

Samordna rehabiliteringen

STÖD TILL UTVECKLING AV ARBETSINRIKTAD REHABILITERING FÖR PERSONER
MED PSYKISK SJUKDOM ELLER FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting



Förord

Syftet med denna skrift är att förmedla ett gemensamt budskap från ledningen för de olika nationella aktörerna.

Vår gemensamma uppfattning är att det behövs en mer samordnad och arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning som syftar till att öka deltagandet i arbetslivet.

För att åstadkomma det krävs flera olika insatser från de aktörer som finns lokalt.

Rehabiliteringsperspektivet behöver uppmärksammas i allt högre utsträckning, och tydligare sättas i samband med målet att förbättra arbetsmarknadsanknytningen.



Lars-Erik Holm
GD Socialstyrelsen

I målgruppen finns många som har förutsättningar att utveckla sin arbetsförmåga.

Den arbetsinriktade rehabiliteringen behöver också sättas in i ett helhetsperspektiv där olika delar samordnas, till exempel psykiatrisk rehabilitering och socialt stöd i kombination med arbetsmarknadsinsatser.

En förstärkning av samverkan och den nödvändiga samordningen av insatserna behöver därför ske på lokal nivå. En grundförutsättning är att aktörerna har kunskaper om varandras insatser och möjligheter. Det bildar grunden för en effektiv samverkan.

Samtliga insatser ska erbjudas utifrån den enskildes unika behov av rehabilitering.



Adriana Lender
GD Försäkringskassan



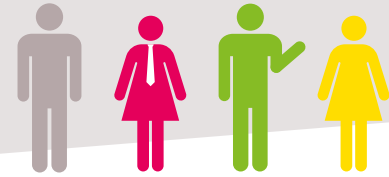
Angeles Bermudez-Svankvist
GD Arbetsförmedlingen



Håkan Sörman
VD Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

- 3** Förord
- 6** Inledning
- 7** **Del 1. Så kan det lokala arbetet utformas**
- 8** **Viktiga förutsättningar för det lokala arbetet**
Här anges några viktiga förutsättningar för att insatser ska kunna samordnas effektivt
- 10** **Utvecklingsarbetet på lokal nivå - steg för steg**
Avsnittet ger förslag på mer specifika områden att diskutera lokalt



- 14** **Del 2. Sammanställning av huvudmännens uppdrag på rehabiliteringsområdet**
- 15** **Regeringens reformer och satsningar**
Sammanfattning av regeringens initiativ på rehabiliteringsområdet
- 22** **Målgruppen**
Beskrivning av målgruppen med behov av samordnade insatser
- 28** **Huvudmännens ansvar, uppdrag och insatser**
Här beskrivs kortfattat respektive huvudmans verksamhet och regelverk
- 47** **Bestämmelser och former för samverkan och samordning**
Om skyldigheter och möjligheter till samverkan enligt lagstiftningen
- 52** **Litteraturlista**
Ett urval av aktuella utredningar, rapporter och annan litteratur
- 54** **Bilaga**
Urval av lagtext om samverkan
- 59** **Fotnoter**

Inledning

Samhällets rehabiliteringsinsatser utformas inom ramen för olika huvudmäns ansvar, uppgifter och regelsystem. Många personer med psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning¹ har flera bedömnings- och utredningskontakter hos de olika huvudmännen. De insatser som föreslås relateras till respektive huvudmans avgränsade uppgift på rehabiliteringsområdet. I åtskilliga fall krävs dock insatser från flera myndigheter samtidigt för att åstadkomma en framgångsrik rehabilitering.

För att enskilda personer ska få tillgång till det sammansatta stöd de behöver för att kunna skaffa och behålla ett arbete krävs en utveckling av formerna för en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering på lokal nivå. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) anser därför att det finns ett behov av att stödja denna utveckling. Ett gemensamt mål är att målgruppens anknytning till arbetslivet ska förstärkas.

