fråga. Vid den här tiden betraktades sjukfrånvaron främst som ett arbetsmiljöorienterat ohälsoproblem, som ett symptom på problem i arbetslivet. De sjukskrivna betraktades som *offer* för omständigheter utanför deras kontroll. Under 2002–2004 hamnade arbetsmiljöproblem mer i skymundan, med bland annat ett medialt genomslag för en diskussion om överutnyttjande under våren 2002. Det är nu som det på allvar börjar talas om fusk i sjukförsäkringen, men framförallt om trötthet och nedstämdhet versus sjukdom, samt passiva sjukskrivningar. Inte minst uppmärksammas nu problemet med att ”hamna mellan stolarna”, mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och andra myndigheters verksamhet (Johnson 2010).

Arbetsmarknadspolitikerna var vid denna tid fokuserade på mål om tillväxt och fördelningspolitik, det senare särskilt med inriktning på de personer som har svårt att få och behålla ett arbete. Under övriga mål fanns ett verksamhetsmål som lød ”Arbetsförmedlingen skall motverka utslagning från arbetslivet”. Detta mål avsåg den konsultverksamhet som fanns inom Arbetsmarknadsverket, Arbetslivstjänster.

Försäkringskassan kunde köpa utredande och aktiva insatser från Arbetslivstjänster. På så sätt fanns det en högst påtaglig kontaktyta mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen vid denna tidpunkt, men att kalla den samverkan är att gå för långt. Relationen mellan Försäkringskassan och Arbetslivstjänster var ett utpräglat beställar-utförar-perspektiv, där Försäkringskassan som rehabili-

teringsansvarig kunde välja Arbetslivstjänster som en av flera utförare av rehabiliteringstjänster.

Arbetsförmedlingens verksamhet inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrevs vid Arbetsmarknadsinstitut eller i vissa län Arbetsförmedlingen Rehabilitering, Socialtjänsten, vården och Försäkringskassan remitterade ärenden direkt till Arbetsmarknadsinstitut/Arbetsförmedlingen Rehabilitering som avgjorde i vilken mån personen var redo att ta del av arbetslivsinriktad rehabilitering. För att ta del av de insatser inom rehabilitering som Arbetsmarknadsinstitut/Arbetsförmedlingen Rehabilitering tillhandahöll var kravet att personens medicinska förutsättningar för arbete skulle vara helt klarlagt. Det övergripande kravet för samtliga med funktionsnedsättning och/eller ohälsa var att personen skulle kunna delta i aktiva insatser på heltid. "Inträdeskraven" till insatser inom arbetsmarknadspolitiken var således med dagens mått höga.

Inom ramen för arbetet mot ohälsa hade Försäkringskassan möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Kostnaderna för köp av sådana rehabiliteringstjänster ökade kraftigt under början av 2000-talet. År 2002 upphörde dock Försäkringskassans möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster för arbetslösa sjukskrivna. Dock upphandlades externa producenter för framför allt arbetsförmågebedömningar i Pila-projektet (ett projekt med förstärkta insatser för långtidssjukskrivna och individer med tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning) under 2006–2008.

2.2 Det gemensamma regeringsuppdraget

I december 2001 fick Arbetsmarknadsstyrelsen och Riksförsäkringsverket i uppdrag av regeringen att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Detta var ett led i regeringens 11-punktsprogram för ökad hälsa i arbetslivet. Det övergripande målet för förnyelsearbetet var att fler sjukskrivna skulle återfå förmågan att arbeta och förmågan att försörja sig själva genom eget förvärvsarbete.

Uppdraget kan ses i ljuset av den kraftiga ökningen av antalet långtidssjukskrivna och nybeviljade förtidspensioner. Regeringens mål var att halvera antalet sjukdagar fram till 2008 i förhållande till 2002. Detta förutsatte att de försäkrades rätt till arbetslivsinriktad rehabilitering och möjlighet att återgå i arbete förbättrades. Regeringens utgångsläge var att bara åtta procent av de långtidssjukskrivna fick aktiva åtgärder under år 2001. Arbetsmarknadsstyrelsen och

Riksförsäkringsverket kom fram till att en bidragande orsak till ökningen av de långtidssjukskrivna var att det saknades en verksamhet för denna grupp. Ett förslag för att halvera ohälsotalet var att inrätta en verksamhet inom Arbetsmarknadsverket för sjukskrivna som behövde ett nytt arbete. På så sätt uppmärksammades även arbetslösa sjukskrivna som en särskilt utsatt grupp. Verksamheten kom att benämnas Faros.

2.3 Faros

Arbetet med att utveckla och konkretisera regeringsuppdraget kom igång under 2002. Inledningsvis sjuksattes en pilotverksamhet, som kallades "Förnyad Arbetslivsinriktad Rehabilitering, Organisation och Samordning" (Faros). Målet med Faros var att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för arbetslösa sjukskrivna skulle vara sammanhållen och ändamålsenligt organiserad. Statskontoret hade regeringens uppdrag att följa och utvärdera Arbetsmarknadsstyrelsen och Riksförsäkringsverkets insatser. Statskontoret redovisade i rapport (2005:25) att "Modell Faros är utformad på ett sådant sätt att de personer som genomgår rehabilitering i enlighet med modellen, kommer att kunna erbjudas en sammanhållen och ändamålsenligt organiserad rehabiliteringsprocess".

Det övergripande målet för förnyelsearbetet var att fler sjukskrivna skulle återfå förmågan att arbeta och att försörja sig själva genom förvärvsarbete. Förnyelsearbetet bedrevs i fem pilotlän under åren 2002–2004, medan övriga län påbörjade samverkan under liknande former under 2003–2004.

I en gemensam rapport från Arbetsmarknadsstyrelsen och Försäkringskassan (februari 2005) menade myndigheterna att verksamheten i pilotområdena utgör exempel på hur en negativ utveckling kan brytas om det läggs särskilda resurser på att kartlägga och erbjuda individuella insatser. För att på sikt reducera "anhopningen" av antalet långtidssjukskrivna ansågs det krävas en uthållig verksamhet med initialt hög kapacitet, som var inriktad på gruppen som helhet och inte bara på dem som bedömdes stå nära arbetsmarknaden. Erfarenheterna från pilotlänen togs tillvara i form av rekommendationer till länen om arbetssätt, metoder och kvalitetskriterier. Den så kallade "handlingsplanssamverkan" tog härmed form nationellt.

Samarbetet kom att finansieras med särskilt avsatta medel från sjukpenninganslaget, fem procent av anslaget fick användas för samordnade insatser. En sammanhållen process och organisatorisk struktur implementerades och var nationellt genomförd år 2005. Endast marginella förändringar har genomförts under åren. Process och metodik är i huvudsak som de utformades i utvecklingsarbetet i pilotområdena. Däremot har det skett vissa förändringar av den målgrupp verksamheten riktar sig till.

2.4 Informanternas bild av det tidiga 2000-talet

Inför arbetet med denna underlagsrapport har författarna genomfört fyra intervjuer med personer i nyckelpositioner inom Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens centrala verksamhet inom samverkansområdet. Intervjupersonerna – eller informanterna – besitter positioner såsom projektledare och verksamhetsutvecklare inom området, samt nationellt samverkansvarig.

Med ”informant” åsyftas en särskild nyckelperson, *key informant*, som till skillnad från en traditionell intervjuperson ges en mer delaktig roll i rapportarbetet. Dessa personer kan inte anonymiseras fullt ut beroende på den position de besitter, då den insatte kan spåra det de säger. Informanterna har också läst, godkänt och ibland omformulerat de utdrag som tagits med från intervjuerna.

Intervjuerna har inte spelats in, men viktiga aspekter har antecknats av intervjuaren, anteckningar som således har bekräftats av informanterna. Tre av fyra informanter kommer från Försäkringskassan. En av Arbetsförmedlingens informanter av personliga skäl avbokade intervjun i sista stund. Av tidsbrist skedde aldrig en planerad intervju med ytterligare en påtänkt informant från Arbetsförmedlingen. Bristen på jämvikt är dock inte av det allvarliga slaget, då intervjuerna inte på något sätt har en ambition att försöka komma till generaliserande slutsatser, utan ska ses som exempel på upplevelser av hur samverkan har fungerat. Ytterligare sådana erfarenheter har tagits in från båda myndigheterna, genom att låta andra nyckelpersoner läsa rapporten under arbetets gång.

En av informanterna, tidigare projektledare för handlingsplan-samverkan inom ett av länen, menar att samverkan inte mer än undantagsvis skedde mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan under de första åren av 2000-talet. År 2003, då en fördjupad samverkan (Faros) påbörjades i regionen, blev startskottet för samverkan.

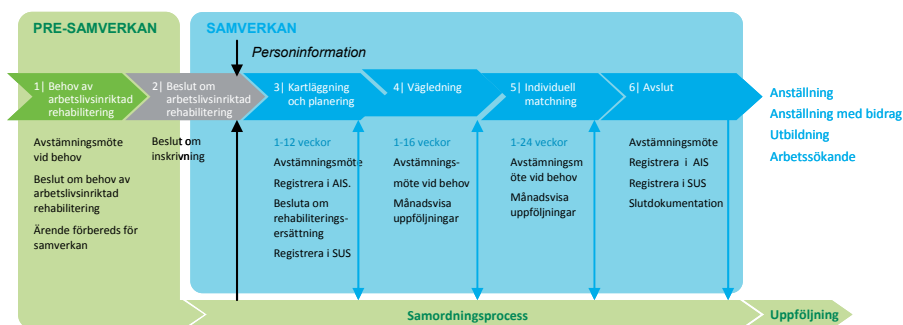
Samverkan var trögstartat men projektledarens uppfattning är att samverkan har fungerat bättre och bättre. Han beskriver det som en ”ganska enorm utveckling”. Inledningsvis såg det väldigt olika ut i olika regioner och lokalt, på vissa platser talade man inte med varandra, medan man på andra platser hade utvecklat lokala samarbetsprojekt. I början fanns en dålig kunskap om ”den andra” myndigheten, och jobbet som projektledare gick inledningsvis mycket ut på att försöka skapa tillit och förklara att samverkanspartnern inte hade någon dold agenda, eller försökte sätta käppar i hjulet för den andra parten. I dag är det nästan alltid bra relationer både på chefs- och handläggarnivå, tillägger projektledaren.

Projektledarens bild bekräftas av övriga intervjupersoner, som också tydligt upplever en förändring i samband med starten av den nationella handlingsplanssamverkan.

3 Den nationella handlingsplanssamverkan

Uppdraget för verksamheten inom handlingsplanssamverkan är sedan 2005 att Försäkringskassan i samverkan med Arbetsförmedlingen ska säkerställa att den enskilde får det stöd som behövs under processen, från sjukskrivning till återgång i arbete. Arbetet med den enskilde sker utifrån Faros processtyrningsmodell, som innehåller följande steg:

Figur 1 Faros processtyrningsmodell, såsom den presenteras av myndigheterna år 2011



Under den tid sjukskrivna befinner sig i handlingsplanssamverkan utgår rehabiliteringsersättning från sjukförsäkringen (de med sjuk- eller aktivitetsersättning har kvar denna ersättning även i samverkan). Målgruppen för handlingsplanssamverkan har utvidgats. År 2005 tillkom försäkrade med sjuk- och aktivitetsersättning, och 2006 utökades samverkan till att omfatta gruppen sjukskrivna med en anställning som de inte bedöms kunna återgå till. Utvidgningen skedde på uppdrag av regeringen. Sedan 2006 ingår följande målgrupper:

- arbetslösa med sjukersättning,
- arbetslösa sjukskrivna,
- arbetslösa unga med aktivitetsersättning,
- anställda sjukskrivna eller med sjuk- eller aktivitetsersättning som inte kan återgå till sin anställning.

Det är den personliga handläggaren på Försäkringskassan som bedömer vilka som kan behöva arbetslivsinriktad rehabilitering genom handlingsplansamverkan för att kunna arbeta. Handläggarens utredning ska innehålla ett medicinskt underlag som styrker att personen är färdigutredd och att läkaren bedömer att individen kan förbättra sin arbetsförmåga genom arbetslivsinriktad rehabilitering. Utredningen ska också innehålla en Sassam-karta¹, där individens förutsättningar och behov har kartlagts. Handläggaren ska också göra en bedömning av om individen initialt klarar av en arbetslivsinriktad aktivitet på minst 10 timmar per vecka.

Arbetsförmedlaren är den som har huvudansvaret för att en aktiv rehabilitering upprätthålls så att deltagaren successivt prövar och utökar sin arbetsförmåga. Uppgiften för handläggaren från Försäkringskassan är att följa upp de planerade aktiviteterna och ge konsultativt stöd samt att hantera det som rör själva sjukskrivningsprocessen och läkarkontakter.

En individ kan befinna sig i verksamheten under längst ett år i enlighet med regelverket för hur länge rehabiliteringsersättning kan utgå. Avslut kan ske av många olika skäl men det vanligaste är att:

- deltagaren har fått arbete eller utbildning,
- deltagaren har återfått arbetsförmågan men inte fått någon anställning och kvarstår hos Arbetsförmedlingen som arbetsökande,
- deltagaren är av medicinska skäl arbetsoförmögen och återgår till ersättning från sjukförsäkringen, helt eller partiellt.

I handlingsplanen ställs det upp konkreta och mätbara mål för samverkan. Det handlar framförallt om två mål som följs vid kontinuerliga mål- och resultatdialoger:

1. Mål om hur stor andel som 12 månader efter påbörjad insats har ett arbete eller börjat en utbildning.
2. Antal nya samt aktuella deltagare i samverkan.

¹ Sassam står för "Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och Samordnad Rehabilitering".

Arbetet inom handlingsplansamverkan bedrivs i gemensamma team med särskilt utsedda personliga handläggare och arbetsförmedlare som arbetar heltid med uppdraget och har ett gemensamt ansvar för att nå målen. Det finns nyckeltal för hur många ärenden varje handläggare bör ansvara för. Erfarenheterna från pilotverksamheten Faros visade att en aktiv rehabiliteringsprocess som ska leda till arbete eller utbildning inom en viss tidsrymd, krävde att ärendemängden begränsades. Inledningsvis var nyckeltalet för personlig handläggare på Försäkringskassan 50 ärenden, medan nyckeltalet för arbetsförmedlare sattes till 30 ärenden. Mot bakgrund av att medlen för samverkan har minskat i takt med att sjukskrivningarna har minskat, har nyckeltalen för antal ärenden justerats under senare år: 2007 var nyckeltalen 60 respektive 35, och 2008 var de 65 respektive 35, för Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Från och med 2010 är nyckeltalen 70 ärenden för handläggare inom Försäkringskassan och 40 för arbetsförmedlare. Sedan 2010 har Arbetsförmedlingen gått in med åtgärdsmedel och har tagit alla kostnader för åtgärder, för att på så sätt kunna fördela merparten av samverkansmedel till kostnader för personal. Under innevarande år bekostar således Arbetsförmedlingen samtliga kostnader för köp av insatser. En stadigvarande minskning av medlen för handlingsplanen har medfört att man från och med 2011 på vissa håll i praktiken har tvingats frånga att handläggarna ska arbeta heltid i team med samverkansuppdraget.

Sedan 2006 finns en chefsgrupp på nationell nivå för samverkan mellan myndigheterna. Den nationella samverkansgruppen ansvarar för att årligen ta fram en samverkansöverenskommelse som anger målgrupper, volymer och mål för de personer som bedöms behöva arbetslivsinriktad rehabilitering i samverkan. På lokal nivå finns en samverkansgrupp, bestående av ansvariga chefer från respektive arbetsmarknadsområde (Arbetsförmedlingen) och lokala försäkringscenter (LFC) på Försäkringskassan, som ansvarar för att arbetet bedrivs enligt den nationella överenskommelsen. Som stöd för arbetet inom handlingsplanen finns det sedan 2008 sexton samverkanssamordnare, åtta på vardera myndighet. Samordnarna utgör ett stöd till chefer och team. Tillsammans med ansvariga chefer verkar de för enhetlighet, identifierar utvecklingsbehov och föreslår åtgärder.²

² Den nationella samverkansgruppen och de lokala samverkansgrupperna utgör också forum för generella samarbets- och utvecklingsfrågor för att säkerställa att det gemensamma uppdraget om att underlätta omställningen mellan ersättning från sjukförsäkringen och aktivt

3.1 Volym och resultat

Från starten i pilotlänen 2003 till och med 2005, hade drygt 26 000 personer deltagit i handlingsplanen, varav 60 procent var kvinnor. Vid slutet av 2005 hade närmare 9 000 personer (34 procent ackumulerat) fått ett arbete eller påbörjat en utbildning efter att ha tagit del av samverkansinsatserna. Resultatet till arbete eller utbildning för 2005, tolv månader efter start i handlingsplansamverkan, var 37 procent.

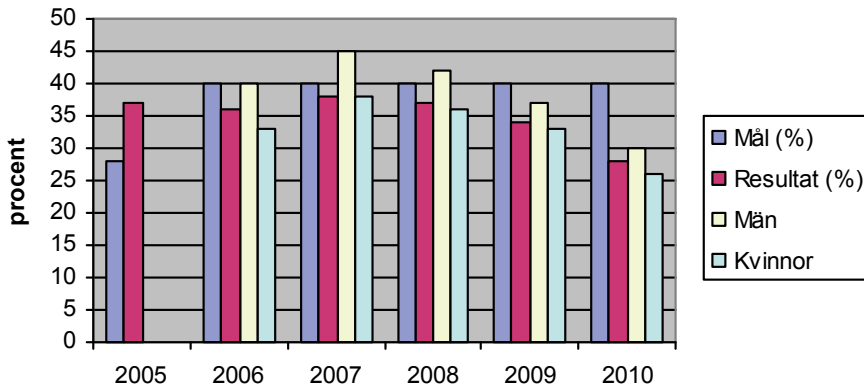
Antalet nya deltagare 2006 var 11 483 personer, varav 36 procent var i arbete eller utbildning tolv månader efter att insatsen hade påbörjats. År 2007 var antalet nya deltagare 12 243 personer och 2008 påbörjade 11 647 personer deltagande i samverkan. Resultatet till arbete eller utbildning var 38 procent för 2007 och 37 procent för 2008.

Under 2009 var antalet nya deltagare 16 034 personer, det högsta antalet deltagare någonsin. Det ökade inflödet berodde på att de personer vars dagar eller månader med ersättning från sjukförsäkringen beräknades ta slut under 2010, skrevs in i samverkan under hösten 2009. De personer som skrevs in under 2009 fick fortsätta i handlingsplansamverkan under tiden i arbetslivsintroduktion. Resultatet tolv månader efter påbörjad insats var 34 procent.

År 2010 var inflödet av nya deltagare till samverkan 12 517. Resultatet var 28 procent i arbete eller utbildning 12 månader efter påbörjad insats: 4 633 personer fick arbete eller utbildning, vilket samtidigt var en ökning med 327 personer jämfört med 2009 (men en minskning från 34 procent till 28 procent).

Totalt hade 11 877 personer under 2010 antingen fått arbete eller utbildning, skrivits in på Arbetsförmedlingen i något arbetsmarknadspolitiskt program eller anmälts som arbetssökande. Detta innebär att den procentuella andel som fått ett arbete eller kommit närmare arbetsmarknaden uppgick till 70 procent för 2010. Det senare är ett nytt mått för 2010, som kompletterade andelen till arbete/utbildning (28 procent). De flesta som avslutar deltagande i samverkan med arbete eller utbildning, gör det med stöd av ett lönebidrag.

arbetssökande fungerar även för personer som inte deltar i verksamhet som finansieras via samverkansmedel. Nationellt utgör samverkansgruppen också ett forum för att behandla frågor utifrån ett statligt ägarperspektiv beträffande den finansiella samordningen (Finsam).

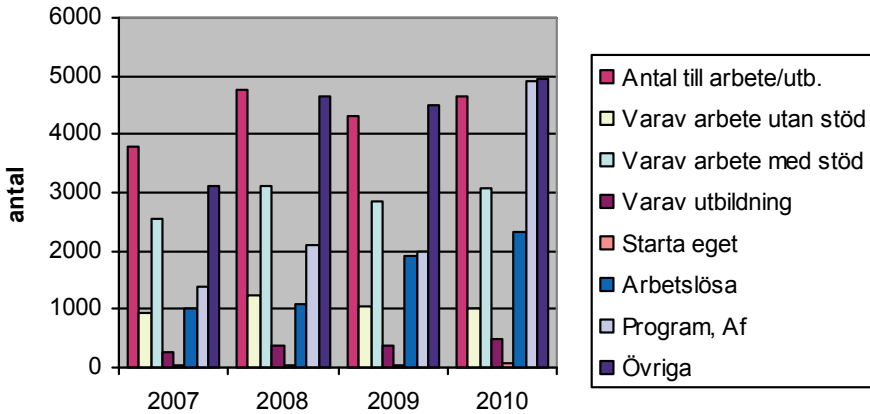
Diagram 1 Mål och resultat i handlingsplansamverkan, 2005–2010³

Källa: Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans gemensamma återrapportering om handlingsplansamverkan.

I ovan diagram sammanfattas resultaten för de olika åren i handlingsplansamverkan (andel som går till arbete eller utbildning ett år efter start i samverkan), samt det resultatmål som överenskommit mellan myndigheterna nationellt inför vardera verksamhetsår.

