

ESKILSTUNAMODELLEN

av

Janett Eriksson,

Försäkringskassan i Sörmland



FÖRSÄKRINGSKASSEFÖRBUNDET

© 2000 Försäkringskassförbundet (FKF)

Förlag: FKFs förlag, Box 1224, 111 82 Stockholm

Grafisk produktion: Informationsenheten, FKF

Tryck: Sjuhäradsbygdens Tryckeri AB

FKF Debatt nr 1:2000

FKFnr 103-28 00.10

ISSN 1403-5219

ISBN 91-7500-296-5

Innehåll

Förord	4
Syfte	5
Bakgrund	6
FINSAM	8
- Extra förtroendeläkarresurs	8
- Extraresurser vid Mälarsjukhuset	9
- Handläggare i vården	9
- Åtgärdsprogrammet Långa sjukfall.	10
- RESAP	12
- Utbildning i försäkringsmedicin	14
Övriga samverkansprojekt	16
- Plus-projektet Arbetsmarknadsavdelningen, AMA	16
- Samverkan på riktigt	17
- Mötesplats Torshälla	18
- GAIA-projektet	19
Slutord	21
<i>Förteckning över kontaktpersoner</i>	<i>22</i>
<i>Referenser</i>	<i>23</i>
<i>FKFs skriftserier</i>	<i>24</i>

Förord

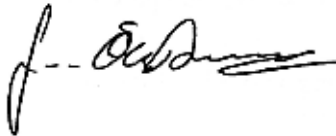
Under 1990-talet har sjuktalet minskat kraftigt i Eskilstuna. Minskningen är betydligt större än motsvarande siffror för riket i övrigt. Även ohälsotalet har minskat.

Det är oftast svårt att visa på orsakssamband till förändringar av dessa tal. Sjuk- och ohälsotalen påverkas av en mängd faktorer, såväl regelförändringar inom socialförsäkringen, arbetsmarknaden, individuella faktorer och en rad andra faktorer. Verkligheten är komplex.

Ett faktum är dock att i Eskilstuna har under 90-talet genomförts en lång rad samverkansaktiviteter och olika utvecklingsprojekt. I denna skrift vill försäkringskassan i Sörmland beskriva några av de aktiviteter, som de tror har haft en positiv inverkan på sjukskrivningssiffror och rehabiliteringsverksamhet.

De vågar också påstå att nyckeln till framgången ligger i samarbetet mellan handläggare från olika samhällsaktörer och företag.

Stockholm i oktober 2000



Jan-Ake Brorsson
Förbundsdirektör

Syfte

Under senare tid har begreppet "Eskilstunamodellen" blivit uppmärksammat. Eskilstunamodellen har beskrivits som den faktor som står bakom Eskilstunas positiva utveckling av sjukpenning-/ohälsotal under de senaste åren. Vad menas då med Eskilstunamodellen?

I detta debattinlägg har vi sammanställt de projekt och verksamheter som vi anser haft störst betydelse för våra goda resultat. Många av dessa framgångsrika åtgärder har startat i samverkan med andra rehabiliteringsaktörer och är unika i samverkans- och rehabiliteringssammanhang. Vårt samverkansarbete har inneburit en ständig utveckling av våra arbetsmetoder. Idéer väcker nya idéer och lagstiftningen "kräver" att vi ständigt anpassar vårt arbetssätt för framtiden.

Syftet med detta debattinlägg är att ge en samlad bild av vårt samverkans-/rehabiliteringsarbete. Vi vill också dela med oss av våra goda exempel och hoppas att det kan ge idéer till dig som läsare.

Detta är vad vi med ett gemensamt namn vill kalla Eskilstunamodellen.

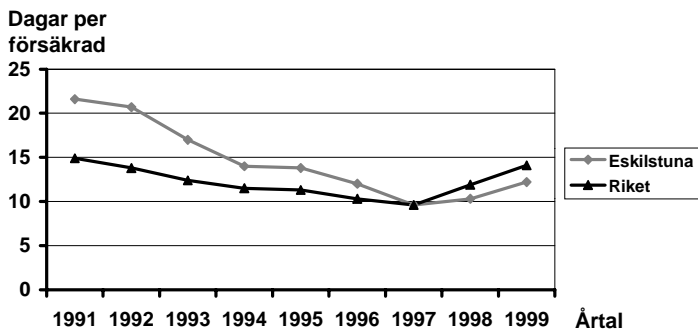
Du är välkommen att kontakta oss på försäkringskassan i Eskilstuna för att få veta mer eller säga vad du tycker om våra projekt och verksamheter och de resultat vi nått. Förteckning över kontaktpersoner finns i slutet av häftet.

Bakgrund

Eskilstuna är en gammal industristad och det sätter naturligtvis sin prägel på en ort. Det påverkar både livsstil, utbildning och värderingar. Man kan också avläsa i sjukhistorik hur industrisamhället har sina problem; hjärt-kärlsjukdomar, olyckor och förslitningsskador. Detta är något som vi kan se som en del i vårt höga sjuk- och ohälsotal.