Med begreppet arbetsinriktad rehabilitering avses en rehabilitering till arbete och arbetsintegrerade sociala företag.

Syfte

Syftet med denna skrift är att stödja en utveckling av lokal samverkan runt personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning genom att:

- Ge stöd till hur aktörerna på lokal nivå kan utveckla en arbetsinriktad och samordnad rehabilitering.
- Ge en beskrivning av regeringens reformer och satsningar på rehabiliteringsområdet.
- Ge en beskrivning av några olika delgrupper som kan vara aktuella för samordnade insatser.
- Ge en samlad bild av huvudmännens ansvar, uppdrag och insatser på rehabiliteringsområdet.
- Ge en övergripande bild av bestämmelserna om och olika former för samverkan.

Hur kan skriften användas?

Den här skriften vänder sig till personal som hos olika huvudmän arbetar med arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning samt ansvariga beslutsfattare för denna verksamhet.

Skriften kan användas i arbetet med att utveckla och förbättra samarbetet kring

målgruppen. Den är främst användbar för personal och ansvariga som avser att utveckla en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering för målgruppen, det vill säga anställda hos Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommunen och inom den psykiatriska hälso- och sjukvården.



Så kan det lokala
arbetet utformas

Viktiga förutsättningar för det lokala arbetet

På lokal nivå finns ett stort antal insatser hos olika myndigheter. Att de används på ett effektivt sätt är betydelsefullt för att ge personer tillgång till en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering anpassad efter deras behov. Ett antal viktiga förutsättningar behöver finnas för att insatserna ska kunna samordnas och användas på det mest ändamålsriktiga sättet. Nedan beskrivs några av dessa.

□ En lokal arena

En avgörande faktor för att skapa en samordnad rehabilitering är att det finns lokala arenor där kommun, landsting, Arbetsförmedling och Försäkringskassa tillsammans kan diskutera aktuella målgrupper och deras behov av arbetsinriktad rehabilitering. Sådana arenor behöver finnas på olika nivåer och med olika yrkesgrupper.

Det är vidare avgörande att politiker och cheftjänstemän hos de olika huvudmännen ställer sig bakom arbetet och ser värdet av att utveckla samverkan. Av stor betydelse är att fokusera på de möjligheter som finns snarare än svårigheterna.

Det behövs också särskilt utsedda personer som är ansvariga för en integrerad rehabiliteringsprocess. Framförallt behöver det finnas en långsiktighet i samarbetet som är oberoende av personalförändringar och politiska majoriteter.

Det är speciellt viktigt att någon av aktörerna tar huvudansvaret för den nödvändiga samverkan även om de inte har det formella ansvaret för alla i målgruppen.

□ En gemensam värdegrund

En gemensam värdegrund över myndighetsgränserna, som är konkret och omfattas av alla, är en viktig förutsättning för ett effektivt samarbete. En start på ett framtida samarbete är därför att i ett brett forum diskutera grundläggande värderingar och vilka mål som ska finnas för samverkan kring gemensamt definierade målgrupper.

□ Ökade kunskaper hos rehabiliteringsaktörerna

En ökad kunskap om målgruppens behov och vad andra myndigheter kan erbjuda behövs hos alla handläggare. Det handlar både om att lära sig mer om målgruppen och om samverkan och det uppdrag som finns hos andra aktörer. En ökad kunskap om verkningsfulla metoder i rehabiliteringsarbetet är också av stor vikt.

□ En trygg bas för målgruppen

Tillgången till stöd för målgruppen, vad gäller de grundläggande behoven, är central för en framgångsrik rehabilitering. Det gäller särskilt för den delgrupp som har långvariga och väsentliga funktionsnedsättningar. Ett sådant stöd kan handla

om kamratstöd, basalt socialt stöd i det vanliga livet, social färdighetsträning etcetera. Utan detta stöd vågar och kan människor inte ta steget ut i arbetslivet. En fungerande gruppverksamhet kan vara ett viktigt led för att sedan komma vidare i rehabiliteringen. Det kan röra sig om återhämtningsscirklar och självhjälpgrupper, friskvård, rösthörargrupper, kvinnonätverk med flera.