³ Uppgift om kön finns inte redovisat i den rapport som avser 2005 års handlingsplansamverkan.

Diagram 2 Resultatredovisning för handlingsplansamverkan 2007–2010

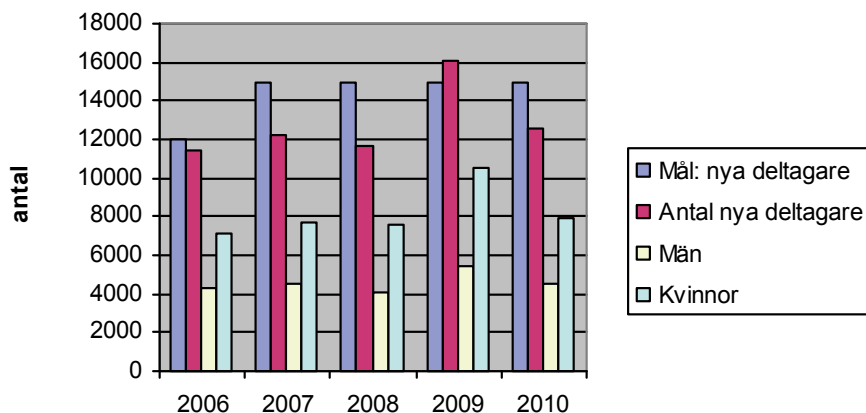


Källa: Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans gemensamma åiterrapportering om handlingsplansamverkan.

I diagram 2 redovisas resultaten fördelat på olika kategorier. I kategorin övriga finns till största delen de personer som återgår till ersättning från sjukförsäkringen, i kategorin redovisas även personer som kvarstår hos Arbetsförmedlingen men är förhindrade att söka arbete samt personer som lämnar samverkan av andra skäl.

Nedan redovisas sammanfattningsvis volymmål för nya deltagare och uppnått antal nya deltagare per år, könsfördelat.

Diagram 3 Redovisning av mål för inflöde av nya deltagare och faktiskt inflöde av nya deltagare, könsfördelat för handlingsplansamverkan 2006–2010



Källa: Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans gemensamma återrapportering om handlingsplansamverkan.

3.2 Informanternas bild av handlingsplanen/samverkan

Samtliga informanter betraktar handlingsplansamverkan som avgörande för den lyckosamma utveckling som samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har uppvisat på ett generellt plan (se kapitel 10).

Fördelen med handlingsplansamverkan är enligt en tidigare projektledare (Arbetsförmedlingen), att Farosmodellen ger ett bra stöd för att samverka, med en tydlig arbetsfördelning mellan myndigheterna. Försäkringskassan har genom modellen på ett bra sätt kunnat integrera målet om att de försäkrade ska gå *till* någonting, till utbildning och arbetsmarknaden, genom rehabilitering. Normalt, menar projektledaren, är Försäkringskassans fokus inställt på att de försäkrade ska gå *från* någonting, närmare bestämt från sjukförsäkringen. De 12 månaderna – som de försäkrade som längst kan vara inskrivna i handlingsplanen – har underlättat samverkan mellan myndigheterna, menar projektledaren. Likaså upplever han att det är en fördel att samverkan har haft tydliga mål, att få 28–40 (bero-

ende på tidsperiod) procent av deltagarna till arbete eller utbildning.

Det konkreta och mätbara målet om hur många procent som ska gå till arbete eller utbildning har varit av stor vikt för arbetet inom handlingsplansamverkan. Även det andra målet – om inflödet till samverkan – har, enligt den nationellt samverkansansvarige (Försäkringskassan), varit centralt. Att fylla de tillgängliga platserna i handlingsplanen har liksom resultatmålet, kontinuerligt följts upp.

Projektledaren (Arbetsförmedlingen) menar att samverkan inte alltid har varit en dans på rosor. Under sitt arbete med samverkan har han inte bara haft kontakt med ”samverkanshandläggare”, utan också träffat många ”vanliga” handläggare inom Försäkringskassan som ska rekrytera deltagare till samverkan, det vill säga stå för inflödet. I dessa möten har han noterat att samverkanshandläggarna ibland har blivit en egen, tredje organisation, vilka varken tillhör Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan, utan står någonstans däremellan. Det var särskilt påtagligt under de inledande åren att många handläggare på Försäkringskassan ansåg att deras försäkrade inte klarade inträdeskraven för samverkan, det vill säga inte bedömdes ha tillräcklig arbetsförmåga för att vara aktuella som deltagare i handlingsplansamverkan. Särskilt i inledningsfasen av handlingsplanen kom också samverkanshandläggarna från Försäkringskassan i kläm, någonstans mellan Försäkringskassans bedömning och fokus på arbetsförmåga, och arbetsförmedlarnas fokus på efterfrågan på arbetsmarknaden. Detta problem, upplever projektledaren, har dock minskat under årens lopp, i takt med att samverkan har växt fram och förbättrats. En annan barnsjukdom inom samverkan mellan myndigheterna var att tidigare rehabiliteringshandläggare på Försäkringskassan jobbade i ett eget spår med de försäkrade, utan att föra över dem till samverkan – i dag, anser han, har detta problem försvunnit. I dag fungerar samverkan enligt honom bättre, både inom och mellan myndigheterna.

Även en verksamhetsutvecklare (Försäkringskassan) menar att samverkan med Arbetsförmedlingen tog fart under början av 2000-talet. Tidigare, menar hon, kunde det se spretigt ut mellan länen. Men 2002–2003 säger hon att det skedde en förändring och att skillnaderna mellan länen minskade genom en tydligare styrning i regleringsbrev, en förändring som fortsatte i positivt riktning genom 2005 års implementering av Farosmodellen på nationell nivå.

Verksamhetsutvecklaren berättar dock att det även innan denna period fanns en påtaglig förändring i luften, ”som man kunde ta på”. Redan 1996–1997 började det hända saker (”prop. 63”), och

1998 kom särskilda medel till köp av utredningar. Det började skönjas ett tydligare politiskt intresse redan under slutet av 1990-talet, men först några år in på 2000-talet ”gjorde vi lika”, avslutar verksamhetsutvecklaren och syftar på hur olika det tidigare kunde se ut i olika delar av landet.

En tidigare projektledare inom Försäkringskassan menar att den enkla strukturen för samverkansarbetet, med tydliga tidsramar, har varit en framgångsfaktor för handlingsplansamverkan. Före handlingsplanen, menar han, kunde samverkan fungera på sina håll. Men handlingsplanen har fått ett stort genomslag i myndigheterna, vilket tydligt märktes då Faros implementerades i hela verksamheten. Han tillägger att det är bra att det inte har funnits mer detaljstyrning utöver den nationella handlingsplanen: man har, tillägger han, litat till handläggarnas och organisationernas kompetens.

Samma projektledare tillägger att han anser att Arbetsförmedlingen i viss mån kastade ut barnet med badvattnet då man lade ned Arbetsmarknadsinstitutet under 1990-talet. Förändringen skapade en arbetsförmedling med arbetsförmedlare med i stort sett ett och samma uppdrag, att förmedla arbete utifrån samma villkor. Och denna inställning kan ha försvårat samverkan med Försäkringskassan. Genom handlingsplanen återskapades arbetet med arbetslösa med funktionsnedsättning eller begränsad arbetsförmåga. En framgångsfaktor för samverkan, avslutar han, har varit att Arbetsmarknadsstyrelsen varit bra på att redovisa siffror för handlingsplansamverkans resultat. Redovisningssystemet har fungerat, till skillnad från SUS, jämför han (se längre fram).

Försäkringskassans samverkansansvarige menar att arbetslösa långtidssjukskrivna alltid har varit den prioriterade gruppen i handlingsplansamverkan, följt av arbetslösa med sjukersättning och unga med aktivitetsersättning. De anställda sjukskrivna som inte har bedömts kunna återgå till sitt tidigare arbete har blivit en något bortglömd målgrupp, tillägger han. Målgruppernas antal har visserligen varierat något i de årliga överenskommelserna mellan myndigheterna, men detta har inte alltid fått genomslag, då samverkan inte har haft tillräckligt inflöde för att fylla sina platser.

Problembilden av inflödet till samverkan förstärks av en av Arbetsförmedlingens projektledare inom handlingsplansamverkan, som menar att problemet med att fylla platserna återkom och förstärktes då de nya reglerna infördes i sjukförsäkringen i samband med rehabiliteringskedjan. Projektledaren menar att Försäkringskassans tidigare fokus på indrag av sjukpenning återkom i samband

med förändringen, vilket gjorde att det fanns färre ärenden kvar för handläggarna att rekrytera till samverkan. Problemet med inflödet i samverkan, menar han, har många gånger gäckt arbetet med handlingsplanssamverkan.

3.3 Försöksverksamhet med Alternativa insatser för långtidssjukskrivna

Regeringen gav 2008 i uppdrag åt Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan att inom ramen för en försöksverksamhet pröva alternativa insatser för långtidssjukskrivna. Försöket bedrevs i Stockholm, Göteborg, Dalarna och Västerbotten under åren 2008 till 2010. Under denna period skulle minst 1 500 personer ta del av insatser hos alternativa aktörer.

Syftet med försöksverksamheten var att pröva om man genom att anlita alternativa aktörer, som får ersättning utifrån prestation och resultat, snabbare och effektivare kan ge långtidssjukskrivna stöd för att återfå arbetsförmågan och att erhålla ett reguljärt arbete.

Totalt har 3 060 personer deltagit i rehabiliterande insatser inom ramen för försöksverksamheten. Av dessa har 1 571 deltagare fått insatser hos alternativ aktör, varav 223 personer hos aktör inom den sociala ekonomin. 1 489 deltagare har fått insatser i ordinarie handlingsplanssamverkan mellan myndigheterna (kontrollgrupp).

Inom ramen för försöksverksamheten har två processutvärderingar för att studera innehåll och processer i insatserna genomförts. Malmö Högskola har anlitats för att göra en utvärdering genom en enkät- och intervjustudie. Både aktörer och deltagare har medverkat i studien. Samtliga aktörer (offentlig, privat och social) betraktade det individuella samtalet mellan deltagare och coach/handläggare/kontaktperson som det enskilt viktigaste momentet i insatserna. Man har även en likartad syn på den stora betydelse som arbetsprövningen har för rehabiliteringen. De stora skillnaderna är vikten man lägger vid förberedande och coachande aktiviteter. Deltagare i privat verksamhet uppger att de deltagit i fler olika sorters aktiviteter än deltagare i offentlig och social verksamhet. Men när deltagare får uppskatta effekterna av de olika aktiviteterna, kan man konstatera att deltagare hos offentlig verksamhet upplever fler positiva effekter.

Utvärderingen ger inget stöd för att den prestationsbaserade betalningsmodell som använts i försöksverksamheten skulle påverka

resultatfokus eller innehåll i aktiviteterna hos varken privata företag eller företag inom den sociala ekonomin.

Försäkringskassan har också gjort en utvärdering, baserad på en genomgång av nästintill samtliga akter på Försäkringskassan för personer som ingått i försöksverksamheten. Utvärderingen visar bland annat att 23 procent av de slumpade personerna till försöksverksamheten (inklusive handlingsplansamverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan) inte har påbörjat någon rehabiliteringsinsats, flertalet på grund av att de försäkrade ansågs ha nått försämring i grundsjukdom. Om det hade upprättats en rehabiliteringsplan och om det hade genomförts ett avstämningmöte innan insatsen skulle ha startat så hade det ökat sannolikheten för att insatsen kom igång.

Sannolikheten för att insatsen startade ökade med 40 procent om de försäkrade deltog hos en alternativ aktör jämfört med offentlig aktör. Insatsen påbörjades även snabbare hos en alternativ aktör än i ordinarie rehabiliteringssamverkan mellan myndigheterna. En orsak till dessa skillnader är förmodligen den betalningsmodell som användes för alternativa aktörer – de fick betalt om deltagaren startade sin insats (under förutsättning att den varade minst två veckor), utan andra krav på insatsens omfattning eller innehåll.

Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) har fått i uppdrag av regeringen att effektutvärdera försöksverksamheten. Effektutvärderingen ska svara på om rehabilitering kan effektiviseras genom att låta aktörer konkurrera om deltagare och genom att ge aktörer ekonomiska incitament att få deltagare tillbaka till arbete. Utvärderingen från IFAU kommer att presenteras senare under 2011.

Det finns en resultatmätning för dem som har medverkat i försöksverksamheten, gjord inom ramen för gängse resultatredovisning inom handlingsplansamverkan, där deltagaren mäts ett år efter påbörjad insats. Denna mätning visar att av samtliga deltagare som har fått insatser hos alternativ aktör var 15,8 procent i arbete eller utbildning vid mättillfället, motsvarande siffror för deltagare som fått insatser av Arbetsförmedlingen i samverkan med Försäkringskassan var 26 procent. IFAU:s utvärdering kommer att göra en förfinad mätning genom att ta hänsyn till fler variabler och kommer på grund av det senare mättillfället att kunna ta hänsyn till eventuella fördröjda effekter. De kommer också att studera effekterna för de deltagare som randomiserades till att ingå i projektet men som av olika anledningar inte påbörjade insats (cirka 1 000 personer).

3.3.1 Informanternas bild av alternativa insatser

En projektledare (Arbetsförmedlingen) för de alternativa insatserna refererar till utvärderingen av insatserna (Malmö Högskola) och menar att det ännu är för tidigt att kunna konstatera om de alternativa insatserna kan betraktas som ett misslyckande. Visserligen visar preliminära resultat att fler i handlingsplansamverkan än i alternativa insatser har fått arbete. Men då den förra gruppen också hade flera uttagna deltagare som aldrig startade i samverkan kan det tolkas som att de alternativa aktörernas (privata och sociala företag) ekonomiska incitament har fått dem att starta insatser för deltagare i ”sämre skick”, medan man i handlingsplansamverkan bedömde dem på förhand stå för långt ifrån arbetsmarknaden för att kunna delta i insatserna

Han menar också att Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan är mer – och kanske ibland för mycket – fokuserade på det mål som de har satt upp för verksamheten. Resultatfokus kan innebära en risk för att för mycket koncentrera sig på alla former av resultat, inte minst kortsiktiga lösningar, och för litet på långsiktiga och hållbara lösningar för individen. Kanske, menar han, kan vi se effekterna av de alternativa insatserna först ett eller två år senare. Ett problem med samverkan, menar han vidare, är att myndigheterna ibland kan vara för snävt inriktade på snabba resultat och lyssnar för lite på deltagarna i samverkan. Deltagarna får med andra ord anpassa sig efter de ramar som myndigheterna erbjuder. Här kan de alternativa aktörerna möjligen erbjuda ett ”mjukare” alternativ, som vi i dag ännu inte sett effekterna av.

Försäkringskassans samverkansansvarige menar att de alternativa insatserna har påverkat resultatet för handlingsplanen negativt (då det sämre resultatet inom de alternativa insatserna ingick i det totala resultatet för handlingsplanen). Vidare nämner han, likt projektledaren ovan, att myndigheterna har att lära av de alternativa insatserna och deras bemötande av de försäkrade.

4 ”Hamna mellan stolarna”

I Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens sammanfattande rapport om Faros i februari 2005 belyses att den gemensamma samverkan med en sammanhållen och ändamålsenlig verksamhet förhindrade att de sjukskrivna arbetslösa ”hamnade mellan stolarna” och att fler erbjöds arbetslivsinriktad rehabilitering. Statskontoret (2005:25) såg däremot en risk med att samverkan enligt Faros inte involverade personer som vid en medicinsk bedömning ansågs kunna ta ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Försäkringskassans strävan efter en mer försäkringsmässig bedömning, det vill säga en strikt bedömning baserat enbart på medicinska underlag, förutspåddes av Statskontoret ge två typer av konsekvenser:

- Antalet ärenden som kommer i fråga för rehabilitering enligt Modell Faros blir få.
- Alltjämt kommer det att finnas en stor grupp personer som, trots tydliga behov, inte erbjuds åtgärder som motsvarar dem som erbjuds inom ramen för rehabilitering enligt Modell Faros.

En sådan utveckling skulle enligt Statskontoret innebära att det ur ett övergripande perspektiv skulle bli tveksamt huruvida den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för arbetslösa sjukskrivna skulle kunna anses vara sammanhållen och ändamålsenligt organiserad.

Handlingsplanssamverkan gäller de personer som av Försäkringskassan bedöms ha nedsatt arbetsförmåga på grund av medicinska skäl, för övriga sjukskrivna arbetslösa fanns fram till halvårsskiftet 2006 ingen överenskommelse om samverkan mellan myndigheterna. De personer som inom sjukförsäkringen bedömdes ha en arbetsförmåga på ett på arbetsmarknaden ”vanligt förekommande arbete” fick sin ansökan om sjukpenning avslagen alternativt sin pågående ersättning indragen. Dessa blev hänvisade till att själva ta kontakt med och söka arbete via Arbetsförmedlingen. I Försäkringskassans vägledning för sjukpenning och samordnad rehabilitering (2004:2)

betonas att Försäkringskassans samordningsuppdrag löper över hela ohälsoprocessen och att myndigheten har ett särskilt ansvar för att samverka och samordna övriga aktörers insatser med målet att få tillbaka människor i arbete. I vägledningen angavs att de som Försäkringskassan bedömde var arbetsföra i ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, också skulle anses arbetsföra av arbetsmarknadsmyndigheterna. Det var därför viktigt att det fanns en samsyn mellan Försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheterna. För att bland annat uppnå samsyn var det viktigt med ett samarbete dem emellan, såväl i enskilda fall som på central nivå. Samsynen gällde även bedömningen av vad som skulle anses vara på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, såväl i enskilda fall som mer generellt.

Det fanns ytterligare en aspekt som medförde att begreppet "hamna mellan stolarna" också blev medialt uppmärksammat under våren 2006. Det handlade om att det i Lagen om allmän försäkring 3 kap., 5 § angavs att man måste vara anmäld som aktivt arbetssökande hos Arbetsförmedlingen för att behålla sin sjukpenninggrundande inkomst (SGI). De personer som av Försäkringskassan hade fått sin ansökan om ersättning avslagen eller sjukpenning indragen med hänsyn till att deras arbetsförmåga inte bedömdes vara nedsatt, uppmanades av Försäkringskassan att anmäla sig som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen. Dessa kunde dock anse sig vara för sjuka för att arbeta, och kunde därför ange detta vid besöket/inskrivning hos Arbetsförmedlingen, varvid personen av Arbetsförmedlingen uppmanades att återkomma första friska dag. Detta medförde en situation av "moment 22" för individen och förorsakade konsekvensen att dennes SGI upphörde enbart av skälet att personen inte var inskriven vid Arbetsförmedlingen som aktivt arbetssökande.

4.1 Nolltoleransrutinen

Sedan maj 2006 har Försäkringskassan i uppdrag av regeringen att i samråd med Arbetsmarknadsstyrelsen (Arbetsförmedlingen) säkerställa att den enskilde får det stöd han/hon behöver under hela processen från sjukskrivning till återgång i arbete. Detta uppdrag kom att kallas för "Nolltoleransrutinen", med en målsättning om samsyn om bedömningen av den enskildes förutsättningar på arbetsmarknaden och behovet av insatser, vilket inkluderar en respekt för varandras kompetens och uppdrag. Syftet är att:

- den enskilde får det stöd han/hon behöver under hela processen från sjukskrivning till återgång i arbete,
- den enskilde ska uppleva att stödet från båda myndigheterna finns ända fram till återgång i arbete,
- det gemensamma målet är återgång i arbete eller utbildning,
- samarbetet på alla nivåer inom respektive organisation ska präglas av gemensam planering för att stödja individen tillbaka i arbetslivet.

Försäkringskassans ska i sin bedömning av individens medicinska tillstånd och arbetsförmåga tillvarata Arbetsförmedlingens kompetens för att tillgodose den enskildes behov av, och möjlighet till, rehabilitering. Ambitionen var vid införandet av rutinen att Försäkringskassan i högre grad än tidigare skulle kalla Arbetsförmedlingen till ett så kallat *avstämningmöte*. Avstämningmötet syftar till att:

- bedöma den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga,
- bedöma den försäkrades behov av och möjlighet till arbetslivsinriktad rehabilitering,
- motivera och planera stödet till den enskilde.

För de arbetslösa där Försäkringskassan bedömer att arbetsförmågan inte är nedsatt av medicinska skäl i förhållande till ett vanligt förekommande arbete tillkom en ny mötesform, *överlämningsmöte*. Personer som får sin ansökan om ersättning avslagen alternativt sin ersättning indragen, ska av Försäkringskassan erbjudas ett så kallat överlämningsmöte tillsammans med Arbetsförmedlingen.

Under överlämningsmötet ska personen få den information som behövs för att övergången till Arbetsförmedlingen ska bli så smidig som möjligt. En planering ska påbörjas av det stöd personen kan vara i behov av för att kunna ta tillvara befintlig arbetsförmåga. Personen ska efter mötet också veta vilken service som Arbetsförmedlingen kan erbjuda samt villkoren för arbetslöshetsförsäkring.

Det övergripande syftet med överenskommelsen om nolltoleransrutinen är att finna administrativa rutiner för tidig myndighetsgemensam planering tillsammans med berörda individer. Målet är att individen ska uppleva att myndigheterna erbjuder ett stöd vid övergången mellan sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken. Stödet innebär inte att individen garanteras ersättning från någon part. I överenskommelsen angavs även att individen ska erbjudas stöd

för kontakt med kommunen vid situationer då ersättning från sjukförsäkringen eller arbetsmarknadspolitiken inte är aktuellt.