Eskilstunas struktur håller så sakta på att förändras. Mälardalens Högskola expanderar och har tillfört ett nytt viktigt inslag i samhället. Eskilstuna går, som alla andra, in i ett informationssamhälle vilket ger påtagliga förändringar i våra levnadsförhållanden. Den psykosociala ohälsan ökar eftersom många inte klarar de krav som ställs i vårt samhälle. Som en följd av det kommer ohållbara familjeförhållanden, ekonomiska problem, ensamhet, missbruksproblem för att nämna några.

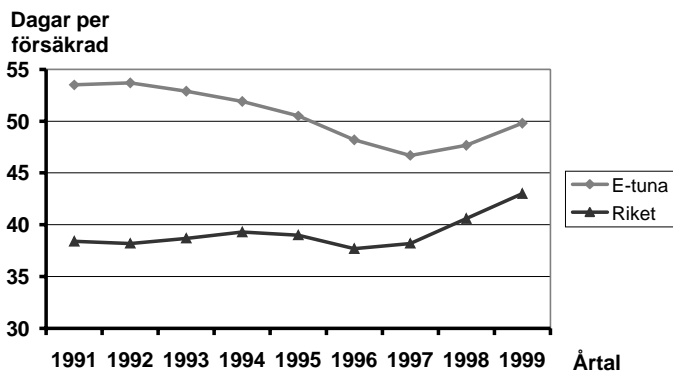
Under början av 90-talet hade Eskilstuna mycket höga sjuktal (femte högsta i landet). 1991 hade Eskilstuna 21,6 dagar och riket 14,9. Jämför detta med år 1999 då Eskilstunas sjukpenningtal var 12,2 och rikets 14,1. Här nedan redovisas sjukpenningtalets¹ utveckling från år 1991.



Som vi kan se i ovanstående bild så har sjukpenningtalet sjunkit kraftigt för Eskilstunas del. Vi ligger 1999 under rikets siffror.

¹) Definition: Antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förtidspension och sjukbidrag från socialförsäkringen per sjukpenningförsäkrad samt försäkrade med hel förtidspension eller helt sjukbidrag. Alla dagar är omräknade till heldagar.

Ohälsotalet² däremot ligger fortfarande högre än riket, som vi kan se i nedanstående bild. Det är dock en stor skillnad om man jämför Eskilstuna och riket under åren från 1991. Eskilstuna hade då 53,5 dagar medan riket låg på 38,4 dagar. En skillnad på 15,1 dagar. Jämför detta med år 1999 då Eskilstunas ohälsotal var 49,8 och rikets 43,8, en skillnad på 6,0. Som vi kan se i nedanstående diagram sjönk ohälsotalet i Eskilstuna från 1991 fram till 1998. Därefter skedde en ökning. Denna ökning gällde för hela riket men i mindre omfattning för Eskilstunas del.



1991 började vi på allvar fundera över vad som gjorde att just Eskilstuna låg så högt i sjukpenning-/ohälsotal. Detta ohälsotal har följt olika konjunkturer, ersättningsnivåer, rehabiliteringssystem och andra förändringar inom socialförsäkringsverksamheten under ett stort antal år. Sporadiska försök har gjorts för att få svar på frågan varför ohälsotalet varit så högt.

Under 1992 startades ett projekt – ett försök till klargörande av ohälsotalet i Eskilstuna kommun – där vi gjorde en kartläggning av våra sjukfall. Där kom man bland annat fram till att ett antal privatpraktiserande läkare stod för en anmärkningsvärd stor andel av sjukskrivningarna, hela 29 procent. Det var lika mycket som hela Mälarsjukhusets sjukskrivningar.

Rapporten blev en startpunkt i vårt fortsatta arbete mot höga ohälsotal.

²⁾ Definition: Antal utbetalda dagar med sjukpenning och arbetsskadesjukpenning per sjukpenningförsäkrad. Alla dagar är omräknade till heldagar, till exempel två dagar med halv ersättning blir en dag.

FINSAM

Mellan åren 1993-1997 bedrevs försöksverksamheten med **finansiell samordning** (FINSAM) i Södermanlands län. Eskilstuna blev ett av försöksområdena. Det var ett samarbete mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård. Syftet med försöket var enligt riksdagen att ”pröva värdet av en finansiell samordning i den meningen att medel för sjukförsäkringen får användas mer flexibelt varvid sjuktalets utveckling får betydelse för sjukvårdshuvudmannens ekonomi. Därmed förväntas att de gemensamma resurserna används effektivare så att vård- och rehabiliteringsinsatserna ökar samtidigt som samhällsekonomiska vinster uppnås.” Försöksverksamheten har gett försäkringskassan och landstinget nya kunskaper och erfarenheter. De ekonomiska sambanden har också skapat ett helt annat intresse inom de båda organisationerna jämfört med tidigare samverkansformer.