□ En trygg försörjning under rehabiliteringen

Trygg försörjning är av mycket stor betydelse för alla människor. Det är därför viktigt att den enskildes försörjning är säkrad och prioriteras i det konkreta rehabiliteringsarbetet. Utan att försörjningen är långsiktigt löst finns det inte tillräckligt goda förutsättningar för att påbörja en rehabilitering.

□ Delaktighet och insatser på den enskildes villkor

Det är viktigt att betona den enskildes delaktighet i rehabiliteringen. Om inte den enskilde känner att det är han eller hon som är ansvarig för vad som händer finns inte de rätta förutsättningarna för en effektiv rehabilitering. En avgörande faktor är att insatserna är lättillgängliga och anpassas efter enskilda individers behov.

□ Bredare utbud av rehabiliteringsalternativ

För att varje individ ska få tillgång till en anpassad rehabilitering behöver det skapas flera sorters arbetsrehabilitering i samverkan med studieförbund, folkhögskolor, ideella organisationer, ar-

betskooperativ och andra rehabiliteringsaktörer. Det kan vara i form av kom-igen-kurser, empowerment-center, arbets- och praktikförmedling, arbetskooperativ med mera.

□ Stöd och samordning av insatser över lång tid

Personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning har många gånger svårare än andra att behålla sin anställning. Det kan ha sina orsaker i sjukdomsförloppet, en ökad sårbarhet och känslighet för förändringar i arbete och privatliv. Det är därför viktigt att den lokala samverkan erbjuder långsiktigt stöd och insatser från olika aktörer.

□ Fokus på rehabiliteringsprocessen

En samordnad rehabilitering måste fungera i alla led. Det behövs därför en konkret diskussion om var det kan uppstå väntetider till olika insatser eller bedömningar. Den enskilde personen behöver snabbt få tillgång till exempelvis en arbetsförmedlare med rehabiliteringskunskap. Lika viktigt är att diskutera när och hur insatser behöver integreras för att rehabiliteringen ska kunna bli framgångsrik.



Utvecklingsarbetet på lokal nivå - steg för steg

För att utveckla en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering är det viktigt att lyfta upp olika frågeställningar och diskutera dem tillsammans. Nedan följer förslag till konkreta frågor som är bra att arbeta med tillsammans.

1. Formulera en tydlig grund för att utveckla en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering

Utvecklingsarbetet måste börja med ett tydligt uppdrag som formuleras och fastställs av ledningen hos respektive huvudman.

- Ta ställning till vilka professioner och organisationer/verksamheter som är nyckelaktörer i rehabiliteringsarbetet och involvera dessa i utvecklingsarbetet
- Använd möjligheten att ta en diskussion om samverkan med brukar- och anhängigorganisationerna i utvecklingsarbetet
- Diskutera värdegrund och vad som kännetecknar en framgångsrik rehabilitering för personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning utifrån frågor som till exempel:
 - Har samtliga aktörer en helhetssyn på den enskilde eller ser man bara de behov som den egna myndigheten kan göra något åt?
 - Finns det ett långsiktigt perspektiv i rehabiliteringsarbetet med målgruppen och i de enskilda fallen?

- Hur beskrivs målgruppens behov och förutsättningar för att få och behålla ett arbete?

- Formulera en tydlig grund för det gemensamma utvecklingsarbetet. Förankra denna sedan i organisationen och hos ansvariga
- Skapa ett konkret handlingsutrymme för det framtida samarbetet.

2. Ta ställning till vilken målgrupp samarbetet ska omfatta

Alla personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning är självklart inte i behov av samordnade insatser för att stärka sina möjligheter på arbetsmarknaden. För många räcker det med de insatser de kan få i sin kontakt med någon av rehabiliteringsaktörerna.