Nolltoleransrutinen kom att gälla från 1 juli 2006 och gäller än idag. I samband med rutinens införande genomförde samtliga län gemensamma konferenser för att säkerställa förankringen om rutinerna.

4.2 Informanternas bild av nolltoleransrutinen

En verksamhetsutvecklare på Försäkringskassan menar att rutinen, tillsammans med handlingsplanen och myndigheternas förberedelser inför rehabiliteringskedjan, har krävt ett "tätt och nära samarbete" mellan myndigheterna. Försäkringskassans nationellt samverkansansvarige tillägger att nolltoleransrutinen tydligt påverkade utvecklingen av samverkansarbetet. När det pratades om att hamna mellan stolarna uppe på regeringsnivå, menar han, fick samverkansarbetet ett genomslag, där det tydliggjordes vilken myndighet som hade vilket ansvarsområde och hur samverkan skulle ske för att ingen skulle hamna mellan stolarna.

5 Pila-projektet

I arbetet med att minska ohälsan fick Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i december 2005 i uppdrag av regeringen att under 2006–2008 bedriva ett projekt med förstärkta insatser för att få tillbaka långtidssjukskrivna (över två år) och individer med tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning till arbete. Projektet kom att kallas Pilotinsatser för långtidssjukskrivna till arbete (Pila).

Verksamheten startade i två pilotlän, Västra Götaland och Västmanlands län. En viktig del i pilotverksamheten bestod i att utveckla rättsäkra och effektiva metoder för handläggningen av ärenden. Särskilt angeläget var att utveckla rutiner för bedömning av arbetsförmåga, åtgärder för rehabilitering och stöd för återgång i arbete. När effektiva och rättsäkra metoder och rutiner hade utvecklats skulle verksamheten successivt införas i hela landet. I mars år 2007 utvidgades verksamheten till samtliga län. Samtliga personer i målgruppen inom landet skulle omfattas av insatserna. Det påpekades särskilt att frågor om kvinnors ohälsa skulle ges tyngd i pilotverksamheten. Samtliga som enligt Pilas bedömning hade arbetsförmåga fick ta del av arbetslivsinriktade insatser, huvuddelen i samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (handlingsplan-samverkan). Från projektets start fram till och med dess avslut den 31 december 2008 hade Försäkringskassan inom projektets ram granskat drygt 140 000 ärenden av totalt 154 000 i målgruppen.

Huvuddelen av individerna bedömdes sakna arbetsförmåga och deras ärenden lämnades tillbaka till den ordinarie verksamheten på Försäkringskassan. Andelen som saknade arbetsförmåga och inte bedömdes kunna återgå till arbetsmarknaden var högre bland individer med sjuk- eller aktivitetsersättning (71 respektive 70 procent) än bland sjukskrivna (59 procent). Tio procent av de sjukskrivna (elva procent av dem med aktivitetsersättning och sex procent av dem med sjukersättning) bedömdes ha arbetsförmåga att arbeta helt

eller partiellt. Resterande ärenden lämnades tillbaka till Försäkringskassan utan åtgärd från Pila.

I uppföljningen av Pilas verksamhet undersöktes också vilken ersättning individerna hade från sjukförsäkringen ett halvår efter att ärendet hade avslutats i projektet. Resultaten visar att 55 procent av samtliga avslutade Pila-ärenden hade samma förmån ett halvår efter projektets avslut. Andelen med samma ersättning var högre bland individer med sjuk- eller aktivitetsersättning (78 respektive 60 procent) än bland sjukskrivna (24 procent). En fjärdedel av individerna hade lämnat sjukförsäkringen och en femtedel hade bytt förmån.

Andelen som hade lämnat sjukförsäkringen var högre bland sjukskrivna (31 procent) än bland individer med sjuk- eller aktivitetsersättning (21 respektive 25 procent). Av dem som bedömdes ha arbetsförmåga hade knappt 26 procent lämnat sjukförsäkringen ett halvår efter projektets avslut. Samma andel (26 procent), hade lämnat sjukförsäkringen bland dem som redan hade planerat eller pågående åtgärder i Försäkringskassans ordinarie verksamhet. Andelen som lämnade sjukförsäkringen bland dem med arbetsförmåga var högre än bland dem som bedömdes sakna arbetsförmåga (16 procent).

Uppföljningen av projektet visar flera möjliga faktorer som kan ha bidragit till att arbetet inte hade varit optimalt. Bristen på en formell rutin för en intern kommunikation och samarbete mellan Pila-handläggare och de ordinarie handläggarna på Försäkringskassan var sannolikt en viktig bidragande orsak, vilket konstateras i Försäkringskassans uppföljning. Andra möjliga förklaringar är resursbrister i den ordinarie verksamheten. Försäkringskassans stora organisationsförändring vid tiden för projektet och de genomgripande förändringarna som skedde inom sjukförsäkringen är andra faktorer som lyfts fram i rapporten, vilka kan ha påverkat projektets resultat. Deltagare i Pila-projektet gick, då en bedömning av att arbetsförmåga ansågs finnas, in i handlingsplansamverkan, men här fanns inte sällan uppfattningen att dessa deltagare hade svårt att klara arbetslivsinriktade insatser.

5.1 Informanternas bild av Pila-projektet

En tidigare projektledare inom Pila menar att implementeringen av projektet hade stöd av Faros, då strukturerna redan fanns på plats. Projektets främsta mål betraktade han som att leta efter arbetsförmåga och rehabiliteringspotential hos de försäkrade. Det andra målet

– att hjälpa dessa försäkrade att återkomma till arbete – betraktades som ett uppdrag som låg i Försäkringskassans befintliga samarbete med Arbetsförmedlingen, Faros, och för de anställda i det ordinarie linjearbetet inom sjukförsäkringen.

Han anser att Pila var ett bra projekt, sett utifrån projektets primära mål, då kunskapen om denna grupp av försäkrade var väldigt bristfällig innan projektet genomfördes. Projektet var en bra inventering, men, tillägger han, den kunskapen använde man sig inte av vid införandet av rehabiliteringskedjans borte parantes, avseende hanteringen av dem som föll ut från försäkringen. Samtidigt menar han att man i rehabiliteringskedjan tog till vara en del av den kunskap som kom av Pila – då projektet visade att det låg i strukturen att man kunde fortsätta vara sjukskriven år efter år, och att den långa tiden tills dess någon reell rehabiliteringsinsats erbjöds försvårade en återgång till arbetslivet. Han menar således att man har tagit till vara ett av resultaten från Pila – att sluta förlänga sjukskrivningar i oändlighet – men inte det andra – att potentialen på arbetsmarknaden är mycket begränsad för cirka 80 procent av denna grupp försäkrade.

Den omfattande omorganisering som samtidigt skedde på Försäkringskassan skyfflade frågorna, som Pila drev, lite åt sidan. Frågan kom härmed lite i skymundan, enligt projektledaren, i meningen att den nödvändiga samordningen mellan det ordinarie linjearbetet och projektet försvårades.

6 Reformeringen av sjukförsäkringen och införandet av en rehabiliteringskedja med fasta tidpunkter

6.1 Samverkan mellan dag 91 och 180 för anställda

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har haft gemensamma rutiner för avstämnings- och överlämningsmöten tillsammans med de försäkrade sedan halvårsskiftet 2006, i enlighet med nolltoleransrutinen. I samband med rehabiliteringskedjans ikraftträdande den 1 juli 2008 infördes ett nytt gemensamt möte, *kontaktmöte*. Målgruppen för kontaktmöten är sjukskrivna anställda mellan dag 91 och 180 i rehabiliteringskedjan som kan behöva byta anställning på grund av ohälsa, då de sannolikt kommer att bedömas ha arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden och få sin sjukpenning indragen.

Syftet med kontaktmötet är att personen i ett tidigt skede (före dag 181 i sjukfallet) bereds kontakt med Arbetsförmedlingen för att tillvarata den tid som denne fortsatt har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. I kontaktmötet deltar handläggare från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samt berörd person. Om den försäkrade tackar nej till kontaktmöte, informeras denne om möjligheten att på eget initiativ ta kontakt med Arbetsförmedlingen. Under 2010 har Försäkringskassan erbjudit¹ 1 594 personer möjligheten att delta i kontaktmöte, varav 38 procent avböjde. Personer som befinner sig mellan 91 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan och som kan behöva byta anställning på grund av ohälsa har möjlighet att få del av Arbetsförmedlingens insatser i den ordinarie verksamheten. Erfarenheterna är hittills att det är ett begränsat

¹ Observera att siffrorna gäller erbjudna, ej faktiskt genomförda, möten.

antal personer ur målgruppen som har tackat ja till stöd från Arbetsförmedlingen.

Erfarenheter från lokala förmedlingskontor visar att de som behöver ta del av Arbetsförmedlingens insatser, dels kommer sent, närmare dag 180 än dag 91, dels har en komplex hälsosituation som kräver insatser inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

6.2 Samverkan för dem som lämnar sjukförsäkringen på grund av att deras dagar eller månader med rätt till ersättning tar slut

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan fick i augusti 2009 i uppdrag att utarbeta rutiner som säkerställer en väl fungerande övergång från sjukförsäkringen till insatser inom Arbetsförmedlingen, för personer vars dagar eller månader med rätt till ersättning från sjukförsäkringen tar slut.

De personer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen ska av Arbetsförmedlingen erbjudas ett arbetsmarknadspolitiskt program, arbetslivsintroduktion. Personer som tillhör målgruppen erbjuds av Försäkringskassan att delta i ett överlämningsmöte cirka fyra månader före det att personen lämnar sjukförsäkringen. Syftet med arbetslivsintroduktionen är att förbereda personer för ett arbete eller för fortsatta insatser inom arbetsmarknadspolitiken. Under programtiden, som kan pågå som längst under tre månader, ska insatserna anpassas till deltagarens behov och förutsättningar för att delta i aktiviteter. En individuell handlingsplan tas fram under programmet och utgör underlag för att ta ställning till vilka fortsatta arbetsmarknadspolitiska insatser som kan öka möjligheten för personen att få ett arbete. Under tiden som personer deltar i arbetsmarknadspolitiskt program ges aktivitetsstöd.

I tabellen nedan visas hur många som uppnådde maximal tid i sjukförsäkringen vid årsskiftet 2009/2010 eller under första, andra och tredje kvartalet 2010, hur många av dem som blev kvar i sjukförsäkringen (till exempel för att de beviljades sjukersättning tills vidare) och hur många som har återvänt till sjukförsäkringen fram till aktuell mätperiod under februari 2011.

Tabell 1 Antal som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen, andel som blev kvar respektive återvände till sjukförsäkringen fram till aktuell mätperiod under februari 2011

	Årsskiftet 2009-10		Q1, 2010		Q2, 2010		Q3, 2010	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Antal personer som uppnådde maximal tid	11 608	6 189	8 011	5 562	2 449	10 166	7 101	3 065
	17 797						9 037	2 681
Antal personer som blev kvar i sjuk-försäkringen	2 131	1 442	2 240	1 457	783	2 687	1 756	931
	3 573						2 209	712
Andel som blev kvar i sjukförsäkringen	18%	23%	28%	26%	32%	26%	25%	30%
	20%						24,50%	27%
Antal som återvänt till sjukförsäkringen	5 362	2 640	2 493	1 786	707	2 725	1 944	781
	8 002						1 580	467
Andel som återvänt till sjukförsäkringen	46%	43%	31%	32%	29%	27%	27%	25%
	45%						17,50%	17%

Källa: Arbetsförmedlingen/Försäkringskassan. Uppföljning av de personer som uppnådde maximal tid i sjukförsäkringen vid årsskiftet 2009/2010 eller under första, andra och tredje kvartalet 2010.

Reformeringen av sjukförsäkringen

De flesta som lämnade sjukförsäkringen efter att ha uppnått maximal tid har skrivit in sig hos Arbetsförmedlingen. Tabellen nedan visar senaste status – den 28 februari 2011 – för dem som hade skrivit in sig hos Arbetsförmedlingen och inte återvänt till sjukförsäkringen.

Tabell 2 Status på Arbetsförmedlingen 2011-02-28

	Årsskiftet 2009-10		Q1		Q2		Q3					
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor				
Antal som skrivit in sig hos Af	12 587	8 352	4 235	4 907	3 465	1 442	6 411	4 555	1 856	5 897	4 222	1 675
Varav ej återvänt till FK	5 187	3 422	1 765	2 586	1 812	774	3 863	2 746	1 117	4 387	3 153	1 234
I arbete	29 %	18 %	10 %	24 %	17 %	7 %	19 %	13 %	6 %	15 %	10 %	5 %
Öppet arbetslös	11 %	7 %	5 %	10 %	7 %	3 %	8 %	5 %	3 %	6 %	4 %	2 %
I program	43 %	30 %	13 %	45 %	32 %	13 %	53 %	39 %	14 %	57 %	42 %	15 %
Enbart inskrivna Af	7 %	4 %	3 %	10 %	7 %	3 %	12 %	8 %	4 %	17 %	12 %	5 %
Lämnat Af, ej arbete	10 %	7 %	4 %	11 %	8 %	4 %	8 %	6 %	2 %	6 %	4 %	2 %

Källa: Arbetsförmedlingen/Försäkringskassan. Uppföljning av de personer som uppnådde maximal tid i sjukförsäkringen vid årsskiftet 2009/2010 eller under första, andra och tredje kvartalet 2010.

I kategorin i arbete räknas arbete utan stöd, arbete med stöd, ny-startsjobb och fortsatt anställning hos samma arbetsgivare.

Av dem som fortsätter i program efter arbetslivsintroduktion går ungefär hälften av deltagarna vidare i ett program som syftar till fortsatt kartläggning och utredning av personens arbetsförutsättningar. För många deltagare har bytet av ersättning från sjukförsäkringen till aktivitetsstöd medfört en betydande oro för den egna försörjningen. Dialog om och stöd angående den enskildes ekonomi har blivit en överskuggande aktivitet under programtiden, vilket medfört att andra insatser med fokus på förutsättningar för arbete inte har kunnat genomföras. En ytterligare orsak till att så många behöver fortsatta kartläggande insatser är, enligt Arbetsförmedlingens erfarenheter, att deltagarna lämnar sjukförsäkringen på grund av en tidsgräns, och inte på grund av att de bedöms klara ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Då deras hälsoläge ofta är oklart tar kartläggningen och utredningen lång tid. En del personer har härtill pågående eller inplanerade medicinska behandlingar under programdeltagande som medför att de reellt inte deltar i av Arbetsförmedlingen ordnade aktiviteter i den omfattning som behövs för att klargöra vad som kan bli nästa steg inom arbetsmarknadspolitiken.

6.3 Informanternas bild av arbetslivsintroduktionen

Det har tidigare nämnts att Pilas tidigare projektledare inte tyckte att beslutet av införandet av rehabiliteringskedjans bortre parantes helt tog till vara erfarenheterna från Pila. Det har också nämnts att arbetet med arbetslivsintroduktionen tog tid och kraft från arbetet med handlingsplanssamverkan.

En verksamhetsutvecklare på Försäkringskassan menar samtidigt att arbetet med arbetslivsintroduktionen löpte på förhållandevis smärtfritt just tack vare den samverkansstruktur som hade skapats genom arbetet med handlingsplanen. Arbetet med handlingsplanen, menar hon, hade gjort ett bra förarbete för arbetet med introduktionen. Organisationerna lyckades således på kort tid lösa frågorna om samverkan i samband med rehabiliteringskedjan. Hon säger visserligen att det var lite som att börja om från början, med tanke på att det var nya handläggare som skulle börja samverka. Men samverkansstrukturerna, kanalerna, fanns redan. Det fanns dock återigen lite av misstänkliggörandet mellan myndigheternas handläggare (se informanternas bild av tiden i början av 2000-talet). Men startsträckan var kortare, och cheferna hade kontakter i respektive orga-

nisation. Mellan huvudkontoren, menar hon, sker mer eller mindre dagliga kontakter, med ”ett väldigt tätt samarbete på alla nivåer”. Det fanns, avslutar hon, ett förtroendekapital, och vi klarade på kort tid att förbereda oss in för uppgiften – även om delvis andra var inblandade.

Förutsättningarna för samverkan runt att skapa rutiner i samband med arbetslivsintroduktionen har enligt detta synsätt varit tillfredsställande. Den nationellt samverkansansvarige tillägger att det visserligen finns fasta och bra rutiner, men att dessa mer gäller överlämning från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen än samverkan under perioden i arbetslivsintroduktion, enligt ett utvecklat koncept mellan myndigheterna. Han menar också att rehabiliteringen (arbetslivsintroduktion) bör ges under tiden man är i sjukförsäkringen, i stället för att vara ett ”uppsamlingsheat för dem som vi misslyckats med”.

7 Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet – Finsam

Samverkan enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning (Finsam) infördes 2004 med syfte att ge möjligheter till samverkan inom rehabiliteringsområdet. Finansiell samordning bedrivs av finansiella samordningsförbund och är en frivillig samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, ett landsting samt en eller flera kommuner i regionen.

Försäkringskassan ska bidra med hälften av medlen, statens samlade andel, till den finansiella samordningen, landstinget med en fjärdedel samt den eller de kommuner som deltar med en fjärdedel. Målgruppen för den finansiella samordningen utgörs av personer som är i behov av förebyggande åtgärder i samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna, med det primära syftet att uppnå eller förbättra förmåga till förvärvsarbete. Ett annat viktigt syfte med finansiell samordning är att förhindra att människor hamnar i en gråzon mellan olika aktörer.

Samordningsförbunden består av en styrelse som ska besluta om mål och riktlinjer för den finansiella samordningen samt finansiera insatser. De åtgärder som får finansieras utförs hos respektive huvudman och ligger inom de samverkande parternas samlade ansvarsområde. Åtgärderna som finansieras ska syfta till att återställa eller öka den enskildes funktions- och arbetsförmåga, även insatser som är av förebyggande karaktär kan finansieras av förbundet. Samordningsförbundet ska också stödja samverkan genom att till exempel finansiera gemensamma team hos huvudmännen. Ett centralt perspektiv i samordningsförbundens verksamhet är de lokala behoven.

I december 2010 var 87 samordningsförbund bildade, inom vilka 188 kommuner ingick. Samordningsförbunden omfattar olika stora geografiska områden, allt från en eller ett par kommuner till ett helt län. Det är endast Gävleborgs län som saknar samordningsförbund.

Under 2010 har samordningsförbunden finansierat 593 aktiviteter, vilka knappt 34 000 personer har tagit del av. Aktiviteterna vänder sig i huvudsak till målgruppen arbetslösa sjukskrivna och/eller personer med försörjningsstöd. Mer specifika målgrupper för samordningsförbunden är individer med psykisk ohälsa, unga, individer med komplext och långvarig frånvaro från arbetsmarknaden, individer som riskerar att hamna långt ifrån arbete, individer vars ersättning från sjukförsäkringen upphör samt individer vars språksvårigheter och övriga problem att integreras i samhället skapar hinder för egen försörjning.

Regeringens intentioner när det gäller insatser inom ramen för Finsam är att medel kan användas till såväl resursförstärkning av parternas ordinarie verksamhet som finansiering av tidsbegränsade aktiviteter eller projekt. Det kan vara utbildning och information för olika personalgrupper, kartläggningar och analyser, insatser riktade direkt till individer samt uppföljningar och utvärderingar. De individriktade verksamheterna syftar till att uppnå och förbättra förmåga till egen försörjning och många ger även stöd till att komma ut på arbetsmarknaden. Följande typer av aktiviteter har identifierats som de vanligaste som finansieras via samordningsförbunden: coaching mot arbetsmarknaden, aktiverande, stödjande och motiverande insatser (förberedande inför mer arbetsinriktade insatser), samt strukturövergripande insatser (icke individuella insatser, där arbetet bedrivs strukturövergripande inom förbundets verksamhet, såsom förstudier, kartläggningar och behovsinventeringar samt interna och externa informations- och utbildningsinsatser som exempelvis riktar sig till huvudmännens personal).

7.1 Myndigheternas stöd till samordningsförbunden

Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen samt Sveriges Kommuner och Landsting har uppdraget att stödja utvecklingen av finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Inledningsvis fanns en informell tjänstemannagrupp som arbetade med att stödja nybildande av förbund och för att stödja erfarenhetsutbyte mellan förbunden.

Som följd av bristande sammanhållning och översyn över samordningsförbunden beslutades att ersätta den informella gruppen med en tydligare och mer formell organisation, varför ett nationellt råd för finansiell samordning inrättades i oktober 2008. I rådet finns

respektive myndighets/organisations ansvariga chef för samverkan representerade.

Syftet med rådet är att, i enlighet med regeringens intentioner, ge samverkan den dignitet och förankring som är nödvändig. Det nationella rådet ska vara ett forum för gemensamma ställningstaganden i strategiska frågor när det gäller finansiell samordning och för samlade diskussioner om det gemensamma uppdraget, ett forum där man söker gemensamma lösningar på olika problem och frågor. Rådet ska dessutom verka för att upprätthålla en gemensam målsättning med samverkan och bidra till en ökad kunskapsuppbyggnad inom området.