Eskilstunakontoret fick, tack vare FINSAM, ekonomisk möjlighet att följa upp den då aktuella rapporten om Eskilstunas höga ohälsotal. Därmed kunde vi starta vårt första FINSAM-projekt under 1993, benämnt Extra förtroendeläkarresurs. Här nedan följer ett antal FINSAM-projekt som haft betydelse för vår sjukfallsutveckling.

Extra förtroendeläkarresurs

I syfte att utreda kvalitet och mönster i privatläkarnas sjukskrivningar tillsattes en extra förtroendeläkarresurs på kassan. Förtroendeläkaren arbetade tillsammans med sex rehabiliteringshandläggare vid försäkringskassan. Gruppen granskade 327 ärenden. Granskningen visade klara brister i läkarintygen vad gäller förslag till rehabiliteringsåtgärder, diagnoser eller andra medicinska data. Genom att införa så kallad ”second-opinion-verksamhet” vid Mälarsjukhuset, RFV:s sjukhus och vårdcentraler kunde försäkringskassan få utlåtanden av betydligt bättre kvalitet, som underlag till fortsatta åtgärder.

Projektet medförde påvisbara minskningar av sjukförsäkringskostnaderna. Antalet sjukskrivna patienter hos privatläkarna minskade kraftigt. Patienter kunde hänvisas till rätt instans med rätt ersättning, vilket inte alltid behövde vara sjukpenning.

Den största positiva sidoeffekten var den att försäkringskassans handläggare fick en ökad medvetenhet vad gäller kritisk granskning av läkarintyg och utlåtanden vilket var en nyttig metodutveckling.

Extraresurser vid Mälarsjukhuset

En av de största satsningarna inom FINSAM var att delvis bekosta verksamheten Ergonomicentrum på Mälarsjukhuset i Eskilstuna. Ergonomicentrum bedriver medicinsk och yrkesinriktad rehabilitering för långtidssjuka med diffusa besvär i rörelseorganen. Verksamheten erbjuder multidisciplinär kompetens, specialister, intensivkurser, arbetsprövning och funktionsbedömning. Under projekttiden beräknade man ett patientunderlag på 300 personer/år.

Yrkesmedicinska kliniken i Örebro engagerades i utvärderingen av verksamheten. I slutrapporten skriver man följande: *"rehabiliteringsgruppen visade en klar minskning i antal sjukskrivningsdagar."* Försäkringskassan i Eskilstuna bedömde att besparingarna i sjukförsäkringskostnaderna var betydande även andra året efter insatsen.

FINSAM satsade också medel för att korta köerna till ortoped- och reumatologklinikerna vid Mälarsjukhuset. Dessa insatser har också haft stor betydelse för ohälsotalet. Individerna kunde få en snabbare bedömning vilket resulterade i snabbare handläggning och nöjdare försäkrade.

Handläggare i vården

Ett annat FINSAM-projekt var försöksverksamheten med handläggare i vården. En av grundpelarna i sjukvårdsavtalen var bland annat att driva rehabiliteringsarbete i samverkan med försäkringskassan och andra rehabiliteringsaktörer. Man avsatte tid, omsorg och resurser för sjukskrivning och rehabiliteringsplanering.

Försäkringskassan placerade handläggare på vårdcentraler, vissa sjukhuskliniker samt psykiatriska team. Projektet var mycket framgångsrikt. Det pågick under hela FINSAM-tiden, det vill säga åren 1993-1997. Därefter permanentades projektet. Försäkringskassan har behållit handläggarna kvar ute i vården, fast i mindre omfattning under senaste åren.

Den här beskrivna åtgärden, att placera handläggare i vården, är troligen största bidragande orsak till den positiva utvecklingen av vårt sjukpenning-/ohälsotal. Försöket skapade förutsättningar för att prova nya samarbetsformer i rehabiliteringsarbetet. Man byggde upp samverkansteam i primärvården och på vissa sjukhuskliniker samt psykiatriska team. Teamen som kunde bestå av läkare, försäkringskasspersonal, kurator, sjukgymnast samt eventuell annan vårdpersonal planerade rehabiliteringsinsatser och sjukskrivning tillsammans med patienten. På detta sätt blev patienten tidigare omhändertagen och snabbare "slussad" till rätt instans. Det är självklart att detta gav resultat i form av minskade ersättningsdagar. Det är därför mycket viktigt att man fortsätter i samma FINSAM-anda och håller kvar försäkringskassehandläggarna i vården.

Vid en enkät³ angående samarbete inom FINSAM ansåg samtliga tillfrågade att placeringen av försäkringskassehandläggare i sjukvården är av avgörande betydelse för utvecklingen av samarbetet. Man har förutom den snabba handläggningen även lärt av varandras kulturer och fått en bättre förståelse för lagar och förordningar vilket är till gagn för den försäkrade/patienten.

Åtgärdsprogrammet "Långa sjukfall"

Under 1997 startade ett FINSAM-projekt där man kraftigt förstärkte rehabiliteringsresurserna. Man tillsatte även en granskningsgrupp som bestod av en projektsamordnare, en försäkringssekreterare och två försäkringsläkare. Syftet med projektet var att minska antalet sjukfall som pågått över ett år samt finna metoder som kunde minimera antalet sjukfall i framtiden.