För många i målgruppen behövs dock samordnade insatser från flera myndigheter för att den enskilde ska kunna förstärka sin arbetsmarknadsanknytning. Diskutera och ta ställning till:

- Vilka personer i målgruppen har respektive aktör kontakt med?
- Vilka grupper av personer i målgruppen är

det viktigt att samverka kring och hur ska de definieras?

- Vad skulle ett utökat samarbete innebära för dessa personer och för den egna organisationen?

3. Gör en gemensam kartläggning av valda grupper behov av rehabilitering

För att forma en samverkan kring de grupper som definierats är det viktigt att skaffa en gemensam uppfattning om hur stor den aktuella gruppen/erna är och hur deras behov av stöd- och rehabiliteringsinsatser från respektive aktörer ut?

- Gör en uppskattning av antalet personer i vald grupp/er utifrån respektive huvudmans kännedom eller gör en mer noggrann kartläggning av gruppens/gruppernas behov av stöd och rehabiliteringsinsatser. I det senare fallet kan uppgifter samlas in via medarbetare hos respektive huvudman.
- Ett inventeringsverktyg för gemensamma inventeringar av personer med psykisk funktionsnedsättning kan hämtas från Socialstyrelsen.² Inventeringsinstrumentet bygger på ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) och med hjälp av detta kan målgruppens livs- och hälsosituation kartläggas liksom behovet av insatser på ett antal behovsområde (Personlig vård och hemliv; Mellanmänniska relationer; Lärande och utbildning; Arbete, sysselsättning och

ekonomi; Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv samt Hälsoområdet).

- Gör en gemensam sammanställning av valda grupper storlek och behov av stöd- och rehabiliteringsinsatser.

4. Gör en gemensam kartläggning av tillgängliga resurser och insatser på lokal nivå

För att utveckla en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering behövs också en gemensam kunskap om de resurser och det utbud av insatser som finns tillgängliga på den lokala nivån.

- Kartlägg vilka resurser och insatser som rehabiliteringsaktörerna tillsammans kan erbjuda den grupp/er som samverkan ska omfatta. Det är också viktigt att kartlägga de arbetsmetoder och de instrument som de olika aktörerna använder i sitt rehabiliteringsarbete. Upprättas det till exempel olika planer för samma person hos de olika huvudmännen?
- Förekommer det dubbelarbete, det vill säga att liknande uppgifter genomförs av olika huvudmän?
- Kan brukar- och anhörigorganisationerna bidra med stöd och aktiviteter i rehabiliteringsprocessen och finns det andra resurser som behöver tas tillvara i rehabiliteringsarbetet?
- Diskutera om det behöver utvecklas nya insatser/verksamheter utifrån sammanställ-

ningen av målgruppens behov. Hur ska dessa i så fall finansieras?

- Ta ställning till om det finns möjlighet att göra en samhällsekonomisk uppskattning av effekterna av ökad samverkan för att förstärka det ekonomiska underlaget?

5. Diskutera framgångsfaktorer och hinder i en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering

Framgångsfaktorer och hinder för en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering tenderar att gå hand i hand och vara olika sidor av samma mynt. Olikheter hos de olika aktörerna kan ses både som en styrka och ett problem. Det är därför viktigt att ringa in och diskutera sådana faktorer för att lyckas i arbetet.

Strukturnivå

Det finns ett antal framgångsfaktorer för samverkan som kan tillskrivas den strukturella nivån.

- Hur ska ledningens stöd och legitimitet för samordnade insatser kunna säkerställas? Utan ett sådant stöd är risken stor för att svårigheterna att samarbeta kring målgruppen och dess rehabilitering blir för stora.
- Hur ska arbetet bland berörd personal i de samverkande organisationerna förankras för att uppnå stöd och engagemang för samverkan i deltagande organisationer?
- Hur ska tydliga incitament kunna åstadkommas för att de samverkande organisationerna ska vilja delta i en samverkan. Det kan handla

om effektivare resursutnyttjande, bättre kvalitet i verksamheten och framför allt ökad måluppfyllelse vad gäller antal personer i målgruppen som får och kan behålla ett arbete.