Utänför den formella myndighetsstrukturen har förbunden tagit initiativ till ett medlemsbaserat nätverk, Nationella Nätverket för Samordningsförbund (NNS). Syftet med nätverket är att vara språkrör för, samt stödja och utveckla samordningsförbund.

7.2 Behov av sektorsövergripande system för uppföljning och utvärdering av samverkansmedel

Riksförsäkringsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen och Socialstyrelsen hade i uppdrag att ta fram ett system för uppföljning av samverkan inom rehabiliteringsområdet (SUS). Myndigheterna fick också uppdraget att i samverkan förvalta och utveckla systemet. Sveriges kommuner och landsting (SKL) skulle erbjudas att vara med i utvecklandet av SUS. Riksförsäkringsverket var systemägare, övriga myndigheter bidrog med kunskaper om bland annat verksamhet och juridiska frågor. En tanke med SUS var att systemet även skulle fungera som ett verktyg för ledning och styrning. SUS skulle användas för all registrering av aktiviteter och insatser som bekostades av samverkansmedel. SUS var klart för användning från och med januari 2005. I slutrapporten (2008:16) om Finsam konstaterade Statskontoret att "det nationella uppföljningssystemet inte fungerat som avsett, vilket har lett till stor undertäckning i systemet och stora kvalitetsproblem i övrigt". Från och med 13 september 2010 mönstrades "gamla SUS" ut till förmån för "nya SUS". Gamla SUS fungerade dåligt och uppgifter matades inte in såsom det var tänkt. Av de registreringar som hade gjorts sedan starten gick det bara att följa en bråkdel av insatserna. Nya SUS är nu i drift och förväntas leda till förbättrad uppföljning.

7.3 Statskontorets uppföljning av Finsam

Statskontoret fick under 2004 i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera finansiell samordning enligt Lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Finsam).

I Statskontorets första rapport om Finsam (2005:10) redogjordes för att de fyra aktörerna i huvudsak var positiva till lagens olika delar och bedömde att det inte fanns anledning att förändra lagens utformning. I rapporten konstaterades också att intresset från Arbetsmarknadsverket och Försäkringskassan varierade över landet, varför det föreslogs att regeringen skulle överväga att öka styrningen av de två myndigheterna för att ge likvärdiga förutsättningar för alla kommuner och landsting att bilda samordningsförbund.

I den andra rapporten om Finsam (2006:6) studerades vilka målgrupper samordningsförbunden hade prioriterat och vilka insatser de bedrev, likaså studerades förbundens arbetsformer. I rapporten drogs slutsatsen att förbunden följde propositionens intentioner avseende prioriterade grupper och insatser. Det konstaterades att förbundens budgetar och verksamhetens omfattning varierade kraftigt och att ansvarsfrågorna i vissa avseenden var oklara. Samordningsförbundens verksamhet ansågs kunna närma sig myndighetsutövning, trots att regeringens avsikt var att Finsam inte skulle påverka rättsliga ansvarsförhållanden.

I den tredje rapporten (2007:6) studerades målgrupper och insatser mer ingående. Statskontoret kom där fram till att förbunden bedrev insatser enligt regeringens intentioner och att målgrupperna var de avsedda. De nationella aktörernas stöd till förbundens verksamhet undersöktes också, och här drogs slutsatsen att deras stöd kunde utvecklas.

I statskontorets fjärde rapport – ”Fyra år med Finsam” – (2008:16) står att läsa att kommunikationen mellan förbundsrepresentanter och de nationella aktörerna har brister, och att det saknas en kontaktyta för löpande stöd mellan nationella aktörer och förbunden. Arbetsförmedlingen är mest positiv med finansieringen, och de som inte är nöjda med finansieringsandelarna vill minska den egna organisationens andel av finansieringen. Samtidigt hörs röster om att Försäkringskassan bör få mer än fem procent av sina sjukpenningmedel avsatta som medel till samverkan. I den fjärde rapporten från Statskontoret menar man att det är en fördel att finansieringen av Finsam är fastställd genom lag, vilket gör att fokus kan koncentreras på uppgiften och inte förtas av förhandling om finanser.

På grund av brister i det sektorsövergripande systemet för uppföljning och utvärdering av samverkansmedel (SUS) har Statskontoret inte genomfört någon utvärdering eller tillfredsställande nationell uppföljning av Finsam. Men deras underlag tyder på att individers egenförsörjning ökar efter deltagande i Finsam-insatser. Beroendet av offentlig försörjning tycks också avta, vilket främst yttrar sig i ett minskat behov av försörjningsstöd. Man kan dock inte uttala sig om huruvida dessa utfall är effekter av Finsam-insatserna, eftersom det inte har kunnat kontrolleras för externa faktorer (2008:16).

Med anledning av att det inte finns någon effektutvärdering gjord utifrån en experimentell ansats med relevant kontrollgrupp menar Inspektionen för socialförsäkringen (ISF Rapport 2010-2) att det är svårt att dra slutsatser om sambandet mellan samordningsförbundens insatser och effekterna på vare sig individ- eller organisationsnivå. Trots detta är ISF:s bedömning att finansiell samordning är den samverkansform som har de bästa förutsättningar att lyckas utifrån både deltagarnas, personalens och organisationernas perspektiv.

Utvärderingen av i vilken utsträckning samverkansinsatserna har bidragit till att individer återfått arbetsförmåga kompliceras av att samverkan som finansieras av samordningsförbunden ofta syftar till att Försäkringskassan tillsammans med övriga parter ska utveckla sjukskrivningsprocessen, eller att målgruppen ska kunna klara av en annan rehabiliteringsinsats eller kunna gå in i handlingsplanssamverkan. Effekterna är därför svåra att mäta, om än upplevelserna från deltagare och anordnare ofta är positiva.

7.4 Informanternas bild av samordningsförbunden

Samordningsförbunden ägnas inte särskilt stor uppmärksamhet i intervjuerna, men den nationellt samverkansansvarige på Försäkringskassan nämner att antalet förbund har vuxit rejält under senare år, som ett exempel på hur samverkan har blivit mer aktiv och genomgripande. Han säger också att samordningsförbunden bygger på en god tanke där pengar fördelas till behövande grupper efter lokala behov, där alla aktörer som är bra för en individ kan mötas. Han beskriver förbundens arbete som den första länken i kedjan tillbaka till arbete. Han menar dock att verksamheten är spretig och svår att mäta, med brister i evidensbaserade studier. Det vi vet, säger han dock, är det vi ser, och det vi ser är att det går bra. Han är övertygad om att arbetet ger effekt. Samordningsförbunden har emellertid inte alltid varit den mest prioriterade samverkansformen centralt, men har

haft ett starkare lokalt stöd. Det nationella rådet och arbetsgruppen underlättar numera också arbetet med samordningsförbunden.

SUS (System för Uppföljning av Samverkan inom rehabiliteringsområdet) nämns endast i ett av samtalen, och då som ett dåligt exempel på statistikuppföljning, till skillnad från den uppföljning som – enligt en tidigare projektledare (Försäkringskassan) – varit en framgångsfaktor för handlingsplanssamverkan.

8 Samverkan med övriga aktörer¹

8.1 Försäkringskassans samverkan med Arbetsmiljöverket och arbetsgivare

Under 2005 träffade Försäkringskassan ett nationellt samverkansavtal med Arbetsmiljöverket, utifrån vilket man i de flesta delar av landet har träffat lokala samverkansöverenskommelser. Överenskommelserna rör främst informationsutbyte, samverkan i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsfrågor, gemensamma informationsinsatser och kompetensutveckling. Ett av målen är att samverka i fall där arbetsgivare inte fullgjort sin skyldighet att genomföra rehabiliteringsutredningar. Under 2007 omarbetas det nationella samverkansavtalet med Arbetsmiljöverket. Samtidigt stärkes samarbetet med arbetsgivare, med mer fokus på tidiga insatser.

Försäkringskassan har regelbundna kontakter med centrala arbetsgivarorganisationer genom ett partnerråd samt med fackliga organisationer. 2007 utvecklas konceptet med prioriterade arbetsgivare (Riga), som innebär ett samarbete inom så kallade kontaktteam, med arbetsgivare med stor sjukfrånvaro. Riga-samarbetet innebär också att arbetsgivare ska arbeta förebyggande i syfte att förebygga sjukfrånvaro.

8.1.1 Informanternas bild av samverkan med Arbetsmiljöverket och arbetsgivare

Angående samverkan med andra än Försäkringskassan menar en projektledare (Arbetsförmedlingen) att samverkan och samarbete fungerat bra med större arbetsgivare (inte minst kommuner) i samband

¹ Här berörs inte den tvåpartssamverkan som bedrivs mellan Försäkringskassan och vården. Inte heller berörs samverkan med kommuner, då denna samverkan sker inom samordningsförbund (se ovan) samt inom områden som urban utvecklingspolitik och assistansersättning (LASS) – vilka bedöms ligga utanför uppdraget.

med att rekrytera anställda sjukskrivna till handlingsplanssamverkan. Däremot menar han det vara svårare att samverka med regioner och landsting, där ansvarsfördelningen ofta är oklar.

Verksamhetssutvecklaren (Försäkringskassan) har goda erfarenheter av samverkan med Arbetsförmedlingen i regionala anpassningsgrupper inom byggbranschen (Galaxen). Däremot menar hon att andra parter i anpassningsgrupperna inte alltid är nöjda med Försäkringskassan, eftersom Försäkringskassan kräver avstämningsmöten med de försäkrade, medan andra kan tycka att det är effektivare med möten utan de försäkrade. Hon nämner också att samverkan med arbetsmiljöverket inte har prioriterats.

Den nationellt samverkansansvarige (Försäkringskassan) menar att samverkan med arbetsgivare har blivit tydligare och att mer av den varan är att önska. Man har, menar han, lyckats med stora arbetsgivare, och nu är det tid att försöka med medelstora och mindre arbetsgivare. Dagens mantra i rehabiliteringskedjan – tidiga insatser – har förstärkt behovet av samverkan med arbetsgivare, vilket han menar är positivt. Arbetsgivarna efterfrågar dessutom samverkan, och eftersöker inte sällan en ”kontakthandläggare” på Försäkringskassan. Även den samverkansansvarige menar att samverkan med arbetsmiljöverket inte är de mest prioriterade samverkansformen, än så länge är den av liten omfattning och ett utvecklingsområde.

8.2 Socialt företagande

Sociala företag kan betraktas som ett komplement på arbetsmarknaden, som kan fungera som ett bra alternativ att samverka med när det gäller rehabilitering och sysselsättning. Sociala företag prövades inom försöksverksamheten alternativa insatser, både som utförare av rehabilitering och för att öka möjligheterna till fler anställningar i de medverkande sociala företagen.

Tillväxtverket har i uppdrag att, i samarbete med bland annat Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, genomföra insatser för att öka kunskapen om de sociala företagens potential när det gäller rehabilitering och sysselsättning. Ett syfte är att inspirera fler blivande och befintliga entreprenörer att vilja starta sociala företag. Uppdraget består av att genomföra nationella och regionala informationsinsatser, att ta fram en för berörda myndigheter gemensam handbok för att beskriva hur sociala företag kan integreras, och att

beskriva framgångsrika metoder för hur sociala företag kan bidra till arbetstillfällen för långtidssjukskrivna och långtidsarbetslösa.

8.3 Särskilt uppdrag att upphandla tjänster för personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk funktionsnedsättning, Resa-projektet

Arbetsförmedlingen har fått i uppdrag att i samverkan med Försäkringskassan upphandla rehabilitering och andra typer av stödtjänster för personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk funktionsnedsättning. Verksamheten finansieras genom medel som tilldelats Socialstyrelsen. Medlen ska användas till att finansiera arbetsledningsstöd som utgår till de upphandlade aktörerna.

Verksamheten riktar sig till personer som har sin försörjning från sjukpenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning (som beviljats före den 1 juli 2008), aktivitetsstöd, arbetslöshetsersättning eller kommunalt försörjningsstöd. I uppdraget framgår att det är angeläget att tillvarata möjligheter att stödja personer med psykisk funktionsnedsättning genom företag inom den sociala ekonomin, särskilt sociala kooperativ.

Fram till mars 2011 har totalt 627 personer startat och av dessa har 337 deltagit ett år eller på kortare tid genomfört projektet. Många har gått tillbaka till Försäkringskassan då de inte har lyckats upparbeta någon arbetsförmåga. De flesta har dock fortsatt till Arbetsförmedlingen för att fortsätta söka arbete.

Av de 337 personer som har genomfört Resa har 13 personer gått vidare till studier, flera av de yngre deltagarna har valt att läsa in gymnasiekompetens och några går en yrkesutbildning. 56 personer har fått arbete, drygt hälften på det sociala företaget där deltagaren varit i sysselsättning. Drygt 20 procent av dem som har avslutat medverkan har således gått till arbete eller studier. Några få har fått anställning utan stöd från Arbetsförmedlingen, de allra flesta har anställning med stöd.

En av flera framgångsfaktorer för att få en förankring på arbetsmarknaden är tillgång till förberedande arbetsträning, utökad tid i program samt ekonomiskt stöd till arbetsgivare/arbetsplats. De möjligheter som Resa erbjuder, en accepterande miljö med anpassade krav och riktiga arbetsuppgifter samt en möjlighet att arbeta ett år utan krav på att uppnå arbetsförmåga, erbjuder mycket av det som psykiskt funktionshindrade behöver för att återgå till arbetslivet.

En vanlig anledning till avbrotten har varit att deltagaren inte har klarat resorna till och från arbetsplatsen, endast tre deltagare har avbrutit för att de har varit missnöjda med arbetsplats eller arbetsuppgifter.

8.4 Kurprojektet

I mars 2009 fick Försäkringskassan i uppdrag att genomföra en myndighetsgemensam kunskapsutveckling om rehabilitering för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Kunskapssatsningen vänder sig till handläggare på Försäkringskassan och personal på Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och psykiatrin som i sitt arbete möter personer med psykisk diagnos och funktionsnedsättning. Satsningen ska bland annat underlätta samarbetet mellan organisationerna, genom att förtydliga begrepp och ansvarsområden, utveckla metoder samt skapa samsyn om rehabiliteringens ramar och förutsättningar.

Syftet med insatsen är att skapa förutsättningar för en gemensam kunskapsbas om psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Basen ska så långt som det är möjligt bygga på bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet. Kunskapssatsningen ska även leda till ökad samverkan och samsyn om gällande metoder och förhållningssätt. Kunskapssatsningen ska planeras och anordnas gemensamt för personal inom samtliga myndigheter/organisationer.

9 Försäkringskassans redovisning av kostnader och finansiering av samverkan

Merparten av de samverkansformer som har beskrivits ovan bedrivs med samverkansmedel motsvarande fem procent av de beräknade utgifterna för sjukpenningen. Detta gör att de statliga medel som kan disponeras för de olika samverkansformerna varierar med antalet sjukskrivna. De generella dragen som beskrivs nedan är att samverkansmedlen blivit mindre, samtidigt som en större andel av medlen har förbrukats.

År 2003 disponerade Försäkringskassan 1 900 miljoner kronor för samverkansinsatser, varav 467 miljoner kronor användes av försäkringskassorna för olika insatser, 232 miljoner användes i samverkan med länsarbetsnämnderna. År 2004 tilldelades Försäkringskassan 1 811 miljoner kronor. Detta år spenderades mer av samverkansmedlen, sammantaget 813 miljoner kronor. Den ökade förbrukningen av samverkansmedel kan förklaras av det utökade samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, vilket utgjorde 62 procent av den totala summan (2003 var det 50 procent).

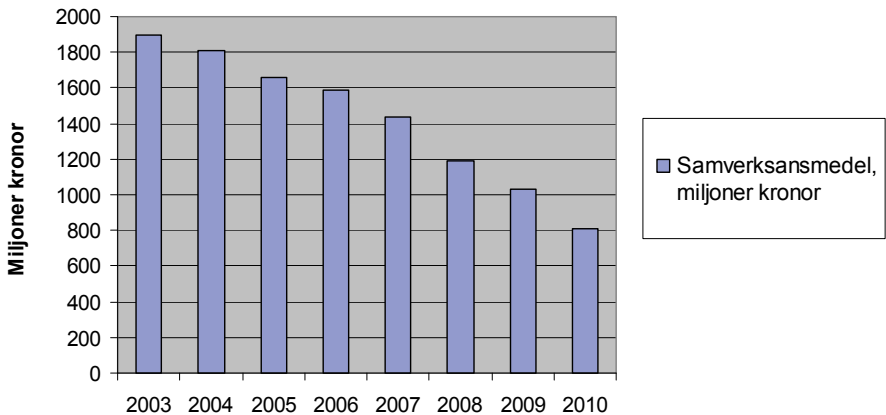
År 2005 var medlen för samverkan 1 655 miljoner kronor, och 1 585 miljoner kronor för 2006. Det skedde inte någon större förändring av hur medlen fördelades mellan de olika samverkansformerna. Trots en minskning av de tilldelade medlen förbrukades mer under 2006 än 2005: 79 procent av medlen användes 2006, jämfört med 58 procent under 2005.

Under 2007 prioriterades handlingsplanssamverkan och Pila, vars gemensamma del av samverkansmedlen ökade. Medlen var nu 1 440 miljoner kronor, och samtliga medel användes för första gången. Till den finansiella samordningen användes 164 miljoner kronor av medlen, medan övriga samverkansformer nedprioriterades.

Liksom under 2007 förbrukades samtliga avsatta samverkansmedel under 2008. Den disponibla summan sjönk till 1 193 miljoner kronor. Fördelningen var 732 miljoner kronor för handlingsplanen (+2,7 miljoner kronor för alternativa insatser), 222 miljoner kronor för Samordningsförbund, och resterande för övrig samverkan.

År 2009 tilldelades handlingsplanssamverkan 650 miljoner kronor, och mer än så spenderades (efter reviderad tilldelning), medan alternativa insatser tilldelades 50 miljoner kronor. Samtidigt tilldelades samordningsförbunden 250 miljoner kronor, medan övrig samverkan enligt ”prop. 63” inte längre var aktuellt. Totalt förbrukade Försäkringskassan 1 030 miljoner kronor. År 2010 minskade handlingsplanens medel till 447 miljoner kronor (+10 miljoner kronor för alternativa insatser), medan samordningsförbunden erhöll 250 miljoner kronor. De minskade medlen för handlingsplanen fick till effekt att kostnader för insatser till individer bekostades av Arbetsförmedlingens ordinarie anslag. Försäkringskassan tilldelades totalt 810 miljoner kronor för samverkan under 2010.

Diagram 4 Försäkringskassans tilldelning av samverkansmedel 2003–2010



Källa: Försäkringskassans (tidigare Riksförsäkringsverkets) årsredovisningar 2003–2010.

9.1 Informanternas bild av finansiering och kostnader

Verksamhetsutvecklaren (Försäkringskassan) beskriver de finansiella medlen som smörjmedel – möjligen skulle samverkan fortgå utan särskilt tillsatta medel, men den skulle flyta betydligt mindre friktionsfritt. Vid ett senare tillfälle i intervjun nämner hon dock att ”pengarna behövs”. I början av 2000-talet, menar hon, var samverkan särskilt omfattande, då sjukpenninganslagen var höga på grund av ett högt sjuktal.

Den nationellt samverkansansvarige (Försäkringskassan) talar också om det faktum att medlen till samverkan består av fem procent av sjukpenninganslaget, och att beloppet har minskat år för år sedan 2003. Förutsättningarna för samverkan har härmed försämrats allt efter som tiden har gått, och den positiva utvecklingen av samverkan har hämmats på grund av uttunnade resurser. Pengarna räcker inte, säger han, vilket märks genom att samverkansteamerna blir mindre och färre, och att man inte alltid längre kan ha en heltidsanställd handläggare i samverkan. Det senare, menar han, är grundläggande för processen i handlingsplanssamverkan.

Han tillägger att samordningsförbunden bara kan växa på varandras bekostnad – genom omfördelningar. Det finns ett behov av mer pengar, eller ett nytt sätt att tänka: ”samverkan håller på att krackelera”, finansieringsmässigt avslutar han.

10 Informanternas bild av samverkan under 2000-talet samt deras syn på framtiden för samverkan

Samtliga intervjuer avslutades med en fråga om vad informanterna trodde om framtiden vad gäller samverkan mellan myndigheterna. Nedan följer ett sammandrag av deras bild av framtiden. Allra först följer en sammanfattande beskrivning av informanternas upplevelse av samverkan under 2000-talet.

Under 1990-talet bedrevs samverkan lokalt mellan arbetsförmedlingar och försäkringskassor utan någon förankring centralt i myndigheterna, varför samarbetet kunde se väldigt olika ut på olika platser i landet. Myndigheternas styrning var på många sätt olik dagens Arbetsförmedling och Försäkringskassa, och samarbetet var mer beroende av lokala, eller åtminstone regionala, krafter. Den nationellt samverkansansvarige (Försäkringskassan) menar att samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har blivit mer aktiv, ”mer genomgripande”. Handlingsplanen, menar han vidare, fungerar idag genom en bra struktur: tidigare kunde samverkan fungera här och där, beroende på personer: ”Idag är strukturen väl förankrad, och inte personberoende”.

Det råder inte några tvivel om att handlingsplanssamverkan anses ha haft en avgörande roll inom samverkansområdet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Handlingsplanen har strukturerat samverkansarbetet, och därtill har de särskilt tillsatta ekonomiska resurserna möjliggjort det för myndigheterna att samverka.