Granskningsgruppen kontrollerade och gjorde en kartläggning av varje ärende. Därefter lämnades ärendet åter till ordinarie handläggare med rekommendationer.

³ Enkäten omfattade samverkansaktörer inom FINSAM-projekten

Resultatet av projektet, vad gäller minskning av antalet sjukfall som pågått mellan ett och två år, visas i diagram 1.

Diagram 1. Sjukfall 365-729 dagar. Utvecklingen under 1997.

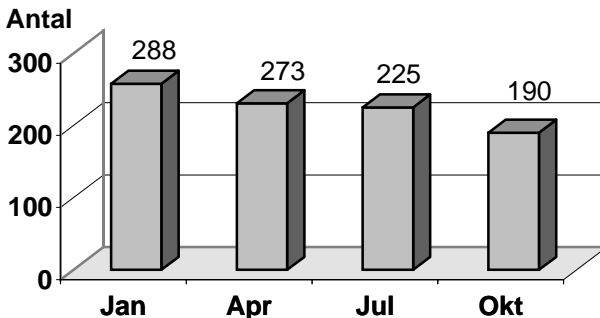
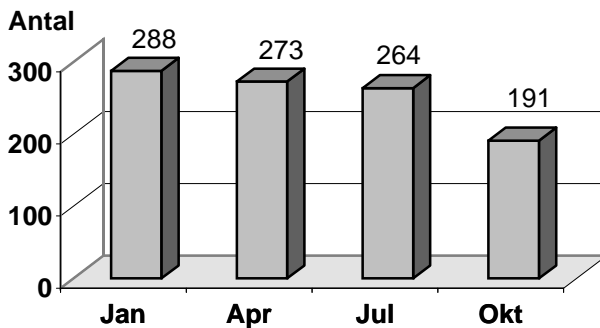


Diagram 2 visar sjukfallsutvecklingen av antalet sjukfall som pågått över två år.

Diagram 2. Sjukfall > 730 dagar. Utvecklingen under 1997.



Det goda resultatet kan förmodligen tillskrivas den resursförstärkning man gjorde inom rehabiliteringsområdet. Man hade tid att gå igenom varje ärende och individerna fick en snabbare handläggning samt rätt ersättning, även om det inte alltid resulterade i fortsatt sjukskrivning.

Granskningsgruppen lämnade också förslag till fortsatta åtgärder inom rehabiliteringsområdet i samband med projektavslutet.

RESAP

(Rehabilitering, samverkan, psykiatri)

Psykiatireformen började gälla 1995-01-01. Reformen avsåg att förbättra levnadsvillkoren för psykiskt funktionshindrade samt utveckla boende, stöd, arbete och daglig sysselsättning. Reformen förutsatte samverkan mellan kommun och landsting. Lokala projekt skulle stödja reformen och bidra till en önskvärd utveckling.

Psykiatriutredningen visade att psykiskt funktionshindrade var en utsatt grupp. Samhällets rehabilitering var inte anpassade efter deras behov. Det medförde att många personer förtidspensionerades i onödan. Det bedömdes att mer än hälften av de som beviljats sjukbidrag eller förtidspension skulle kunna börja en ny rehabilitering till arbete.

Det framhölls vidare att samverkan mellan olika samhällsorgan var bristfällig. Behovet var stort av samordnade insatser och av ett samlat synsätt på rehabilitering.

Den politiska beredningen av psykiatrifrågor i Eskilstuna kommun tog initiativ till en utökad samverkan för rehabilitering av psykiskt funktionshindrade. Via FINSAM-medel kunde RESAP-projektet igångsättas.

RESAP är en övergripande samverkansorganisation, paraplyorganisation, i tre nivåer, som bildats av AF/AMI, FK, Eskilstuna kommun, landstinget, Samhall, RSMH och IFSAP för att utveckla och fördjupa samverkan i rehabilitering för människor med psykiska funktionshinder. RESAP består av både tjänstemän och politiker.

- **Nivå 1** består av beslutsfattare, cheftjänstemän och förtroendevalda som kan fördela resurser, ha samordningsansvar samt samverka i övergripande frågor.
- **Nivå 2** är tjänstemän med rehabiliteringskunskaper som genomför uppföljning och rapportering till nivå 1. Här diskuteras man också metodfrågor och initierar nya verksamheter. Man arbetar på uppdrag av nivå 1.
- **Nivå 3** är verksamheter och projekt inom psykiatri.

Målsättningen är:

- Ökad livskvalitet ska uppnås för människor med psykiska

funktionshinder. Varje individ ska erbjudas arbete/meningsfull sysselsättning och rehabilitering.

- Ett gemensamt ansvarstagande av samtliga organisationer vilket medför att ingen individ ska "falla mellan stolarna".
- De totala resurserna ska användas ännu effektivare.
- Utveckling av kunskap och metoder för rehabilitering.
- Antalet förtidspensionärer ska minska och sjukskrivningsperiodernas längd avkortas.