Arbetsprocessen

Det finns ett antal faktorer som hänger samman med själva arbetsprocessen som både kan främja eller hindra samverkan. Det kan till exempel handla om att det finns många specialuttryck och begrepp som fungerar i den egna myndigheten, men inte känns igen av andra eller missuppfattas. Det handlar också om de olika roller och ansvar som finns och hur de kan påverkas när en samverkan utvecklas.

- Har aktörerna olika attityder och värderingar när det gäller den aktuella målgruppen och rehabiliteringsprocessen? Hur ska en gemensam grund för rehabiliteringssamverkan med gemensamt arbetssätt och gemensamt synsätt på målgruppens behov av hjälp och stöd kunna skapas?
- Finns det ett gemensamt språk och hur används olika begrepp? Vilka speciella begrepp finns hos de olika myndigheterna och hur kan de översättas och förstås? Finns det samma uppfattning om innehållet i de insatser och åtgärder som ges?
- Hur ser kunskapen om de olika rehabiliteringsaktörernas uppdrag, ansvar och resurser ut? Hur ser kunskapen om psykisk sjukdom/funktionsnedsättning ut hos respektive rehabiliteringsaktör? Hur kan det skapas förstå-

else, acceptans och förtroende för varandras uppdrag och kompetens? Det kan till exempel handla om gemensam utbildning om varandras kompetens och uppdrag i den arbetsinriktade rehabiliteringen.

- Är en gränsöverskridande samverkan ett hot mot den egna professionen och organisationen? Hur ska revirtänkande kunna undvikas? Hur ska olika roller och ansvar i det gemensamma arbetet förtydligas?
- Hur ska ett ledarskap som respekterar och balanserar alla inblandade professioner och organisationer kunna säkerställas?

6. Diskutera och ta ställning till form och innehåll i samverkan

Efter en genomgång av vilka personer i målgruppen samarbetet ska gälla, vilka insatser gruppen/grupperna behöver, vilka resurser och vilket arbetssätt som finns, behövs ett mer konkret ställningstagande kring både samordningen av resurser och regelsystem på strukturell nivå och de former och arbetssätt som ska utvecklas i samverkan.

Det kan handla om formella överenskommelser, gemensamma verksamheter/program, gemensam planering av rehabiliteringsinsatser, eller annan form av organisering som ger regelbundenhet och tydlig struktur. Det är viktigt att tydliggöra de olika aktörernas roller och mandat, både i samverkan och i den egna organisationen. Vissa samverkansuppgifter kan kräva att de ekonomiska medlen samordnas och att de finns i en gemensam pott.

Diskutera och ta ställning till vilken form av samarbete/samverkan som ska utvecklas. Det kan finnas positiva och negativa aspekter på olika samverkansformer. Skaffa gärna underlag för diskussionen genom att ta reda på hur andra gjort samt vilken kunskap och litteratur som finns på området. Formulera också de ställningstaganden som gjorts i diskussionen om hinder och framgångsfaktorer.

Några ytterligare frågor att tänka på när en överenskommelse ska upprättas och former för samverkan ska fastställas är:

- Hur ska sekretessreglerna hanteras i samarbetet (till exempel samtycke från enskilda personer)?
- I all samverkan kommer det att finnas ett antal gränsdragningsproblem. I vilka situationer finns det en risk att enskilda personer hamnar mellan stolarna?
- Vad gäller försörjning för den enskilde kan flera myndigheter vara aktuella. Hur kan en tryggad försörjning säkerställas under rehabiliteringsprocessen?