Handlingsplanen var ett startskott för samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, och det är också den mest omfattande samverkansformen, sett till ekonomiska resurser. Intervjuerna bekräftar och förstärker bilden av handlingsplanen som helt avgörande för samverkansarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Den tidigare projektledaren inom Pila och Faros menar att handlingsplanssamverkan efter hand byggde upp ett samarbete och en dialog mellan myndigheterna. Handlingsplanen, menar han, är orsaken till att myndigheterna började samverka över huvud taget, och har skapat förutsättningar för fler insatser för den marginaliserade gruppen av försäkrade samt angränsande grupper med liknande problematik, såsom anställda sjukskrivna som inte kan återgå till tidigare arbete.

Den nationellt samverkansansvarige (Försäkringskassan) menar att samverkan har utvecklats från en projektkultur till ordinarie verksamhet, till en naturlig, ordinär samverkan. Han säger att det märks såväl på politisk som handläggarnivå att samverkansarbetet har blivit inlemmat i sättet att arbeta. Han säger också att centraliseringen av båda organisationerna har underlättat samverkan, då det har skapat en starkare struktur för formen att samverka, och då en tydlig struktur underlättar att samverka.

Mot slutet av 2000-talet förändras förutsättningarna inom området, som dels kan kopplas till minskningen av de tilldelade medlen (från och med 2007 har man gjort av med hela summan av de tilldelade medlen, och därefter har medlen fortsatt att minska), dels till omständigheter inom socialförsäkringen och på arbetsmarknaden. Med förändringar på arbetsmarknaden åsyftas att lågkonjunkturen har orsakat högre arbetslöshet och gjort det svårare för målgruppen att etablera sig på arbetsmarknaden. Med förändringar inom socialförsäkringen åsyftas införandet av rehabiliteringskedjan.

Såväl projektledaren (Arbetsförmedlingen) som verksamhetsutvecklaren (Försäkringskassan) menar att införandet av rehabiliteringskedjan fick följder för arbetet med handlingsplanssamverkan, då de anser att myndigheterna vid tiden för införandet av rehabiliteringskedjan i viss mån tappade bort samordningsuppdraget.

Projektledaren (Arbetsförmedlingen) menar att tiden börjar bli mogen att låta myndigheterna samverka som en naturlig del i respektive verksamhet, samtidigt som han tillägger att det finns ett fortsatt behov av särskilda tillsatta medel för samverkan. Han tror att det finns förväntningar på myndigheterna att de ska klara att samverka "naturligt" inom ett år eller två. "Vi är ganska mogna nu", säger han och menar att handlingsplanssamverkan har varit en unik form av samverkan, en spännande och framgångsrik resa, en resa som snart är till ända.

Verksamhetsutvecklaren (Försäkringskassan) delar inte helt projektledarens (Arbetsförmedlingen) uppfattning. Hon menar att tiden

inte är mogen ännu, då ”vi fortfarande är två myndigheter med annan kärnverksamhet”, och behöver tydliga uppdrag och förmodligen öronmärkta pengar. Sammanfattningsvis menar hon att det behövs en särskild struktur och ett tydligt uppdrag för samverkan.

Den nationellt samverkansansvarige (Försäkringskassan) ger ett komplext uttryck för samverkan och dess framtid. Å ena sidan säger han att handlingsplanen behövs, och att metoden aldrig blir överflödigt. Metodologiskt, menar han, är det viktigt att jobba vidare med överenskommelsen. Samtidigt säger han att vi idag inte behöver prata om att samverka, utan att det sker naturligt. Att vi ska samverka, tillägger han, är en icke-fråga: däremot är det viktigt att diskutera *hur* vi ska samverka. Strukturen i handlingsplanen behövs således för att en god samverkan ska kunna fortgå, så att inte andra mål går före målet för samverkan – man måste, menar han också, ha ett mål för samverkan.

En kritisk synpunkt som framkommer i intervjuerna är att samverkan, trots den positiva utvecklingen under 2000-talet, genomförs i ett tredje rör. Det har fått till följd att andra mål kan konkurrera ut målet för samverkan. Detta skedde exempelvis i inledningen av arbetet med handlingsplanen, då det var särskilt svårt att rekrytera deltagare till samverkan, eller då arbetet med förberedelserna inför arbetslivsintroduktionen fick myndigheterna att samarbete mer fokuserat med andra frågor än handlingsplanen. Det senare kan betraktas som ett tecken på att samverkan ännu inte sker som en helt naturlig del av arbetet inom myndigheterna – samverkan är inte helt självklar för dem som inte jobbar med samverkansfrågor. För dem som arbetar med någon form av samverkan – bland annat för dem som intervjuas – är dock samverkan en självklarhet.

Informanterna tillfrågas också om de ansåg att samverkan hade blivit mer aktiv under 2000-talet, vilket de i stort bekräftade. Men vad som bör hållas i åtanke när detta tolkas är att skilja på vad som är en mer aktiv samverkan för dem som arbetar med samverkansfrågor, respektive för dem som inte arbetar med dessa frågor i den dagliga verksamheten. Det optimala för myndigheterna hade varit om samverkan hade blivit mer aktiv, och självklar, för alla i den dagliga verksamheten. Där är myndigheterna ännu inte, åtminstone inte enligt den tidigare projektledaren (Försäkringskassan). Han menar härmed, till skillnad från projektledaren på Arbetsförmedlingen, att tiden inte är mogen att ”släppa samverkan fri”. Men även han anser att en förändring måste ske. Ett problem, tillägger han, är att vi idag sitter med samma problem som för fem år sedan – samma

frågor och samma svar. Detta kan förklaras av att verksamheten kör på i ett ”tredje rör”: så länge inte alla tänker i samverkansspåret, så kommer handlingsplanssamverkan ha problem med inflödet. Och särskilt problematiskt, menar han, är detta för de unga med aktivitetsersättning, en grupp som inte borde vara särskilt svåra att varken rekrytera till samverkan eller att hjälpa ut i arbetslivet.

Denna bild förstärks av verksamhetsutvecklaren (Försäkringskassan) som säger att samverkan emellanåt fortfarande ifrågasätts internt, då interna mål krockar med målen för samverkan. Den interna organiseringen kan således bli till ett hinder för samverkan, då målet att snabbt avsluta sjukfall strider mot målet att ge stöd till återgång till arbete. Återigen finns här diskussionen om konkurrens mellan olika mål, samverkan som förs i ett tredje rör, eller som hon själv uttrycker det: en stuprörsstyrning.

11 Synpunkter och erfarenheter från två orter om lokal samverkan

För att belysa lokal samverkan har handläggare och ansvariga chefer på Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialförvaltningen och psykiatrin intervjuats. Intervjuerna genomfördes på två orter i landet, en mindre ort och en större stad. Sammantaget genomfördes 13 intervjuer, några individuellt några i grupp med representanter från en aktör.

På den mindre orten finns av naturliga skäl färre aktörer, en arbetsförmedling, en försäkringskassa, kommunen samt ett fåtal vårdgivare. I den större staden är situationen mer komplex med flera arbetsförmedlingar, försäkringskassor, stadsdelar och en stor mängd vårdgivare. Exempelvis beskriver Försäkringskassan att det finns ett 60-tal vårdinrättningar samt ett stort antal enskilda privat praktiserande läkare inom upptagningsområdet. Man har enbart etablerade kontaktpersoner på sex av dessa.

Lokala samverkansformer på den mindre orten är:

- Beredningsgruppen, där handläggare från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun samt landsting (psykiatri, primärvård och habilitering) deltar. Där kan "ärenden" som är aktuella inom minst tre myndigheter tas upp till beredning. I nivån ovanför beredningsgruppen finns en lokal samverkansgrupp där chefer från berörda myndigheter träffas, bland annat kan frågor som inte kan avgöras i beredningsgruppen tas upp här.
- En ungdomsberedningsgrupp, där Arbetsförmedlingen, kommunen och skolan genom studievägledare från individuella programmet, samt representanter från två olika EU projekt riktade till unga ingår.

- Två samverkansprojekt med EU-stöd som riktar sig till ungdomar, där Arbetsförmedlingen och kommunen ingår.
- Socialpsykiatriskt forum, en samverkan mellan kommunen, psykiatri, inklusive barn- och ungdomspsykiatri, samt primärvården. Avsikten med denna samverkan är att bereda väg för sysselsättning, boende och aktivering av personer med psykisk problematik.

På den större orten finns en samverkansgrupp med representanter på chefsnivå från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Gruppen träffas fyra gånger per år för gemensamma och övergripande frågor kring samverkan mellan de två myndigheterna.

- Kommunen driver ett EU-projekt för sysselsättning, studier och arbete åt personer med psykisk funktionsnedsättning där brukarorganisationer, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och landsting ingår.
- Kommunen och Arbetsförmedlingen har ett övergripande samverkansavtal gällande stadsdelarnas arbetsmarknadsenheter.

Trots skillnad i antal möjliga kontaktytor för samverkan, har intervjupersoner på båda orterna givit en relativt överensstämmande bild om samverkan, exempelvis vilka faktorer som påverkar samverkan positivt och negativt.

11.1 Kontinuitetens betydelse för samverkan

I intervjuerna beskrivs samstämmigt att god samverkan förutsätter kontinuitet, att individen genomgående har samma handläggare och inte behöver byta handläggare vid nya insatser. De beskriver dock att det är vanligt med byte av handläggare när individerna går mellan olika insatser inom samma myndighet. Det kan stoppa upp påbörjad rehabiliteringsprocess vilket är påfrestande både för individen och för de samverkande kontaktpersonerna. När det finns en kontinuitet blir rehabiliteringsprocessen enklare att överblicka för individen. Individen känner sig tryggare i situationen om det finns en gemensam plan för vad aktörerna ska "bidra" med, och med att det finns namngivna kontaktpersoner.

Likaså är det viktigt att sammansättningen i en samverkansgrupp genomgående består av samma myndighetsrepresentanter.

Samverkan underlättas när representanterna lär känna varandra och kan ta del av varandras uppdrag och regelverk. Intervjupersonerna på den mindre orten beskriver ett konkret exempel där samverkan försvåras. I beredningsgruppen där flertalet av myndigheterna på orten är representerade, har en myndighet representerats av olika kontaktpersoner från gång till gång. En betydande del av samverkan handlar om att bygga upp förtroende och förståelse för varandras uppdrag och regelverk, detta tar tid och gruppkonstellationen behöver präglas av kontinuitet.

11.2 Individens ersättning styr aktörernas intresse för samverkan och samverkan genererar inga ekonomiska resurser till verksamheten

Intervjupersoner från olika aktörer beskriver att de olika ersättningssystemen till individen innebär ett kortsiktigt ekonomiskt tänkande hos aktörerna. Det finns en utbredd erfarenhet om att en aktör samverkar och tar ansvar i ärenden där individen har försörjning genom den egna myndigheten. Som ett exempel tar Försäkringskassan upp det egna interna uppföljningssystem som en "hämsko". När en handläggare arbetar med en individ som får sin ersättning genom kommunen mäts inte det arbetet. Det finns då inget incitament för handläggaren att samverka i ett sådant ärende.

Ett annat exempel är att vårdgivare får mer betalt för patientbesök än för samverkan i vårdvalsmodellerna, vilket ger en styrning som missgynnar samverkan. De senaste årens utveckling med starkare styrning av vårdens resurstilldelning utifrån patientbesök har därför medfört ökade svårigheter att få med vården i aktörsövergripande samverkan. En person uttryckte det som att: "pengapåsen och ansvarsfördelningen försvårar samverkan mellan myndigheterna". Intervjupersonerna uppger samfällt att det saknas en helhetssyn, alla jobbar i sina stuprör och ser inte sin roll, sin del i helheten.

11.3 Bristande flexibilitet i regelverken

Intervjupersonerna beskriver regelverken som stelbenta och menar att de borde vara mer flexibla för att myndigheterna inte ska slå undan fötterna på individerna. Exempelvis nämns att samverkan har försvårats på grund av förändringarna i Försäkringskassans regelverk,

men också förändrade regelverk hos Arbetsförmedlingen. På den mindre orten ser man tydligt att förändringar i myndigheters regelverk har inneburit att fler personer blivit beroende av försörjningsstöd genom kommunen.

Försäkringskassan exemplifierar med en typ av rundgång de uppmärksammat och som inte är till gagn för samverkan och individen: Individen deltar först i insatser inom handlingsplanssamverkan, därefter tar denne del av insatser inom programmet arbetslivsintroduktion, därefter ansöker personen om ny ersättning inom sjukförsäkringen. Individens deltagande i aktiva insatser, ibland under så lång tid som 15 månader¹, medför inte att denne har utvecklat sin arbetsförmåga. Personen har en medicinsk nedsättning av arbetsförmågan, och en ny ersättningsperiod med sjukpenning blir därmed aktuell.

Exemplet visar att deltagaren ”fångas i olika rör”, vilka är olika designade efter ersättning och rehabiliteringsansvar – istället för att deltagarens behov och faser i rehabiliteringen får styra. Deltagaren får anpassa sig efter myndigheternas spelregler istället för det omvända där deltagarens hela stödbehov skulle kunna vara vägledande för olika insatser.

Från vårdgivare beskrivs de fasta tidsgränserna i rehabiliteringskedjan som ett problem, att många individer/patienter får ett försämrat hälsotillstånd när förutsättningarna ständigt förändras. Man anser överlag att det behövs flexibla tidsgränser för en optimal rehabilitering. Någon uppger att ”har man för bråttom hamnar man på ruta noll igen” och ”vi ser att arbetsförmågan går att utveckla men det behövs mycket jobb innan personen är redo att konfronteras med verkligheten”.

11.4 Syn på samverkans utveckling under 2000-talet

En generell bild av utvecklingen är att samverkan förändrades efter Försäkringskassans omorganisation i mitten av 2000-talet. Många av de samverkansformer som fanns på lokal nivå försvann. Tidigare upplevde man att det fanns bättre möjligheter (inom ramen för ”prop. 63”) att initiera lokala initiativ där alla aktörer fanns med.

Den bild som ges på båda orterna är att samverkan fungerar bra när det finns en gemensam överenskommelse förankrad i alla orga-

¹ Beräknat på maximal tid om ett år med rehabiliteringsersättning, därefter med maximal tid om tre månader i programmet arbetslivsintroduktion med aktivitetsstöd.

nisationsled där det bland annat finns klarlagd finansiering, målsättning och administrativa rutiner. Från Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen framförs att handlingsplanssamverkan är den samverkansform som fungerar bäst.

Samverkan sker också mellan myndigheterna utanför gemensamma överenskommelser. Man formar då samverkan utifrån individens behov. Denna typ av samverkan är mer osäker, det är upp till parterna att välja eller inte välja att samverka. Detta bygger också ofta på att handläggare sedan tidigare upparbetat kontakter hos övriga aktörer. Även om man jobbar tillsammans runt en person kan det bli problem när man inte klargjort vilka rutiner som gäller.

Sjukförsäkringsreformen har inneburit en stor förändring och ur intervjuerna framkommer att regelverken blivit mer stelbenta och att det tidigare fanns möjlighet till mer flexibla lösningar för individer med ohälsa. Särskilt psykiatrin trycker på att den tidsbegränsade sjukersättningen gav bättre möjligheter för deras patienter att hitta passande lösningar på sikt.

Allmänt beskrivs förändringar under 2000-talet som en förskjutning av samverkan för individer med fysiska besvär till individer med psykisk ohälsa. En större andel av ärenden i samverkan utgörs nu av individer med psykisk ohälsa. På den mindre orten uppger man att habiliteringen är en ny samverkanspart som inte funnits med tidigare, och att personer med lindrig utvecklingsstörning har blivit en ny grupp hos kommunen med försörjningsstöd. Sammantaget beskrivs att fler aktörer och myndigheter är inblandade och att det i dag finns en större social problematik i individernas livssituation att ta hänsyn till.

11.5 När samverkan inte fungerar

Bristande samverkan gör att individer går mellan olika myndigheter, vilket tar tid och kraft för alla inblandade och upplevs som ohälsosamt för individen. Ledtiderna blir långa och man tappar fart i processen som är tänkt att föra individen närmare en egen försörjning. En intervjuperson uttryckte det som: ”har individen otur så valsar han/hon runt länge hos olika myndigheter”. På den mindre orten påpekar man särskilt svårigheten för ungdomar som att ”ungdomarna blir en pengapåse som far runt mellan oss.”

Vidare påtalas svårigheten att rehabilitera någon som inte vet hur deras ekonomiska situation kommer att se ut. Någon beskriver

det som att ”en orolig människa samarbetar inte”. När ersättningsfrågan är oklar eller när individen får försämrade ersättning som äventyrar privatekonomin, avstannar rehabiliteringsprocessen.

Som individ förväntas ”du vara aktör i din egen rehabiliteringsprocess” och föra din egen talan, vilket kan vara svårt för en del personer med vissa funktionsnedsättningar. Exempelvis är de olika myndighetsblanketterna inte tillgängliga eller begripliga för personer med inlärningssvårigheter. Vidare menar man inom psykiatrin, att när kraven är för högt ställda finns en förhöjd risk att individer med psykiatrisk diagnos återinsjuknar. Vissa upplever det som mycket pressande och försämras av att inte veta hur deras framtid ser ut, ekonomiskt och rehabiliteringsmässigt. Ett förslag till förändring från en intervjuperson var att den enskilde medborgaren, i behov av samordnade insatser från flera aktörer, borde ha en stödperson som hjälpte till att samordna dessa kontakter.

11.6 Erfarenheter inhämtade från båda orterna

En intressant iakttagelse är att de tillfrågade oavsett myndighet/organisation var för sig beskriver att deras medarbetare allt mer får hjälpa individer i kontakt med andra myndigheter. Exempelvis säger intervjuade från den mindre ortens kommun, att de behöver stötta individer med att fylla i blanketter från andra myndigheter. Psykiatrin på den större orten beskriver att vårdpersonal följer med patienter till möten på Arbetsförmedlingen som stödperson i kontakten med myndigheten. Arbetsförmedlare beskriver att de ibland får hjälpa personer i kontakten med vården eller med kommunen. Oberoende av vilken aktör man jobbar för, upplever personal liksom chefer att man ägnar mycket tid åt att hjälpa individer att samordna sina myndighetskontakter, istället för att jobba med individen utifrån respektive myndighetsuppdrag. Intervjupersonerna beskriver överlag att man ägnar upp till halva arbetstiden till nämnda typ av samverkan. En fråga som uppkommer är om detta är en optimal form av samverkan.

En annan intressant iakttagelse var svårigheten att få klarhet i vem som ansvarade för samverkansfrågor hos aktörerna och därefter få tag på denne/dessa personer. Det tog nästan en hel arbetsvecka, 40 timmar, att komma fram till rätt person och få intervjuerna bokade, och då gällde det endast 13 intervjuer.

Det kan vara svårt att överblicka och veta vem man ska kontakta på en myndighet när det saknas fungerande upparbetade, gemensamma samverkansformer, dels för handläggaren som behöver samverka i ett individärende och dels för individen som ”bärare av sin egen rehabiliteringsprocess”.

12 Resultat avseende återgång i arbete

Handlingsplanssamverkan har bedrivits nationellt sedan 2005, och följs upp, månad för månad, år för år. Denna uppföljning fokuserar resultatet i samverkan, hur många som återgår till arbete med eller utan stöd eller utbildning, hur många som startar eget, går till arbetslöshet eller program på Arbetsförmedlingen, för män respektive kvinnor på regional och lokal nivå (se handlingsplanssamverkan ovan). Denna typ av uppföljning säger dock ingenting om hur effektiv handlingsplanssamverkan är, då det inte finns någon jämförelsegrupp: att exempelvis 26 procent av deltagarna tar sig till arbete eller utbildning under första kvartalet 2011 kan inte tolkas som att handlingsplanssamverkan är bra eller dålig (dock betyder det att målet om 35 procent inte uppnås). Frågan är, hur många av dessa som hade tagit sig till arbete utan motsvarande aktivitet i handlingsplanen?

För att göra en sådan jämförelse hade det krävts ett experiment, där hälften av dem som anses vara lämpliga för deltagande i samverkan väljs ut till att delta, medan den andra hälften inte deltar. Därefter hade effekten av åtgärden kunnat identifieras genom en jämförelse av resultatet mellan de två grupperna.

För att, i brist på en sådan jämförelse, ge en bild av vad som händer med personer som har deltagit i samverkan i jämförelse med personer som inte deltagit, har två grupper skapats. Nedan följer en analys grundad på statistik från Försäkringskassans databas "MiDas". Den är indelad i två delar, en första som beskriver gruppen som deltar i samverkan utifrån olika individdata. Den andra, och här kanske mest intressanta frågan, är den som handlar om vad som händer efter deltagande i samverkan jämfört med andra sjukfall med motsvarande längd.

Analysen har utgått från sjukfall som uppgick till minst 180 dagar under perioden april–maj, under vart och ett av åren 2006–2008. Det är såtillvida en totalundersökning av sjukfall om 180 dagar eller längre.

Urvalsgruppen för deltagarna i samverkan uppgår till 1 477 personer för 2006, 1 392 personer för 2007, och 908 personer för 2008. Motsvarande grupp som inte deltagit i samverkan (kallas även jämförelsegruppen) omfattar 16 422 personer för 2006, 13 752 personer för 2007 och 10 746 personer för 2008.