Organisationen ska fänga upp och försöka lösa de brister som kan finnas i rehabiliteringskedjan och utveckla denna till en fungerande helhet. Vi ska ha en generös attityd till andras kompetens och en vilja att uppluckra revirgränser. Från och med år 2000 finns RESAP inom myndigheternas ordinarie verksamhet.

Under 1997 har det tagits fram ett policydokument som är gemensamt för alla inblandade parter. Syftet med dokumentet är att ge uttryck för ett gemensamt synsätt och en samordnad handlingsstrategi inom området rehabilitering för personer med psykisk funktionsnedsättning. Dokumentet är gemensamt för kommunen, landstinget, försäkringskassan, arbetsmarknadsverket och intresseorganisationerna och ska tillämpas vid all verksamhet som berör rehabilitering för denna grupp människor. Samhall har i egenskap av samarbetspart uttryckt sitt fulla stöd för dokumentet. Dokumentet tar upp frågor som:

- människosyn
- de olika samhällsorganens tolkning av begreppet rehabilitering
- samordning och samarbete på individnivå
- ansvar
- samverkan på organisationsnivå.

RESAP har startat och ansvarat för flera projekt som har fungerat väl och även blivit permanentade verksamheter.

Med utgångspunkt från psykiatireformen startades *personligt ombud (PEO)* med syfte att förbättra de psykiskt funktionshindrades livssituation.

Ett annat projekt bedrivs tillsammans med *Eskilstuna Folkhögskola*. Den kursen riktar sig till människor som varit i kontakt med psykiatri och/eller på annat sätt känt sig socialt isolerade. Kursen är ett led i en rehabilitering och vill få människor att komma igång.

ArbetsDax är ett tredje projekt/verksamhet initierat av RESAP. Här erbjuds målgruppen psykiskt funktionshindrade en högre livskvalitet, restaurering av självkänslan, meningsfull sysselsättning, en möjlighet att förstärka grundläggande arbetsfärdigheter samt förberedelse för återgång till arbete eller fortsatt arbetsrehabilitering.

Det finns också tankar om att starta någon form av socialt kooperativ som ska innehålla rehabiliteringsplatser och träningsplatser för denna grupp.

Utbildning i försäkringsmedicin

Läkarutbildningen har funnits i mer organiserad form sedan början av 90-talet. Under FINSAM-tiden 1993-1997 genomfördes läkarutbildningar i syfte att ge alla läkare ökade kunskaper om socialförsäkringssystemet med speciell inriktning på rehabiliteringsmetodik. Läkarutbildningen genomfördes då under två dagar. Målet var att ge 250 läkare utbildningen. Drygt hälften bedöms ha gått utbildningen.

Enligt intentionerna i prop. 1996/97:63 och efter beslut i försäkringskassans styrelse i Sörmland har utbildningen omarbetats till nuvarande utseende – Utbildning i försäkringsmedicin – enligt Eskilstunamodellen. Följande överenskommelse gjordes mellan landstinget och försäkringskassan: Läkare under vidareutbildning inom nordvästra hälso- och sjukvårdsdistriktet, så kallade AT-läkare och ST-läkare, ska obligatoriskt på betald arbetstid genomgå en tvådagars, respektive femdagars auskultationsutbildning hos försäkringsläkare och försäkringskassans nyckelhandläggare.

Utbildningen syftar till att förbereda AT-läkarna inför den praktiska handläggningen av sjukskrivningar och ge en bas för samverkan i rehabilitering. AT-läkarna auskulterar även hos försäkringsläkaren.

ST-läkarna ska fördjupa och bredda sina kunskaper i försäkringsmedicin, i syfte att praktiskt och självständigt kunna fungera som behandlande läkare i en försäkringsmedicinsk dimension. Dessutom får ST-läkarna praktik i försäkringsläkarens arbetsuppgifter.

Efter avslutad utbildning sker diplomering och ST-läkarna får efter examination och fördjupningsuppgift ett "certifieringsbesked" från Uppsala Universitet, institutionen för folkhälso- och vårdveten-

skap samt försäkringskassan Sörmland, Eskilstuna. Från hösten 1997 till årsskiftet 99/00 har totalt 62 läkare gått/påbörjat utbildningen. 54 läkare har fullföljt utbildningen och diplomerats.

Utbildningen ses som en nödvändig och mycket betydelsefull kvalitetssäkring på läkarnas försäkringsmedicinska kompetens. På lång sikt bör rehabiliteringsarbetet i sjukvårdsområdet förbättras på grund av den ökade kompetensen hos de behandlande läkarna. Tack vare bättre kvalitet på läkarutlåtanden får vi färre oriktiga sjukskrivningar. Förståelsen för försäkringsmedicin förväntas öka bland läkarna.

Denna verksamhet ingår numera i försäkringskassans ordinarie verksamhet i samarbete med landstinget som ger sina läkare utbildningen på betald arbetstid.