Formulera en plan/överenskommelse för en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering

Till sist är det viktigt att formulera en plan/överenskommelse för en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering med tydliga och uppföljningsbara mål som också innehåller de viktigaste ställningstagandena som gjorts gemensamt. Det är också viktigt att vara överens om när och hur en uppföljning ska göras.



Sammanställning
av huvudmännens
uppdrag på
rehabiliteringsområdet

Regeringens reformer och satsningar

Psykiatrireformen

I propositionen som låg till grund för psykiatrireformen 1995³ uppmärksammade regeringen frågan om arbetslivsinriktad rehabilitering. Uppfattningen var att enskilda behövde få ökad tillgång till en god medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering. De allmänna principer och mål som lagts fast inom den så kallade arbetslinjen skulle gälla för människor med alla typer och grader av psykisk störning.

Av Socialstyrelsens utvärdering av Psykiatrireformen (1999)⁴ och Riksförsäkringsverkets utvärdering av Försäkringskassans arbete med rehabilitering av psykiskt funktionshindrade⁵ framgick att flera av de brister psykiatriutredningen hade pekat på inom rehabiliteringsområdet fortfarande kvarstod. Trots de satsningar som hade gjorts saknade hälften av psykiatrireformens målgrupp arbete eller meningsfull sysselsättning. Dåvarande Riksförsäkringsverket pekade vidare på den bristande anpassningen till de psykiskt funktionshindrades behov av långsiktiga åtgärder och på svårigheten att finna arbetsträningsplatser för denna grupp.

Nationell psykiatrisamordning

Regeringen beslutade år 2003 att tillkalla en

nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som bland annat rörde arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade.⁶

I slutbetänkandet⁷ från Nationell psykiatrisamordning konstaterade man att personer med psykisk funktionsnedsättning fortfarande hade en svag förankring på arbetsmarknaden, och att många helt saknade sysselsättning. Situationen riskerade att underminera möjligheterna för människor med psykisk funktionsnedsättning att vara delaktiga i samhället och så långt som möjligt leva som andra. När det gällde den arbetsinriktade rehabiliteringen identifierades fyra huvudsakliga problem:

- Rehabiliteringsperspektivet och arbetslinjen har kommit att stå i bakgrunden till förmån för vård- och omsorgsperspektivet.
- Samhällets insatser för att bistå personer med psykisk funktionsnedsättning med rehabilitering till arbete är bristfälliga och splittrade.
- Vissa regler inom socialförsäkringen tenderar att låsa in personer med psykisk funktionsnedsättning i bidragssystemen, då

regelverken är dåligt anpassade för psykiska sjukdomars förlopp och långsiktiga rehabiliteringsprocess.

- Arbetsmarknaden är inte tillgänglig för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Regeringens psykiatrisatsning

Regeringen genomför en samlad psykiatrisatsning⁸ mellan åren 2007–2011. Satsningen inkluderar en ny lagstiftning, samt utökade finansiella medel på en rad områden.

När det gäller området arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning skriver regeringen⁹

”att få vara del av ett sammanhang, att fylla en funktion och att vara behövd är viktigt för alla människor”



”att få vara del av ett sammanhang, att fylla en funktion och att vara behövd är viktigt för alla människor. Mycket erfarenhet talar för att arbetslöshet i många fall allvarligt förvärrar prognosen för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Många människor med psykisk funktionsnedsättning har förmåga att arbeta och skulle kunna fungera väl i ett anpassat arbete, men får inte den möjligheten. Andra skulle kunna arbeta om det fanns arbeten som i högre grad än i dag var anpassade efter individens behov och funktionsnedsättning.”

För de nya medlen inom området anges bland annat följande mål:¹⁰

- Anpassad sysselsättning, rehabilitering eller arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning ska öka och insatserna ska vara bättre anpassade till mottagarnas behov.
- Kompetensen bland anställda inom kommun, landsting, försäkringskassa och arbetsförmedling som i sitt arbete kommer i kontakt med personer som har en psykisk sjukdom eller en psykisk funktionsnedsättning ska stärkas.
- Antalet sociala företag och ideella organisationer som kan erbjuda alternativa arbetsformer anpassade till personer med psykisk funktionsnedsättning ska öka.