Den första tidpunkten för uppföljning är den 31 maj för varje årsgrupp och mätpunkter upprepas därefter var tredje månad fram till och med 30 november 2010. På så sätt följs personer över tid och studeras huruvida de är kvar i sjukförsäkringen, på Arbetsförmedlingen eller har lämnat myndigheterna. Vissa personer hann på grund av upplägget avsluta sina sjukfall innan den första mätpunkten (31 maj). Härmed finns således ett bortfall. Detta är dock inte särskilt omfattande.¹

12.1 Vilka deltar i handlingsplanssamverkan?

Vid en jämförelse av bakgrundsvariabler såsom exempelvis kön och ålder mellan deltagarna i samverkan och dem som inte deltar i samverkan, år för år (2006–2008), finns inte särskilt stora förändringarna över tid mellan de tre jämförda åren. Däremot framkommer flera intressanta skillnader och likheter mellan grupperna.

Kvinnors överrepresentation i handlingsplanssamverkan motsvarar kvinnornas större andel bland långtidssjukskrivna (62–64 procent, beroende på år). Personer med utländsk bakgrund är överrepresenterade bland deltagarna i samverkan (21 procent jämfört med 18–19 procent i jämförelsegruppen). Medelåldern är betydligt lägre bland deltagarna i samverkan än jämförelsegruppen, för respektive år (47 jämfört med 40–41 år, beroende på år).

¹ Bortfallet består av cirka 1 500 personer per år för dem som inte medverkar i samverkan. Motsvarande bortfall är omkring 50 per år, för dem som medverkar i samverkan.

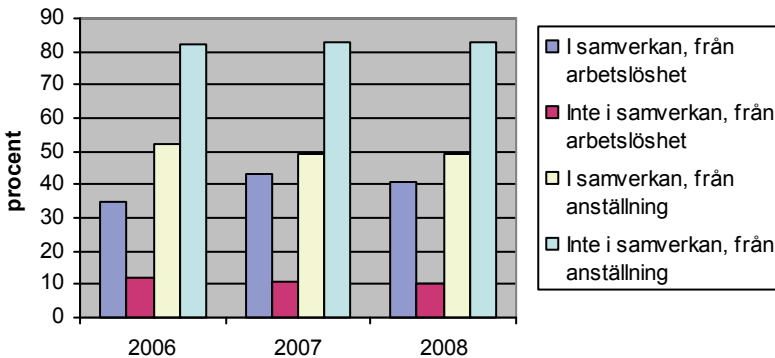
Tabell 3 Jämförelse mellan dem i samverkan och dem som inte deltagit i samverkan, 2006, 2007 och 2008, sett till kön, utländsk bakgrund och ålder

	2006	2007	2008
Andel kvinnor i samverkan	62%	62%	63%
Andel kvinnor ej i samverkan	62%	64%	62%
Andel med utländsk bakgrund i samverkan	21%	21%	21%
Andel med utländsk bakgrund ej i samverkan	18%	18%	19%
Medelålder i samverkan	40 år	41 år	41 år
Medelålder ej i samverkan	47 år	47 år	47 år

Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

Diagrammet nedan visar inte bara att arbetslösa är kraftigt överrepresenterade i samverkan i förhållande till deras andel i gruppen som inte deltagit i samverkan, utan också att majoriteten av deltagarna i samverkan har en anställning då deras sjukfall påbörjas. Det är tyvärr inte möjligt att följa hur många anställda som har blivit arbetslösa under tiden som sjukfallet har pågått.

Diagram 5 Jämförelse mellan dem i samverkan och dem som inte deltagit i samverkan, 2006, 2007 och 2008, sett till anställningsförhållande (som procent av i respektive inte i samverkan)

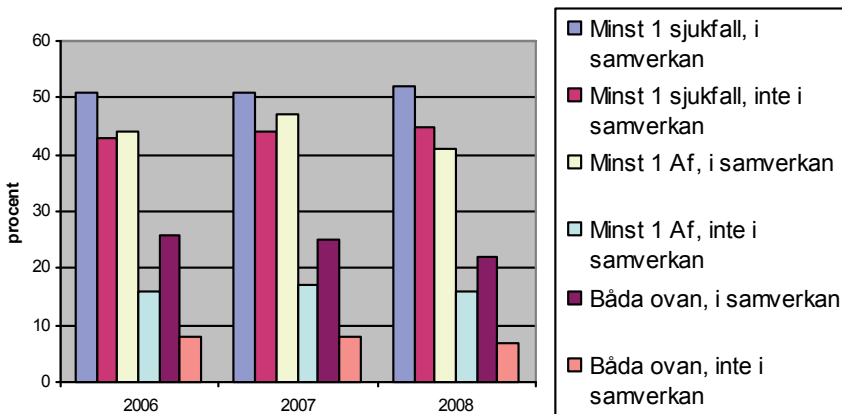


Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

Deltagarna i samverkan har också i högre utsträckning varit inskrivna på Arbetsförmedlingen någon gång – två år innan det aktuella sjuk-

fallet startade. Bland dem som deltar i samverkan har även en högre andel haft minst ett sjukfall under två-årsperioden innan starten av sjukfallet (denna skillnad är inte av samma dignitet som tidigare inskrivning på Arbetsförmedlingen).² Andelen som har haft både minst ett sjukfall och varit inskrivna på Arbetsförmedlingen har minskat för dem som har deltagit i samverkan mellan 2006 och 2008. I jämförelsegruppen har denna andel legat kvar på samma nivå under de tre jämförda åren, men på en betydligt lägre nivå än för dem i samverkan (dock ökar andelen som enbart har haft minst ett sjukfall något för båda grupperna mellan 2006 och 2008).

Diagram 6 Jämförelse mellan dem i samverkan och dem som inte deltagit i samverkan, sett till tidigare sjukfall och registrering på Arbetsförmedlingen (procent)



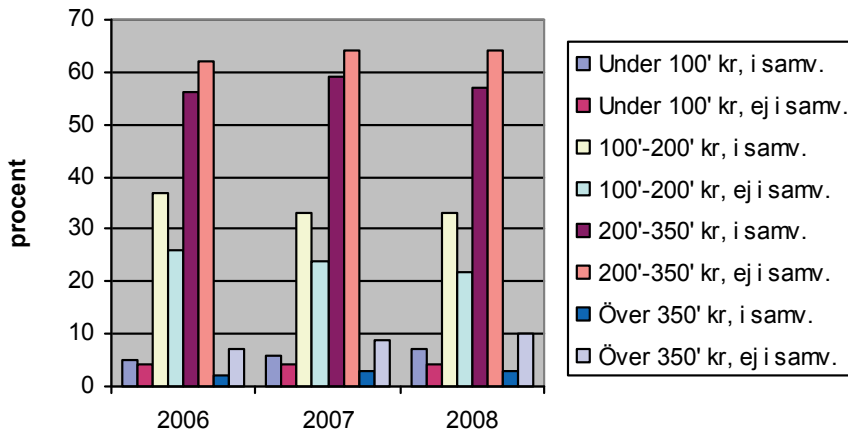
Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

Deltagarna i samverkan tillhör en grupp som genomsnittligt har lägre inkomst än dem som inte deltar i samverkan, med en betydligt högre andel med en sjukpenninggrundad inkomst (SGI) som uppgår till mellan 100 000–200 000 kr, och färre över 200 000 kr. Inkomstutvecklingen visar inte heller på en tydlig positiv utveckling under tid

² De som har deltagit i samverkan hade i genomsnitt 0,9 sjukfall, men ligger på en stabil nivå för de jämförda åren. För jämförelsegrupperna är medelvärdet lägre, men har ökat mellan 2006–2008, från 0,7 till 0,8 medelantal sjukfall, under en tvåårsperiod före det här studerade sjukfallet.

(mellan 2006 och 2008), som för dem som inte har deltagit i samverkan.

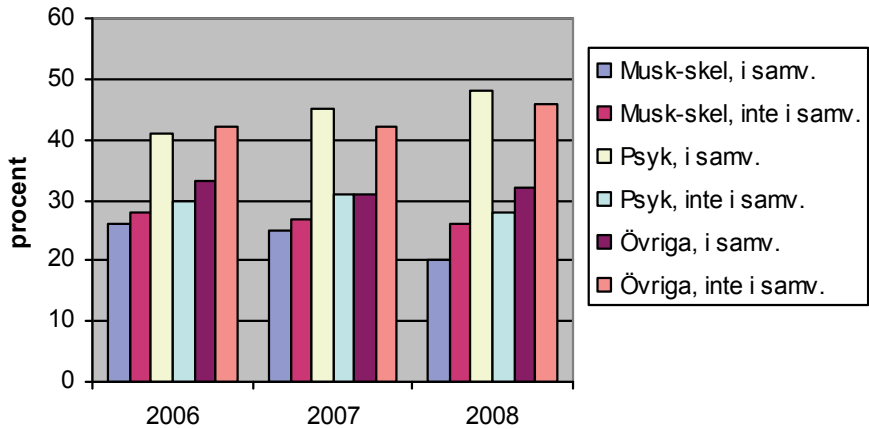
Diagram 7 Jämförelse mellan dem i samverkan och dem som inte deltagit i samverkan, sett till SGI (inkomstgrupp, som procent av i respektive inte i samverkan)



Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

En högre andel av de försäkrade som deltar i samverkan har en psykiatrisk diagnos, jämfört med dem som inte deltar i samverkan. Skillnaden är tydlig, då de försäkrade i samverkan till 40–50 procent (beroende på år) har en psykiatrisk diagnos, medan de försäkrade som inte deltar i samverkan till cirka 30 procent har en sådan diagnos. I sammanhanget är det också noterbart att andelen med psykiatriska diagnoser ökar i gruppen som deltar i samverkan mellan 2006 och 2008. En motsvarande utveckling finns inte i jämförelsegruppen, för vilka övriga diagnoser istället ökar. De muskuloskeletala sjukdomarna (sjukdomar i rörelseorganen) minskar inom båda grupperna, mellan 2006 och 2008.

Diagram 8 Jämförelse mellan dem i samverkan och dem som inte deltagit i samverkan, sett till sjukskrivningsdiagnos (som procent av i respektive inte i samverkan)



Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

Sammanfattningsvis skiljer de som medverkar i samverkan sig i viss mån från dem som inte deltar i samverkan. Deltagarna i samverkan har i större utsträckning en mer omfattande sjuk- och arbetslöshets-historik, de är yngre, är oftare utlandsfödda, har lägre inkomstnivå och har oftare psykiatriska diagnoser, men mindre ofta diagnoser av vad som här benämns som övriga.

Jämförelsen mellan dem som medverkar, respektive inte medverkar, i samverkan har dels gjorts med syfte att undersöka om det finns vissa beskrivande variabler som urskiljer dem som medverkar i samverkan, från dem som inte medverkar. Ytterligare ett syfte har varit att ha med dessa egenskaper i kommande analys som inriktar sig på att uttala sig om resultatet av handlingsplanssamverkan.

12.2 Leder handlingsplanssamverkan till önskat resultat – fler i arbete?

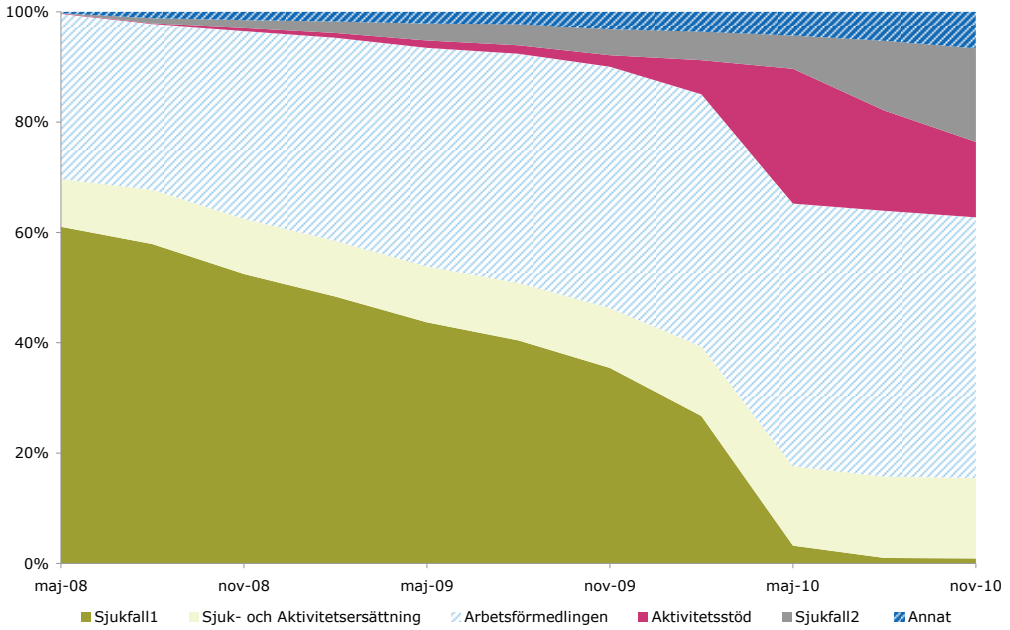
Följande analys följer över tid vad som händer med personer efter att de har deltagit i handlingsplanssamverkan. Gruppen följs utifrån hur länge det undersökta sjukfallet pågår, om de får sjuk- eller aktivitetsersättning, om de går över till Arbetsförmedlingen³, erhåller aktivitetsstöd⁴ eller startar ett nytt sjukfall. Kategorin ”annat” kan avse arbete, dödsfall, ekonomiskt bistånd från kommuner, föräldrapenning och ålderspension.

Vid en första jämförelse mellan dem som deltar i samverkan, respektive inte deltar i samverkan, för de tre jämförda åren (se år 2008 i diagrammet nedan, och samtliga år i bilaga 1), kan konstateras att det är betydligt fler av dem som *inte* deltar i samverkan som har ”annat” registrerat som tillhörighet för de olika tidsperioderna (var tredje månad efter påbörjat sjukfall). Lika tydligt är det att de som deltar i samverkan oftare är inskrivna på Arbetsförmedlingen vid de olika tidpunkterna. Dessutom är det en större andel inom ”samverkansgruppen” som registreras med aktivitetsstöd eller med ytterligare sjukfall. Andelen med aktivitetsstöd ökar och andelen sjukfall minskar tydligt vid årsskiftet 2009–2010, vilket sammanfaller med att de vid den tidpunkten var den första gruppen som nådde den maximala tidsgränsen i sjukförsäkringen. Denna förändring är särskilt påtagligt för dem som har deltagit i samverkan.

³ Denna kategori innehåller dem som är arbetssökande, som har ett arbete med stöd, som har ett tillfälligt arbete och är aktivt arbetssökande samt som är registrerad hos Arbetsförmedlingen men är förhindrad att ta ett arbete.

⁴ Personer som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program har aktivitetsstöd.

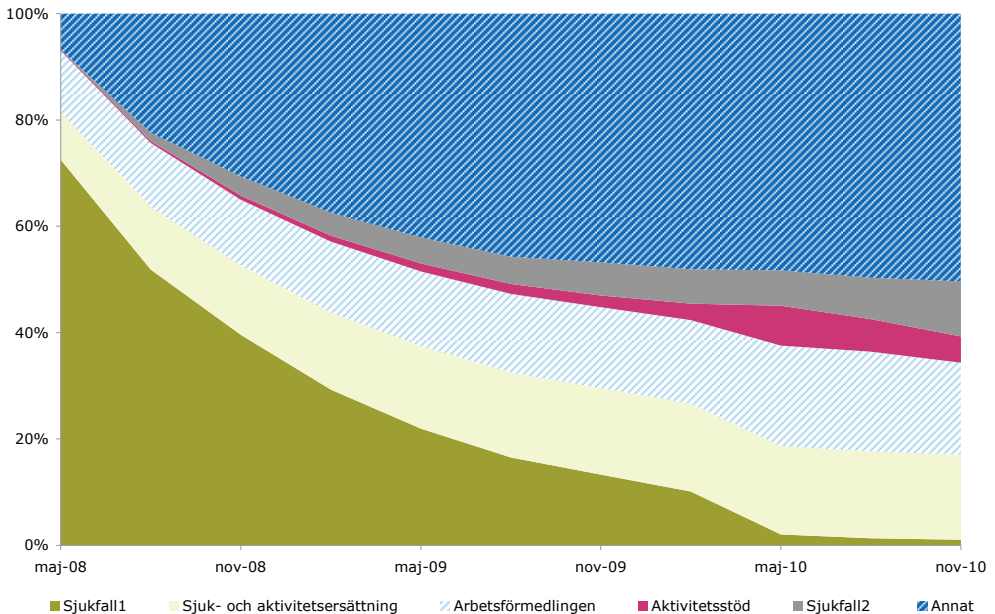
Diagram 9 Tillhörighet för dem i samverkan (2008)⁵



Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

⁵ En person kan vara registrerad i mer än en kategori vid samma tillfälle om hon/han exempelvis har rehabiliteringspenning eller sjukersättning och samtidigt är registrerad på Arbetsförmedlingen (deltar i samverkan). Härmed uppgår inte sjukfall 1 till 100% ens vid den första mätpunkten. Däremot är det omöjligt att samtidigt vara i kategorin "annat" och ytterligare kategori, eftersom "annat" indikerar att man inte är registrerad någon annanstans.

Diagram 10 Tillhörighet för dem som inte deltagit i samverkan (2008)



Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

Den höga andelen i "samverkansgruppen" som är registrerad på Arbetsförmedlingen är naturligt eftersom deltagarna i samverkan registreras på Arbetsförmedlingen (i samverkan), däremot tycks de också i huvudsak bli kvar inom Arbetsförmedlingens verksamhet under hela femårsperioden för dem som följs under längst tid (2006-gruppen, se bilaga 1). Detta överensstämmer med det resultat som månadsvis rapporteras om dem som deltar i handlingsplanssamverkan: 2007 hade 73 procent av dem som avslutat sitt deltagande i samverkan med ett arbete någon form av stöd från Arbetsförmedlingen (exempelvis lönebidrag), motsvarande uppgift för 2008 är 72 procent, och för 2006 saknas uppgift. När personen har ett arbete med stöd, exempelvis lönebidrag, finns denne alltid registrerad på Arbetsförmedlingen.

Då resultatet av handlingsplanssamverkan tolkas är det viktigt att betona att de i samverkan har en bakgrund som ofta innehåller tidigare arbetslöshets- och sjukperioder, men det kan konstateras att

det sammantagna utflödet från Arbetsförmedlingen och sjukförsäkringen är marginellt.⁶ Det sker variationer mellan andelarna (sjukfall, Arbetsförmedlingen, et cetera), men kategorin ”annat” som kan indikera ett utflöde till arbete utan stöd är mycket begränsad. De som finns registrerade inom Arbetsförmedlingen kan också ha ett arbete med lönebidrag, andelen (av dem som är registrerade på Arbetsförmedlingen) med lönebidrag är som mest 20 procent för dem som har deltagit i samverkan och 21 procent för dem som inte har varit i samverkan (2006), och som minst tio procent för dem som har varit i samverkan och nio procent för dem som inte har varit i samverkan (2008), två år efter första mätpunkten. Av dem som har deltagit i samverkan har mellan åtta procent (2007–08) och 13 procent (2006) ett lönebidrag efter två år, medan motsvarande andel för dem som inte har deltagit i samverkan är två procent, detta som andel av hela gruppen (inte bara Arbetsförmedlingen).

Andelen som får aktivitetsstöd ökar inom gruppen som har deltagit i samverkan, år för år, medan andelen med sjuk- eller aktivitetsersättning är som störst för ”2006-gruppen”, och minskar därefter. Andelen som får sjuk- eller aktivitetsersättning minskar även för dem som inte har deltagit i samverkan mellan 2006 och 2008. Samtidigt ökar andelen som registreras på Arbetsförmedlingen, får aktivitetsstöd eller ytterligare ett sjukfall. Avslutningsvis minskar gruppen ”annat” för dem som inte har deltagit i samverkan mellan 2007 och 2008 (se bilaga 1), vilket indikerar att färre lämnade försäkringarna under 2008.

⁶ Betydligt fler av dem i gruppen som inte har deltagit i samverkan befinner sig i kategorin ”annat”, men det är i sammanhanget viktigt att notera att de försäkrade som inte deltar i samverkan i större utsträckning har ett arbete, som de kan ha återvänt till.

13 Diskussion och reflektion

Målgruppen för samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan utgörs av individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från minst två parter, för att förbättra sin arbetsförmåga och att öka sina chanser för att arbeta. Ett problem för samverkan, och samtidigt ett behov av att samverka, är just att ansvaret för att individen ska kunna försörja sig via arbete delas av åtminstone två aktörer, samt individen själv. De olika aktörerna styrs av skilda organisationskulturer, arbetssätt, administrativa rutiner och begränsningar, och ansvarsfördelningen mellan organisationerna påverkar kontinuiteten för den enskilde. För individen försvåras den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inte enbart av det faktum att det saknas gemensamma värderingar och arbetsmetoder, utan även av att myndigheterna ofta har olika mål med sina respektive insatser. Frånvaro av gemensamma metoder kan också leda till brister i överföringen av information som är en grundläggande förutsättning för att samverkan om rehabilitering ska kunna fungera.