Övriga samverkansprojekt

Förutom alla projekt som kommit till under FINSAM-tiden så har Eskilstuna också ett framgångsrikt samverkansarbete tillsammans med kommunen, landstinget, arbetsförmedlingen/AMI, Samhall samt några intresseföreningar. I den lokala samverkansgruppen (LSG)⁴ pågår arbetet med att kartlägga de hinder som finns i rehabiliteringsarbetet och planera för en framtida ännu bättre samverkan. LSG har flera samverkansprojekt igång. Här nedan följer några av de mest betydelsefulla med tanke på utvecklingen av vårt sjukpenning- och ohälsotal.

Plus-projektet Arbetsmarknadsavdelningen (AMA)

Plus-projektet har som mål att utveckla nya arbetsmetoder för samverkan mellan FK, AMA och AMI till gagn för de arbetshandikappade. Till programmet antas personer med någon form av arbetshinder och som behöver genomgå en AMI-utredning integrerad i AMA:s verksamheter. Programmet är uppbyggt enligt följande:

- **Rekryteringsgrupp**, bestående av representanter från AMA, AMI, FK samt avdelningen för arbete och försörjning inom kommunen, tar ställning till varje enskilt ärenden som aktualiserats. Ärenden aktualiseras från FK, AMI, AMA, försörjningsstöd, socialtjänsten m fl. Den som antas till Plus-programmet kan börja på två alternativa sätt, *förträning* eller *funktionsutredning*. Lämpligt alternativ beslutas av rekryteringsgruppen.
- **Förträning** blir första steget för den som kan behöva en period av att komma igång, pröva sig själv, få sociala kontakter samt se sina resurser, önskningsar och hinder. Förträningen består av en period på 2-10 veckor.
Målet här är att deltagaren ska få möjlighet att stärka sin självförtroende och utveckla sin sociala kompetens. Deltagaren ska också få insikt i sina resurser.

⁴I LSG ingår försäkringskassan, arbetsförmedlingen/AMI, kommunen och landstinget som ordinarie ledamöter

Metoden/arbets sättet har en socialpedagogisk inriktning och bedrivs i grupp, upp till 12 personer. Förträningen ska vara en mötesplats för deltagarna, där de i grupp och enskilt kan utveckla självförtroende, integritet och ansvar så att de får möjlighet till ett fungerande vardags- och arbetsliv.

- **Funktionsutredningen** blir nästa steg om den sökande fungerar i förträningen och visar sig vara färdig att gå vidare. Funktionsutredningen sker integrerad i någon/några av AMA:s verksamheter, under en period av 1-6 månader. AMI-konsulent är utredningsansvarig. Tanken är att deltagaren ska vara igång i en praktisk verksamhet samtidigt som utredningen genomförs. Parallellt får deltagaren pröva sig, få nya kunskaper samt vara igång i arbete under handledning. Deltagaren är inskriven på AMI under funktionsutredningen.
- **Utslussning** är sista steget i programmet. Efter genomförd utredning ska möjliga vägar undersökas, bland annat med hjälp av vägledning och handlingsplan som följt deltagaren genom hela Plus-AMA-programmet.

”Samverkan på riktigt”

Projektet ”Samverkan på riktigt” startade under 1997 mellan försäkringskassan, arbetsförmedlingen, AMI och socialtjänsten. En grupp tjänstemän från de fyra huvudmännen fick i uppgift att utreda långtidssjukskrivna, arbetslösa och initiera rehabiliteringsinsatser i de fall det var möjligt.

Projektet har två huvudmål. Det ena är att hitta nya arbetsmetoder och förbättra samverkan mellan myndigheterna. Man vill få ett gemensamt förhållningssätt med ett gemensamt ansvar. Det andra huvudmålet är att utreda de långtidssjukskrivna och upprätta individuella handlingsplaner.

Projektet har klara mål och syften hur man gemensamt ska arbeta med den enskilde i centrum. Handläggarna i projektet har också arbetat fram ett policydokument där man bland annat har en sammanställning av de överenskommelser som krävs i det mer praktiska arbetet.

Projektet utvärderades 1998 och där framkom bland andra följande resultat:

- man har fått socialtjänsten engagerad i samverkansarbetet
- man har fått en ökad kunskap om varandras regelsystem
- fördomar och förutfattade meningar om myndigheterna har minskat
- roller och arbetsvillkor har blivit tydligare
- samlad bild av klienten/kunden
- snabbare beslut
- man arbetar med öppenhet, respekt och humor.

Projektet har fått förlängd tid till och med 2000-12-31. Detta för att kunna få prova och finslipa de arbets-/samverkansmetoder som man tagit fram.

"Mötesplats Torshälla"

"Mötesplats Torshälla" är ett samverkansprojekt mellan försäkringskassan, AF/AMI, Torshälla stadsförvaltning och primärvården i Torshälla. Projektet vänder sig till den i Torshälla som är arbetslös, sjukskriven, uppbär sjukbidrag/förtidspension, försörjningsstöd eller på annat sätt är försörjningsberoende.