Intervjuerna vittnar om att handlingsplanssamverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan inte har skett inom ramen för den ordinarie verksamheten, utan snarare har bedrivits vid sidan om. De fyra intervjuade, centralt involverade nyckelpersoner i samverkansarbetet – informanterna – ger dock en mycket positiv bild av utvecklingen av samverkan 2000-talet. Om de som inte arbetar med samverkan hade tillfrågats, hade bilden av samverkan sannolikt blivit en annan, en bild som inte lika tydligt visade på den positiva utvecklingen. Att samverkan skulle kunna ske ”av sig själv” – såsom utredarens tanke var redan med ”prop. 63” – är än i dag föga troligt. De intervjuade nyckelpersonerna pekar på vikten av såväl särskilt avsatta medel som att det finns en tydlig plan eller process för att samverkan ska fungera.

För att utvecklingen av samverkansarbetet ska ta fart har det oftast krävts att myndigheterna har fått ett gemensamt regeringsuppdrag.

Samverkan är svårt då olika organisationer ska mötas, och samverkan är inte alltid den mest prioriterade delen i verksamheten. Samverkan sker således inte så aktivt som vore önskvärt, av intervjuerna att döma; särskilt inte på lokal handläggarnivå.

Ett problem med dagens samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan är således att den fungerar när den ”måste” fungera, då myndigheterna genom särskilda uppdrag skall samverka. Myndigheterna samverkar således ännu inte självgående. Ett önskvärt scenario är att samverkan blir en naturlig och väl integrerad del i sjukskrivningsprocessen och sker utifrån individens behov och perspektiv.

13.1 Medel och handlingsplan

Den tydliga ledningsstrukturen för samverkan via den nationella och de lokala samverkansgrupperna för samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, har i takt med nya uppdrag och inte minst mot bakgrund av rehabiliteringskedjans införande, varit grundläggande för myndigheternas möjlighet att ta ett gemensamt ansvar för att finna nya administrativa rutiner för att samverka.

Den satsning som genomfördes i början på 2000-talet med finansiering om fem procent ur sjukpenninganslaget, och inom det utrymmet utvecklingen av handlingsplanssamverkan, anses av informanterna ha varit nödvändig för att lägga en nationell struktur för samverkan mellan myndigheterna. Merparten av medlen har lagts på personella resurser inom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, men har även använts till gemensamma utbildningsinsatser. Det fanns tidigt en medvetenhet om att kunskap om och förståelse för varandras regelverk och uppdrag är en förutsättning för att samverkan ska fungera. Tilldelningen av samverkansmedlen har underlättat detta, men medlen har minskat år för år, under stora delar av 2000-talet. En baksida av finansieringsmodellen är också att medeltilldelningen sker årsvis, med begränsningar vad gäller långsiktiga åtaganden.

Bildandet av myndigheterna Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har underlättat samverkan. Strävanden att uppnå enhetlighet i myndighetsutövningen är viktiga utifrån ett krav om att individen ska få lika behandling, oavsett bostadsort. Detta står i kontrast till hur situationen var i början på 2000-talet, då individens möjlighet att få del av myndigheternas samlade kompetens genom

samverkan i hög grad var beroende av regionala och lokala chefers syn på samverkan i länen och kommunerna. Som framkommit i redogörelsen av samverkan på två orter, framgår dock att det finns skillnader. Vid betraktelse av framväxten av den finansiella samordningen, som nu innefattar drygt hälften av landets kommuner, finns också skillnader avseende individens möjlighet att få del av insatser i samverkan. Erfarenheter från samordningsförbunden vittnar om betydande svårigheter att nationellt implementera metoder och erfarenheter från insatser finansierade av Finsam. Samtidigt finns fördelar med lokal förankring, utifrån lokala behov – en förankring som kan försvåras av en central styrning som vill tillgodose samma möjligheter och rättigheter för alla.

Inom handlingsplanssamverkan sker samverkan genom att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans med individen lägger upp en rehabiliteringsplan inom en given tidsram, varefter båda myndigheterna följer individens progress. Vid behov beslutas gemensamt om en revidering av planen. Respektive myndighet ansvarar för att tillföra myndighetsspecifik kompetens i rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan ansvarar för ersättningen samt för kontakter med vården. Arbetsförmedlingen ansvarar för aktiva väglednings- och ackvireringsinsatser¹ som ska leda till arbete. Informanternas erfarenheter från närmare tio års samverkan inom handlingsplanen, är att en samverkan som använder sig av Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens kompetens behövs för att individen ska öka sin arbetsförmåga och sina chanser att återgå till arbete.

Huruvida dessa erfarenheter kan bekräftas, eller ifrågasättas, besvaras inte av de resultat som här ges från handlingsplanssamverkan (kapitel 12). Det kan inte hävdas att samverkan har positiv effekt för deltagarnas chanser att få ett arbete med eller utan stöd, om än mycket talar för det förra och mindre talar för det senare. För att kunna svara på denna fråga krävs en analys där samtliga oberoende variabler – såsom tidigare sjukfall och arbetslöshetsperioder, arbetslivserfarenheter, diagnoser, kön, utbildning och inkomst – konstanthålls. I dagsläget finns inte all denna information om de försäkrade, varför här inte görs någon sådan analys.

Resultaten pekar i riktning mot ett behov av en fördjupad diskussion om arbetsförmåga och efterfrågan på arbetsmarknaden – ett välkänt begreppspar inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Att myndigheterna genom samverkan finner arbetsförmåga

¹ Ackvirering av arbete syftar till att få tillgång till arbete, praktik eller annan sysselsättning hos en arbetsgivare som inte anmält rekryteringsbehov.

hos de försäkrade, är här inte samma sak som att de senare finner ett arbete. Här väcks en fråga om hur samverkan kan utvecklas mellan myndigheterna och arbetsgivare, eller ännu viktigare, hur arbetsmarknaden kan göras mer tillgänglig för personer med begränsad arbetsförmåga och som under en längre tid har fått ersättning från socialförsäkringen.

13.2 Den reformerade sjukförsäkringen

Den reformerade sjukförsäkringen har medfört ett utökad behov av samverkan, med ett mer aktivt förhållningssätt, med fler och tidigare övergångar från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen. De försäkrade kan samtidigt ha pågående medicinsk vård och behandling eller olika former av stödjande insatser från kommun. Verksamheten med målgruppen som lämnar sjukförsäkringen på grund av att deras dagar tar slut, har därför medfört ett ökat behov av samverkan med vårdgivare och socialtjänst. Detta ökar i sin tur behovet av att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen behöver inkludera parallella insatser från fler aktörer, och att samverkan borde integreras i ordinarie linjeverksamhet inom samtliga berörda myndigheter och organisationer.

Sjukförsäkringsreformen med införandet av rehabiliteringskedjan har medfört att Arbetsförmedlingen har fått fler sökande med komplexa problembilder. Arbetsförmedlingens erfarenhet är att dessa personer har oklara förutsättningar för arbete. Under 1990-tal och tidigt 2000-tal, talades om ”arbetsförmåga versus anställningsbarhet”. Numera talas om ”för frisk för att få ersättning från sjukförsäkringen, men för sjuk för att stå till arbetsmarknadens förfogande”.

Personer som lämnar sjukförsäkringen på grund av att deras dagar eller månader tar slut, har inte kommit till Arbetsförmedlingen därför att de genom en individuell prövning av sina förutsättningar bedömts kunna arbeta eller vara i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Efter deltagande i arbetslivsintroduktion har många fortsatt stora behov av individuellt stöd och olika typer av anpassningar i andra arbetsmarknadspolitiska program. På grund av ett behov av tid att utveckla sin arbetsförmåga kan dessa inte alltid delta i de aktiviteter som krävs för att söka arbete i enlighet med arbetslöshetsförsäkringens regelsystem. Inom Arbetsförmedlingen förs diskussioner om hur länge arbetsförberedande insatser kan pågå. Exempelvis finns det personer som startade i arbetslivsintro-

duktion och som efter ett år inte uppnått arbetsförmåga enligt arbetslöshetsförsäkringens krav om ett arbetsutbud om 17 timmar per vecka. Arbetsförmedlingens erfarenheter är att det är svårt att finna en anställning som endast kräver ett arbetsutbud om till exempelvis 10 procent motsvarande fyra timmar omvandlat i arbetstid per vecka. Även när en sådan anställning finns, uppstår frågan hur denne ska kunna försörja sig på en lön som baseras på fyra timmars arbete per vecka. I brist på harmonisering med arbetslöshetsförsäkring i ett sådant exempel, är kompletterande försörjningsstöd vad som i dag finns att tillgå om personen saknar andra tillgångar. Så som regelverket ser ut i dag, blir denna fråga en konsekvens av bristande samsyn kring arbetsförmågebegreppet och som behöver lösas i framtida utformning av såväl arbetslöshetsförsäkringen som sjukförsäkringen. På samma gång aktualiseras här samverkan med ytterligare en aktör, kommunerna. Dessutom återvänder en stor andel, runt hälften, av dem som varit i arbetslivsintroduktionen till sjukförsäkringen inom ett år.

13.3 Brist på effektutvärderingar av samverkansformer och metoder inom området

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) har gjort en kunskapssammanställning på uppdrag av Nationella rådet, 2010. NHV fann att flertalet studier i kunskapssammanställningen visar positiva effekter av samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering. De effekter man finner handlar om återgång i arbete, minskad sjukskrivning, samt förbättrad hälsa för deltagarna. Men man finner också några studier som visar oförändrade effekter. Det finns dock anledning att vara försiktig med långtgående slutsatser på grund av metodologiska problem med studierna, såsom brist på effektstudier med kontrollgrupper och att isolera effekter och konstanthålla variabler.

Kunskapen om effekterna av olika former av samverkansinsatser är mycket begränsad. Det finns inte ett entydigt stöd för att vare sig medicinsk- eller arbetslivsinriktad rehabilitering är effektivt avseende återgång i arbete (IFAU 2010:17). Vid tidig bedömning av sjukskrivnas behov av rehabiliterande insatser, finns risk att bedömningen blir felaktig. För att tidiga insatser ska vara en framgångsrik strategi fordras också att insatserna är effektiva, och att de går till rätt mottagare. För att inte riskera att samhällets resurser

läggs på dem som tillfrisknar av sig själva respektive att myndigheterna inte för in personer i en längre samverkansprocess som kan skapa inlåsningseffekter, krävs bättre instrument för att ta reda på till vem och när insatser ska sättas in.

Det saknas med andra ord kunskap om huruvida rehabiliteringsinsatser uppfyller sina huvudsakliga syften, att hjälpa försäkrade tillbaka till egen försörjning. Det är härmed svårt att utvärdera samverkan, då det är svårt att avgöra om det är själva samverkan, rehabiliteringsinsatser, hälsotillstånd, arbetsmarknadssituation eller en kombination av nämnda faktorer som ligger bakom effekterna.

13.4 En spaning in i framtiden

Under senare år har den sociala sektorn uppmärksammats som en möjlig aktör för såväl rehabiliteringsinsatser som anställningar för personer som inte kan konkurrera om lediga arbetstillfällen. Såväl Arbetsförmedlingen som Försäkringskassan har uppdraget att stödja utvecklandet av sociala sektorn. Uppdraget "Resa" är ett exempel på projekt som har visat på möjligheter att finna nya rehabiliterings- och arbetslösningar i sociala företag. Även med riktade insatser och medel är det dock mycket tveksamt att den sociala sektorn kommer att kunna sysselsätta hela den grupp som skulle vara i behov av sysselsättning. Här menar myndigheterna att om den politiska visionen om att alla ska kunna försörja sig utifrån sina egna förutsättningar och resurser ska kunna verkställas, behövs kraftfulla insatser för att bereda plats i arbetslivet för dem med ohälsa eller funktionsnedsättningar.

Långtidsutredningen (SOU 2011:11) menar att arbetsgivarens finansiella incitament att medverka till rehabiliteringen är förhållandevis svaga. Eftersom det finns starka effektivitetsskäl för att bevara anställningar där det är möjligt menar man att arbetsgivar-engagemang behöver premieras. Incitamenten bör utformas så att det lönar sig mer än i dag att bidra till rehabilitering och omplacering. Utredningen föreslår en utökad finansiering av sjuklön upp till dag 180 i rehabiliteringskedjan. Arbetsgivare som på ett adekvat sätt verkar för återgång i arbete belastas dock inte med ytterligare finansiering, medan de arbetsgivare som inte tar sitt ansvar möter tydliga sanktioner. Ett utökat medfinansieringsansvar gör det svårare för personer med en historik av ohälsa att finna en anställning. Av det skälet anser Långtidsutredningen att betalningsansvaret bör

kopplas till ytterligare riktade nedsättningar av de fasta arbetsgivaravgifterna för grupper med hög sjukskrivningsrisk.

Rehabiliteringsrådet konstaterar i sin slutrapport (SOU 2011:15) att: ”Det vetenskapliga underlaget för åtgärder som leder till arbetsåtergång talar relativt entydigt för att åtgärder på arbetsplatsen är det som har störst effekt. Om orsaken till arbetsoförmåga är en tillfällig funktionsnedsättning kan en tillfällig anpassning av arbetsuppgifter eller arbetsplats vara nödvändig. En kompetenshöjning eller kompetensförändring kan vara det som krävs på en föränderlig arbetsmarknad för att en relativ arbetsoförmåga ska kunna kompenseras. Om arbetsoförmågan är mer permanent behövs ett stöd av annat slag. Lönebidrag, möjlighet till deltidsarbete eller annan subvention kan då komma ifråga”.

Om Arbetsförmedlingen kan stödja arbetsgivaren att ta sitt rehabiliteringsansvar bör detta öka möjligheter att de som redan har en etablering på arbetsmarknaden kan stanna kvar hos sina befintliga, eller återvända till sina tidigare, arbetsgivare.

13.5 Sammanfattningsvis

Det har funnits krav på att samverka i myndigheternas regleringsbrev i flera år. Frågan är hur mycket myndigheterna har prioriterat samverkan, då handlingsplanssamverkan ligger vid sidan om den ordinarie verksamheten. Viktiga förutsättningar för en fungerande samverkan är dels ett tydligt uppdrag och ekonomiska resurser, dels kompetens och vilja hos de medverkande aktörerna, från central nivå på huvudkontoren till lokal nivå bland handläggarna, från beslutsfattare till utförare. I ett långsiktigt perspektiv bedöms samverkan leda till besparingar och mindre resursförbrukning. Samverkan med bibehållna sektorsgränser kräver dock en fördjupad kunskap om respektive kompetensområde. Det är först när ”den andres kompetens” är känd, som myndigheterna kan förstå hur man kan och bör komplettera varandra. Gemensamma styrdokument, utbildningar och annat nära utbyte är därför viktiga förutsättningar för en effektiv samverkan.

När den andres kompetens är känd, finns möjlighet för acceptans för respektive myndighets uppdrag, samtidigt som myndigheternas uppdrag inte får krocka med varandra. Ett talande exempel på sådan förståelse är den bild som informanterna ger av hur utvecklingen har varit inom handlingsplanssamverkan, med en ökad för-

ståelse för respektive myndighets syn på individens arbetsförmåga. Här har en klar förbättring skett, utan att göra anspråk på att samsynen är total.

I dag saknas mål som stimulerar ett helhetsperspektiv på samverkan, över organisations- och sektorsgränser. Samverkan fungerar som bäst då den tas inom ett helhetsgrepp, med gemensamma, mätbara, mål, och där samverkan integreras i myndigheternas övriga verksamhet. Hand i hand med dessa mål måste det finnas stöd i samverkansprocessen, inte minst ett centralt stöd för ett lokalt fungerande arbete – som inte alltid är så lätt att förena. På lokal nivå upplevs ett behov av flexibilitet i förhållande till individens behov, som ibland hindras av den centralt lagda strukturen vid huvudkontoren.

Utgångspunkten att medborgare ska kunna arbeta utifrån sina förutsättningar och resurser är positiv, för såväl samhälle som individ. För att samverkan och effektiv rehabilitering ska nå målet att få fler att återgå till arbete behövs dock bättre förutsättningar för att ta bort den ekonomiska risk som arbetsgivare tar när de anställer personer med tidigare långa perioder med – och i många fall även kvarstående – ohälsa. Alternativet är att med andra medel få arbetsgivare att anställa dem med begränsad arbetsförmåga.

Härtill måste beaktas att långtidssjukskrivna ofta har drabbats av ohälsa som gör att de, utifrån dagens system, inte kan fortsätta inom det yrke där de tidigare har varit aktiva. Osäkerheten över vad dessa istället kan jobba med är stor, och behovet av såväl teoretisk som praktisk vägledning kan vara omfattande. Hur omfattande dessa processer är, varierar beroende på vilken situation de försäkrade är i, och vilken bakgrund de har. Samverkan kan härmed svårligen anpassas till ”alla”, enligt en och samma modell, utan kräver viss flexibilitet utifrån individens behov.

Referenser

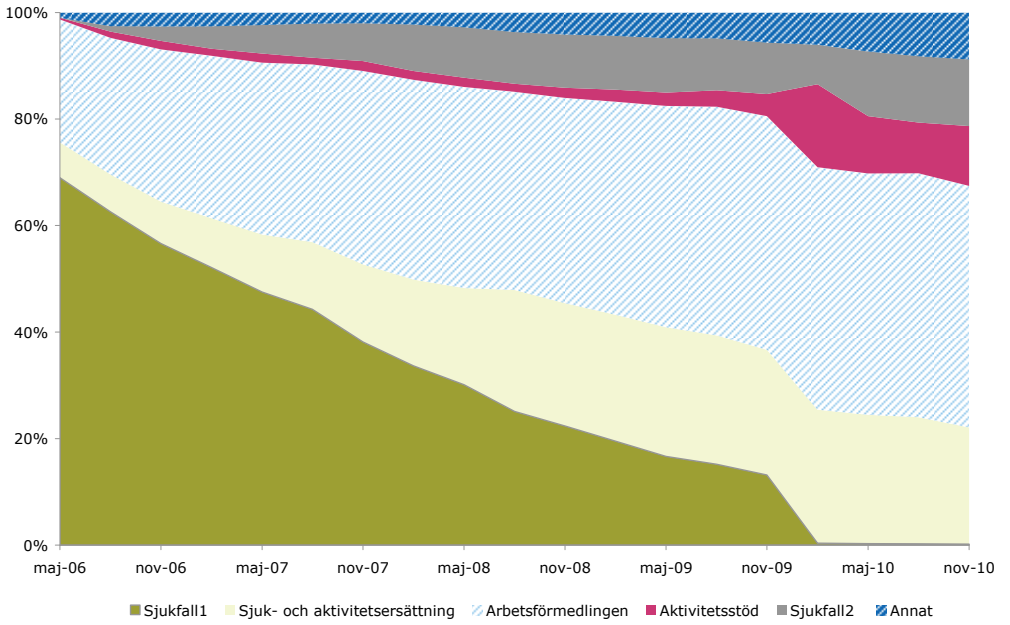
- Arbetsförmedlingen/Försäkringskassan, Återrapportering om handlingsplansamverkan som lämnats till regeringen under åren 2005–2010 i enlighet med uppdrag i regleringsbrev.
- Arbetsförmedlingen/Försäkringskassan, Uppföljning av de personer som uppnådde maximal tid i sjukförsäkringen vid årsskiftet 2009/2010 eller under första, andra och tredje kvartalet 2010.
- Arbetsmarknadsstyrelsen/Försäkringskassan, Rapport till regeringen februari 2005. Pilotprojekt FAROS – modell för förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.
- Björn Johnson Kampen om sjukfrånvaron. Arkiv förlag 2010.
- Försäkringskassan. Vägledning för sjukpenning och samordnad rehabilitering (2004:2).
- Försäkringskassan. Uppföljning av Pilas verksamhet på riksnivå. Socialförsäkringsrapport 2009:6.
- IFAU Rapport 2010:17 Reformerna inom sjukförsäkringen under perioden 2006–2010: Vilka effekter kan vi förvänta oss?
- ISF Rapport 2010-2 Samverkan inom socialförsäkringen. En sammanställning av uppföljnings- och utvärderingsrapporter inom verksamheter finansierade med samverkansmedel.
- Lag (1962:381) om allmän försäkring.
- Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) februari 2010 Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering – en sammanställning av kunskap och erfarenheter inom området.
- Proposition 1996/97:63 Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m.
- SOU 1996:85 Egon Jönsson – ”betänkande av en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet”.
- SOU 2011:11 Långtidsutredningen 2011 Huvudbetänkande.
- SOU 2011:15 Rehabiliteringsrådets slutbetänkande.
- Statskontoret 2005:10 Den första tiden med Finsam. Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

- Statskontoret 2005:25 Förnyad arbetslivsinriktad rehabilitering – måluppfyllelse och effekter.
- Statskontoret 2006:6 Fortsättningen med Finsam – målgrupper, insatser och arbetsformer.
- Statskontoret 2007:6 Finsam rapport 3. Uppföljning av finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.
- Statskontoret 2008:16 Effekter av Finsam?

Tillhörighet för dem som har deltagit respektive inte deltagit i samverkan 2006, 2007 och 2008

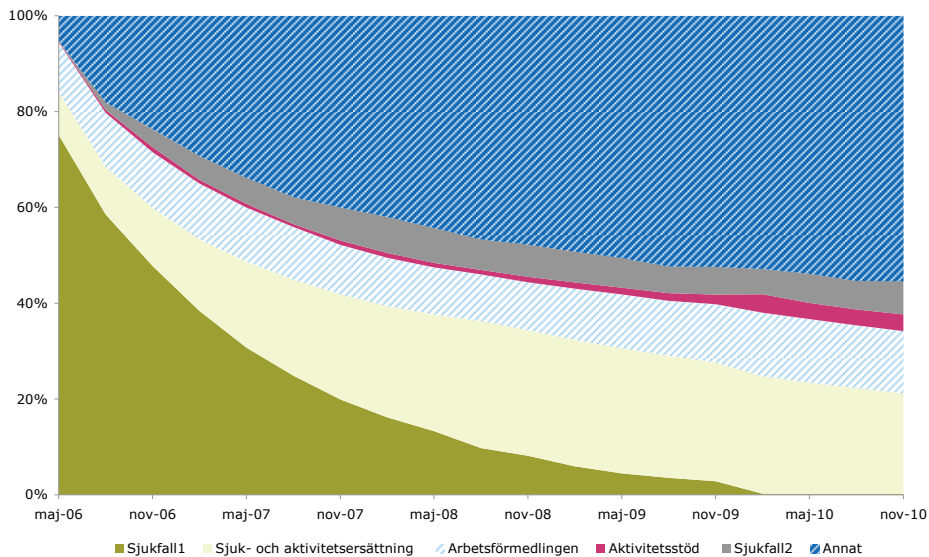
Se diagram på följande sidor.

Diagram A1 Tillhörighet för dem i samverkan (2006)



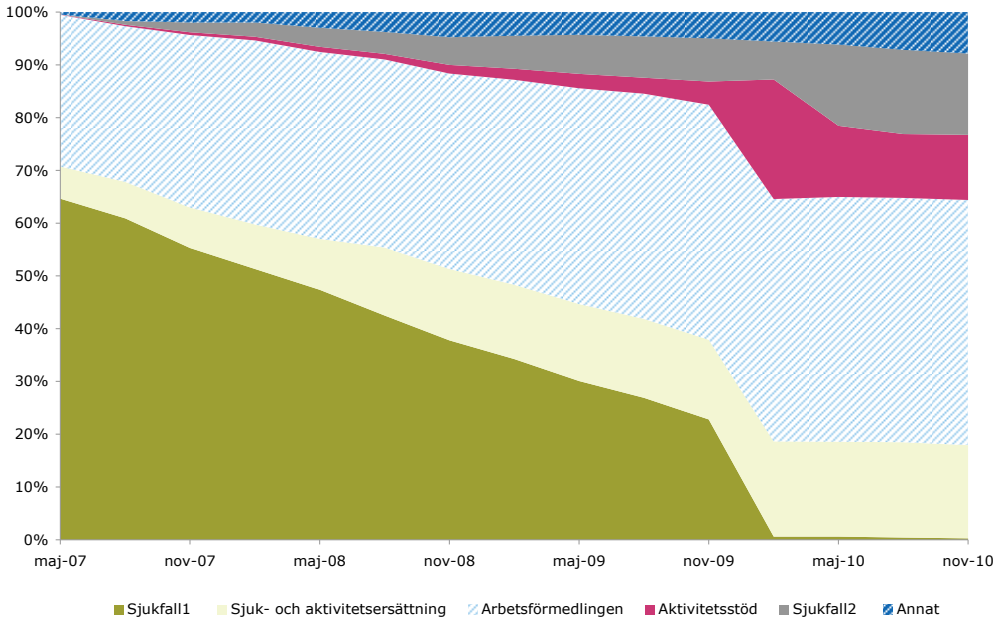
Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

Diagram A2 Tillhörighet för dem som inte deltagit i samverkan (2006)



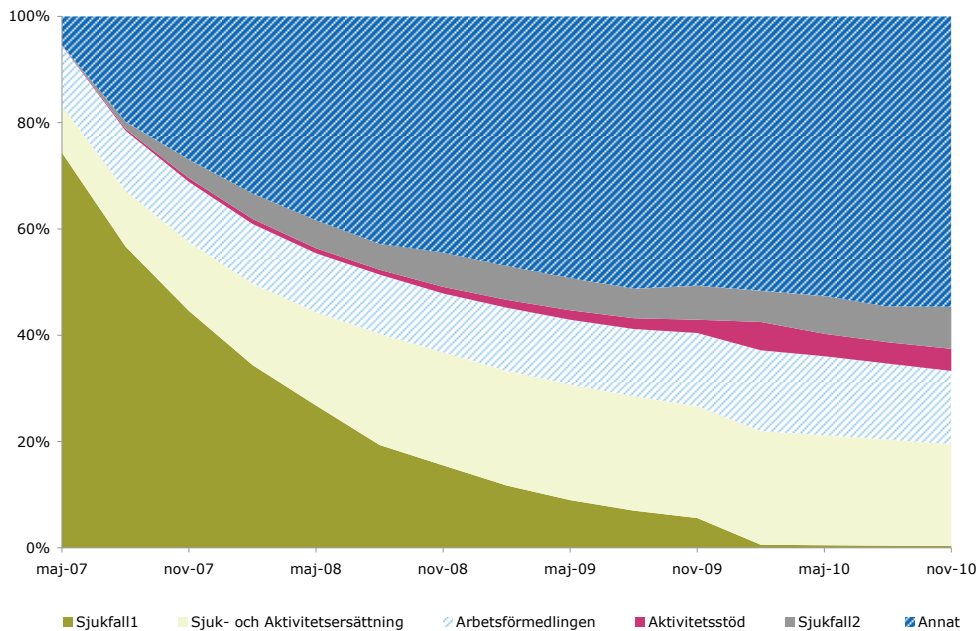
Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

Diagram A3 Tillhörighet för dem i samverkan (2007)



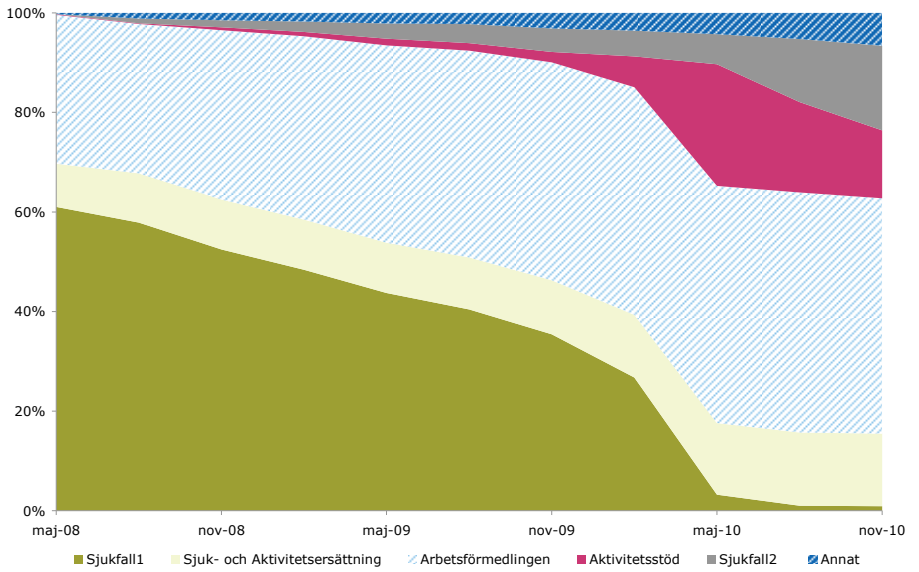
Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

Diagram A4 Tillhörighet för dem som inte deltagit i samverkan (2007)



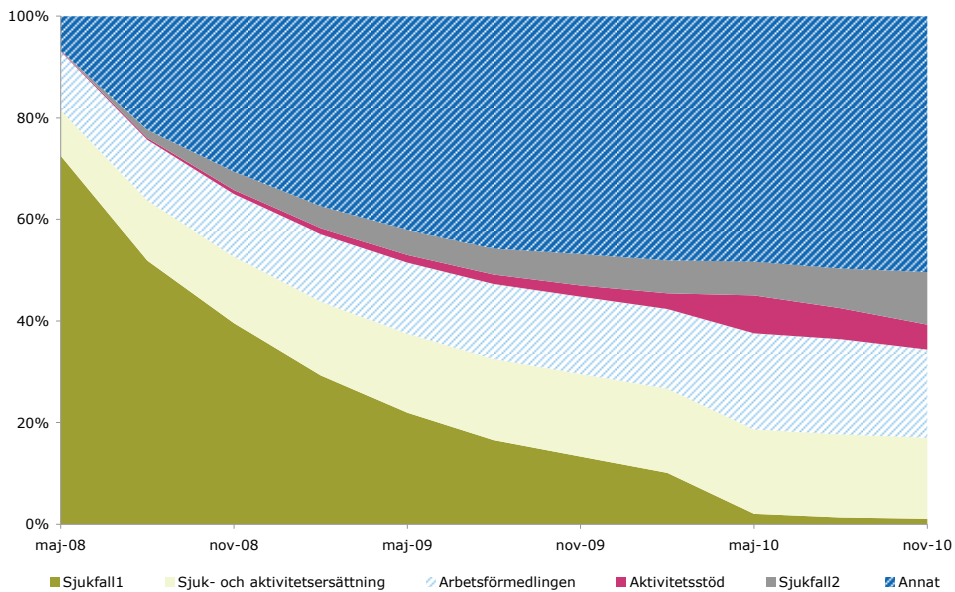
Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

Diagram A5 Tillhörighet för dem i samverkan (2008)



Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

Diagram A6 Tillhörighet för dem som inte deltagit i samverkan (2008)



Källa: Försäkringskassans data, MiDas.

Insatser och metoder som används inom arbetslivsinriktad rehabilitering

I uppdraget ingick att ge en beskrivning av de insatser som finns för stöd till återgång till arbete vid respektive myndighet. Nedan följer en genomgång av Arbetsförmedlingens insatser och metoder som används inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Därefter följer Försäkringskassans samordningsuppdrag samt utredningsansvar.

Kartläggningssamtal

Individuell genomgång av vad individen har haft för arbetshistoria, utbildningar, fritidsintressen, sjukdomar som påverkat arbetsförmågan, sociala situationen, fritiden, familj, bostadsort med mera – allt med syftet att hitta ett nuläge utifrån individens förutsättningar och resurser. Syftet är att fastställa rätt tjänst.

Gruppaktiviteter i inledningen av kontakten med Arbetsförmedlingen

Information om Arbetsförmedlingen och vad man kan få för hjälp med möjlighet att ställa frågor. Allt anpassas utifrån de behov respektive grupp har. Man kan även erbjuda aktiviteter i öppna grupper, till exempel allmän information om vad anpassat arbete kan innebära och hur Arbetsförmedlingen arbetar för att övergången till arbetslivet utformas utifrån individuella förutsättningar. Under aktiviteten kan man bjuda in personer som berättar om hur de har fått hjälp till ett anpassat arbete.

Att välja yrke

Att välja yrke är ett självinstruerande verktyg på www.arbetsformedlingen.se som vänder sig till alla arbetssökande som har behov av yrkesvägledning. Att välja yrke hjälper yrkesrådvilla att tänka igenom frågor som är viktiga inför yrkesvalet. Följande avsnitt ingår: "Vad är viktigt för dig?", "Vad trivs du med?", "Hur går du vidare?" och "Vanliga frågor".

Yrkesvägledningssamtal

Arbetsförmedlaren använder sig av ett strukturerat yrkesvägledningssamtal för att underlätta för den sökande att få klarhet om sina förutsättningar och väga dem mot omvärldens krav och möjligheter. En viktig uppgift är att vidga den sökandes yrkes- och arbetsperspektiv. Ofta kan flera samtal behövas innan den sökande är klar över en målsättning och en plan kan formuleras för hur målet ska nås. De olika delarna i samtalet delas då upp i etapper. Till samtalet knyts ofta andra aktiviteter och övningar till exempel intressetest för att tillsammans ge ett underlag utifrån vilket den sökande kan göra ett övervägt val.

Gruppvägledning

Syftet med gruppvägledning är att aktivera den sökande inför att välja eller byta yrkes- eller arbetsinriktning. Genom att arbeta i grupp tillsammans med andra personer med likartade frågeställningar och i en liknande situation kan den arbetssökande få nya erfarenheter och uppleva personligt stöd.

Förutom att gruppen ger stimulans och stöd erbjuder den ofta en större samlad kunskap och resurs i problemlösning jämfört med en individuell kontakt.

Arbetspsykologisk utredning

Den arbetspsykologiska utredningen syftar till att ge arbetssökande ett bättre beslutsunderlag för val av studier och yrkesinriktning genom att metoden förser honom/henne med ny eller mer nyanserad kunskap om de egna resurserna och tillfälle att tillsammans med psyko-

logen reflektera över detta. Om ett funktionshinder föreligger används metoden för att kartlägga såväl begränsningar i arbetslivet som möjligheter att kompensera dessa (exempelvis med tekniska hjälpmedel). Utredningen kan ge underlag för rehabiliteringsåtgärder eller särskilda insatser på en arbetsplats. Det finns särskild utredningsmetodik vid olika funktionshinder, till exempel synskada, hörselskada, dyslexi och neuropsykologiska funktionsnedsättningar.

Aktivitetsbaserad bedömning av arbetsförmåga

Metodens målgrupp är arbetssökande som har behov av att klargöra sina arbetsförutsättningar genom praktiskt arbete i tillrättalagd miljö på utredningsplats eller i reell miljö på arbetsplats. Syftet med den aktivitetsbaserade bedömningen är dels att få en bild av arbetssökandes resurser och samlade förutsättningar i förhållanden som i hög utsträckning motsvarar de som gäller vid anställning, dels, vid funktionsnedsättning, att värdera den enskildes svårigheter i specifika moment och uppgifter.

Arbetsocial utredning

En utredningsmodell för att klargöra den arbetssökandes sociala situation i relation till arbetslivets krav. Syftet är att utifrån sökandes sociala situation värdera och beskriva förutsättningarna inför arbete samt att bedöma eventuellt stödbehov och samverka med andra myndigheter

Utredande samtal för bedömning av arbetsförmåga

I första hand gör arbetsförmedlaren tillsammans med den sökande en kartläggning utifrån sökandes tidigare arbetserfarenheter, aktuell situation, eventuellt intyg (till exempel läkarintyg), och eventuella utredningar om underlaget är tillräckligt för att klarlägga arbetsförutsättningarna. I samtalet tar förmedlaren också upp om det finns områden där den sökande känner sig sakna tillräckligt underlag för att kunna fatta beslut i arbets-/yrkesvalsfrågan. Det kan gälla hur fysiska och psykiska funktionsnedsättningar påverkar arbetsförmågan, vilka förutsättningar för studier den sökande har eller vilken arbets-

miljö som skulle passa. Det kan också gälla osäkerhet och tvekan inför att över huvud taget komma tillbaka till arbetslivet.

Motiverande samtal

När en sökande står inför en större omställning i sitt arbetsliv kan det finnas tveksamhet och osäkerhet inför vad det nya kan innebära. Osäkerheten kan medföra att den sökande får svårt att fatta beslut och att ge sig in i det arbete som omställningen medför. I en omställningssituation krävs också förmåga att förstå och bearbeta ambivalens och motstånd. Samtal enligt denna metod kan underlätta denna process och minska frustrationerna i arbetet med sökande som betraktas som omotiverade och ovilliga till förändring.

Stödsamtal

Stödsamtal kan ges till arbetssökande som har påtagliga svårigheter att till exempel välja yrkesinriktning eller utbildning, upplever påtaglig oro och osäkerhet inför inträde eller återgång i arbetslivet, eller som har personliga problem som hinder i mötet med arbetslivets krav.

Arbetspraktik

Praktik innebär att den sökande ges möjlighet att på en arbetsplats få erfarenheter och information om arbete och arbetsmiljö. Praktik kan användas i olika syften beroende på den sökandes behov. Ofta är syftet att få erfarenhet och information inför studie/yrkesval men syftet kan också vara att praktiken ska leda till anställning om arbetsuppgifterna visar sig vara de rätta. Ett annat syfte kan vara att få en bedömning av den sökandes yrkeskunskaper.

Arbetsanalys

Metoden används för att bedöma individens förutsättningar i relation till arbetslivets krav, olika yrken och yrkesområden. Metoden används också i specifika situationer där den sökande får pröva sina förutsättningar i en bestämd arbetsuppgift/situation som kan ge underlag till

exempelvis utprovning av arbetshjälpmedel eller bedömning av lönebidragsnivå.

Kompetenskartläggning vid validering

Metoden syftar till att klargöra den sökandes yrkeskompetens för att:

- få så bra matchningsunderlag som möjligt,
- kunna göra en bedömning av behov av kompletterande utbildning,
- bedöma om insatser kan förkortas,
- bedöma i vilka yrken den erhållna kompetensen kan användas,
- bedöma om kartläggning och/eller validering skulle kunna bidra till att förtydliga yrkeskompetensen.

Utprovning av arbetshjälpmedel och anpassning av arbetsplats/studieplats

Metoden används för sökande som behöver särskilda arbetshjälpmedel eller en anpassning av arbetsplatsen för att klara ett arbete.

Utredande samtal med eller utan instrumentet FIA – förutsättningar inför arbete

FIA har fokus på sökandes resurser och stödbehov. Det är ett självskattningsinstrument och resultatet visar på vilken nivå den sökande skattar sig inom olika faktorer i förhållande till andra i arbete.

Exempel på upphandlade insatser:

Flexibla anpassningsmoduler

Ökar tillgängligheten till befintliga arbetsmarknadsutbildningar genom anpassning av läromedel/hjälpmedel och/eller genom pedagogiskt stöd. För den som har behov av anpassningar inför en anställning kan stöd ges till att finna lämpliga hjälpmedel eller annan anpassning för arbetssituationen. Flexibla anpassningsmoduler är alltid ett komplement till Arbetsförmedlingens egna resurser för arbetssökande med särskilda behov.

Rehabiliteringstjänster

- Sysselsättningsplatser med rehabiliterande inslag inom befintlig verksamhet hos företag eller föreningar.
- Motiverande, bearbetande och aktiverande insatser.
- Vägledning, arbetspraktik/-prövning och coachande stöd.

I tjänsterna använder leverantörerna olika metoder som kan anpassas till de individuella behoven och förutsättningarna. Gemensamt för tjänsterna är att de avser att: främja aktivitet och ökad delaktighet i arbetsfrågan, bryta invanda mönster och föreställningar och att utveckla individens arbetsförmåga.

Stöd för återgång till arbete vid Försäkringskassan – utredning och samordning

Om en försäkrad bedöms ha nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel på grund av sjukdom ska Försäkringskassan utreda om det finns behov av rehabilitering för att han eller hon ska kunna få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Försäkringskassan har ansvar för att samordna de rehabiliteringsinsatser som andra aktörer ansvarar för. Det innebär att Försäkringskassan har ett ansvar, dels för att den försäkrades behov av rehabilitering klarläggs, dels för att rehabiliteringen genomförs effektivt.

Försäkringskassan ska dock inte vara en rehabiliteringsaktör. Det är hälso- och sjukvården som ansvarar för de medicinska insatserna, socialtjänsten för de sociala insatserna, medan arbetsgivaren svarar för de arbetsplatsinriktade och Arbetsförmedlingen för de arbetsmarknadsinriktade insatserna.

Försäkringskassans roll är att samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassan ska också, om den försäkrade medger det, samverka med andra berörda aktörer i rehabiliteringsarbetet.

Samordningsuppdraget har två olika perspektiv, dels på individnivå, dels på strukturell nivå. På individnivå samordnas aktiviteter från olika aktörer för att individen så snart som möjligt ska kunna återgå till arbetslivet. På strukturell nivå handlar samordningsuppdraget om att skapa förutsättningar för en effektiv samverkan

mellan flera aktörer inom rehabiliteringsområdet så att arbetet på individnivå ska fungera.

Försäkringskassan ska också ta fram en rehabiliteringsplan när den försäkrade ska delta i en åtgärd som ger rätt till rehabiliteringsersättning. Dessutom har Försäkringskassan bestämt att en plan för återgång i arbete ska tas fram i sjukpenningärenden. En plan för återgång ska också tas fram i alla ärenden med aktivitetsersättning, där den försäkrade planeras få, återfå, eller öka sin arbetsförmåga. En plan för återgång i arbete ska även finnas i de ärenden där Försäkringskassan ansvarar för att samordna insatser under tiden den försäkrade inte kan få sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning.

I samband med arbetslivsinriktad rehabilitering kan den enskilde personen få rehabiliteringspenning som ersättning för uteblivna inkomster och ett särskilt bidrag som täcker vissa så kallade merkostnader som kan uppstå i samband med rehabilitering (exempelvis för resor). Vidare kan Försäkringskassan ge bidrag till arbetshjälpmedel och ge ersättning för resor till och från arbetet i stället för sjukpenning. Rehabiliteringspenning kan vara hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels dag.

I DENNA RAPPORT redovisas olika former av samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för att stödja individers återgång i arbete eller studier. Rapporten fokuserar både på hur det ser ut nu och hur samverkan har utvecklats under det senaste decenniet, samt hur de olika samverkansformerna har visat sig fungera i praktiken.

Rapporten är den andra i den parlamentariska socialförsäkringsutredningens underlagsrapportserie.

Underlagsrapporter i serien

1. Studerande och socialförsäkringen
2. Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan under 2000-talet



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

*Parlamentariska social-
försäkringsutredningen
(S 2010:04)*