Projektets syfte är att genom nytänkande och samverkan kring gemensamma resurser, såväl myndigheternas finansiella och personella som berörda grupper stora potential, hitta och pröva nya alternativ till meningsfullt arbete för alla. Genom att arbeta bort revirtänkandet inom olika myndigheter vill man skapa ett nytt handlingsmönster för att bättre komma tillrätta med sysselsättningsproblematiken. Projektet vill möjliggöra snabbare vägar till arbete, utbildning eller meningsfull sysselsättning. Mötesplats Torshälla förväntas därför:

- resultera i en effektivare organisation för att skapa arbete och meningsfull sysselsättning för grupper som idag står utanför arbetsmarknaden
- förbättra hälsoläget för individen samt ge samhällsekonomiska vinster.

En av projektets stora fördelar är samlokaliseringen. Man har projektet placerat i medborgarkontorets lokaler i Torshälla, centralt, neutralt och lättillgängligt. Här kan man få sina ärenden utredda, oavsett om det gäller sjukförsäkring, arbetsmarknadsfrågor, försörjningsstöd eller annan mer allmän information. Här finns projektets alla myndigheter samlade, minst en dag per vecka. Detta innebär en smidigare och snabbare handläggning till gagn för den enskilde. Man får träffa tjänstemän från de berörda myndigheterna vid ett och samma tillfälle och behöver inte cirkulera runt i systemen. Detta gör att till exempel flerpartsamtal går snabbare att genomföra.

Det är lätt att bilda lokala nätverk vid behov. Man har ofta samarbete med kyrkan, skolan, ideella föreningar, näringslivskontakter etc.

Projektet har också varit till nytta för tjänstemännen som fått kunskap om varandras arbetsområden på ett mer grundligt sätt än om man inte varit samlokaliserad. Man har också stor hjälp och nytta av den lokalkännedom som alla besitter.

Projektet sätter den enskildes behov som utgångspunkt. Genom det synsättet skapas lättare en relation till den enskilde. I projektet kan man se hur ett nära samarbete mellan myndigheter många gånger förkortar ärendet och även förhindrar att ett ärende påbörjas.

GAIA-projektet

GAIA-projektet pågick mellan åren 1995-1997. Det var ett samverkansprojekt för ensamstående mödrar med långvarigt bidragsberoende i Eskilstuna kommun. Arbetet med gruppen hade två fokus, dels barnens utsatthet, dels mödrarnas utsatthet. Syftet med projektet var att upprätta självtillit, integritet, social förmåga och ett fungerande föräldraskap. Genom utvecklingsarbetet skulle kvinnorna få en ny förståelse av den egna situationen och den egna förmågan.

Utvecklingsarbetet hade en socialpedagogisk inriktning och en klart uttalad arbetslinje. Utbildningen innehöll tre steg:

- basutbildning om 16 veckor
- arbetsutredning vid AMI, 4 veckor
- yrkesförberedande utbildning, 20 veckor.

Ett mål var att de kvinnor som deltog i projektet skulle få en fast förankring på arbetsmarknaden samt forma en fungerande föräldroll där barnens behov kunde tillgodoses. Ett annat mål var att utveckla samarbetsformer mellan de myndigheter som målgruppen möter.

Socialdepartementet ansåg att projektet var av intresse och hade därför en tjänsteman representerad i styr- och referensgruppen.

Enligt slutrapporten deltog 83 kvinnor i projektet. Av dessa fick 15 arbete i någon form, 22 började studier, 23 fanns kvar i utbildningen på GAIA. Övriga 23 hade slutat av olika anledningar.

Projektet visade bra resultat och projektet permanentades inom kommunens verksamhet.

Centrum för välfärdsforskning gjorde en slutrapport av projektet där FINSAM var delfinansiär.

Slutord

Som vi kan se finns det många faktorer som påverkat Eskilstunas goda resultat över tid vad gäller sjukpenning-/ohälsotal. Det finns givetvis fler projekt och verksamheter som kan ha haft viss betydelse för resultatet men detta häfte tar dock fram de mest betydelsefulla.

Det känns nästan omöjligt att avgöra de enskilda aktiviteternas speciella påverkan på resultaten. Varje enskilt projekt har naturligtvis sin speciella betydelse för helheten. Vi anser dock att FINSAM har haft en mycket stor betydelse eftersom projektet innehöll ekonomiska incitament som oftast är en avgörande faktor till framgång. Genom FINSAM kunde vi placera handläggare i vården. Det nära samarbetet har givit resultat. Läkarna har fått en annan förståelse för försäkringskassans verksamhet och regler. Tack vare FINSAM kunde också väntetider och värdköer minska.

Även läkarutbildningen har bidragit till läkarnas förståelse för försäkringskassans arbete.

Men vad vore projekt och metodutveckling utan eldsjälar? Våra rehabiliteringshandläggare har genom sitt engagemang givetvis en stor del i framgångarna.

I projektsammanhang kan det vara svårt att se direkta, mätbara resultat. Rehabilitering är som bekant en ofta långdragen process. Det kan därför krävas flera års uppföljningar och utvärderingar för att kunna se om ett projekt givit ett bestående gott resultat.

Försäkringskassan i Eskilstuna har under senare år satsat på projektutvärderingar. Mälardalens Högskola, Centrum för välfärdsvorsknining har vid ett flertal tillfällen engagerats för detta ändamål. Vi anser det angeläget att kunna följa upp projekt på ett professionellt sätt och på så vis kunna dra nytta av goda exempel.

Förteckning över kontaktpersoner

Åtgärdsprogrammet Långa sjukfall

Marie Jalkebo, FK, 016-16 70 80

e-mail: *marie.jalkebo@fk04.sfa.se*

Ergonomicentrum

Helene Brandell, FK, 016-16 71 20

e-mail: *helene.brandell@fk04.sfa.se*

RESAP , Plus-projektet AMA och GAIA-projektet

Sylvia Sundström, FK, 016-16 70 91

e-mail: *sylvia.sundstrom@fk04.sfa.se*

Janett Eriksson, FK, 016-16 70 60

e-mail: *janett.eriksson@fk04.sfa.se*

Utbildning i försäkringsmedicin

Lillemor Lundqvist, FK, 016-16 70 62

e-mail: *lillemor.lundqvist@fk04.sfa.se*

Bo Mikaelsson, FK, 016-16 71 03

e-mail: *bo.mikaelsson@fk04.sfa.se*

Samverkan på riktigt

Sylvia Sundström, FK, 016-16 70 91

e-mail: *sylvia.sundstrom@fk04.sfa.se*

Mötesplats Torshälla

Margaretha Lindroos, FK, 016-16 71 18

e-mail: *margaretha.lindroos@fk04.sfa.se*

Övriga frågor:

Janett Eriksson, FK, 016-16 70 60

e-mail: *janett.eriksson@fk04.sfa.se*

Per-Rune Eriksson, FK, Områdeschef 016-16 71 19

e-mail: *per-rune.eriksson@fk04.sfa.se*

Referenser

Axelsson C, Centrum för Välfärdsforskning. *GAIA-projektet – hela kedjan.*

Edlund H. *Samverkan på riktigt –en utvärdering.*

FINSAM-projektet. *Slutrapport Eskilstuna/Nyköping.*

FKF Debatt. *Försäkringskassornas rehabiliteringsarsenal – ett förslag från Idégruppen.*

Hempel-Persson W, Kuivalainen P, Silfverforsen L, Eriksson J. *Slutrapport – ett försök till klargörande av ohälsotalet i Eskilstuna kommun.* Oktober 1992.

Jalkebo, Björnberg, Petterson, Colliander. *Slutrapport Projekt långa sjukfall.* December 1997.

Larsson N-E, Eskilstuna kommun. *Utvärdering av RESAP.*

Lundqvist L, Mikaelsson B, Försäkringskassan Eskilstuna. *Utbildning i Försäkringsmedicin.*

Thelin N, Eskilstuna kommun, Torshälla stads KDF. *Arbete, Hälsa och meningsfull sysselsättning – en utvärdering.*

FKFs skriftserier

Exempel på vad som tidigare givits ut

FKF Fakta

- Välfärdsstatens återkomst. Rapport från ett forskarseminarium, januari 1997 (FKF 102-14 97.02)
- Välfärden - verkan och samverkan. Rapport från ett forskarseminarium, januari 1998. (FKF 102-15 98.02)
- Den gamla socialförsäkringens nya kläder. Rapport från ett forskarseminarium, januari 1999. (FKF 102-16 99.02)
- Effektmätning inom rehabiliteringsområdet – EMIR-projektet. Fakta 1:2000 (FKF 102-17 00.02)
- I väntan på framtiden. Rapport från forskarseminariet i Umeå, januari 2000. Fakta 2:2000 (FKF 102-18 00.03)

FKF Debatt

- Lokalt självstyre och nationella rättigheter. Kurt-Inge Persson. (FKF 103-21 96.08)
- Är sjukdom ett bra skäl för att bli sjukskriven? Lars Englund. (FKF 103-22 97.03)
- FINSAM Västmanland – ett samhällsexperiment (FKF 103-23 97.03)
- Utveckla genom utvärdering – en debattskrift från Idégruppen (FKF 103-24 98.01)
- Modell för att utvärdera samverkan – av FoU-ansvariga inom Treklöverkassorna (FKF 103-25 98.06)
- Försäkringsmedicinsk utredning, bedömning och dokumentation. Försäkringsöverläkare Sven-Olof Krafft m fl. (FKF 103-26 98.12)
- Det behövs en ny politik för rehabilitering! Ronny Andersson, Leif Dellmo, Rolf Lindberg, Kurt Inge Persson och Benny Wärnehall (FKF 103-27 99.10)

Skrifterna kan beställas från

FKF-förlag, Box 1224, 111 82 Stockholm
Tfn: 08-723 22 00 Fax: 08-723 22 29, Internet: www.fkf.se