Arbetsförmedlingen har på grund av satsningen fått i uppdrag¹¹ att i samverkan med Försäkringskassan upphandla rehabilitering och andra typer av stödtjänster för personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk funktionsnedsättning. (Resaprojektet). Syftet är att målgruppen ska få rehabilitering, sysselsättning och arbete. Ett annat mål är att sociala företag ska engageras, då de kan vara speciellt lämpliga för denna grupp. Uppdraget inkluderar alla arbetslösa personer som har en psykisk funktionsnedsättning, oavsett vilken ersättning man har.

För att ytterligare stimulera ett ökat utbud av sysselsättningsinsatser har regeringen beslutat att ge ett stimulansbidrag till kommuner som upphandlar sysselsättning eller erbjuder sysselsättning via ett valfrihetssystem (Lagen om valfrihetssystem LOV) för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Ett annat inslag i regeringens psykiatrisatsning är att stimulera gemensam kunskapsutveckling om rehabilitering för personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning (Kurprojektet). Försäkringskassan har fått i uppdrag att fördela medel till en myndighetsgemensam kunskapsutveckling¹² och kunskapsatsningen vänder sig till handläggare på Försäkringskassan och personal på Arbetsförmedlingen och inom socialtjänsten och psykiatrin. Syftet är att skapa en

gemensam kunskapsbas som grundas på bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet. Satsningen ska också underlätta samarbetet organisationerna emellan genom att förtydliga begrepp och ansvarsområden, utveckla metoder samt skapa samsyn om rehabiliteringens ramar och förutsättningar.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen utformat en nationell webbaserad kunskapsportal inom områdena psykisk ohälsa samt vård och omsorg om äldre. Syftet med portalen är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapspridning och kunskapsinhämtning så att målgruppen – personal på alla nivåer inom områdena psykisk ohälsa och vård och omsorg om äldre – ska arbeta utifrån den mest aktuella kunskapen och tillämpa de lämpligaste metoderna och modellerna.¹³

Ökad samordning på rehabiliteringsområdet

Redan år 1998 gjordes lagförändringar som syftade till en bättre samordning av rehabiliteringsarbetet för personer inom utsatta grupper bland annat personer med funktionsnedsättning och psykiskt störda.¹⁴ De nya bestämmelserna gav möjlighet för rehabiliteringsaktörerna (kommun, landsting, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) att ingå överenskommelse om frivillig samverkan (FRISAM) i syfte att uppnå

en effektivare användning av tillgängliga resurser och motverka rundgången mellan aktörerna.

Sedan 1 januari 2004 ger lagen (2003:1210) om finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet¹⁵ huvudmännen (Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun och landsting) ökad möjlighet att samordna sina resurser och utse en gemensam ledning för detta (Samordningsförbund). Målgruppen är personer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna för att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete. De gemensamma åtgärderna ska syfta till att återställa eller öka den enskildes funktions- och arbetsförmåga.

Sjukförsäkringsreformen

Sedan 1 juli 2008 gäller nya regler för sjukpenning, sjukersättning och för de som söker/har aktivitetsersättning. Enligt de nya bestämmelserna för prövning av rätt till sjukpenning ska nedsättning av arbetsförmåga bedömas enligt den så kallade rehabiliteringskedjan. Detta ersätter den tidigare ”steg-för-steg-modellen” vid bedömning av rätt till sjukpenning och rehabiliteringsbehov.¹⁶ Den 1 juli 2008 infördes även tidsbegränsningar för hur länge sjukpenning skulle kunna betalas ut med 80 respektive 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten.

Psyisk ohälsa tillsammans med problem från rörelseorganen är vanligast bland sjukskrivningsdiagnoserna.

De som från och med 2 januari 2010 har uppnått maximal tid i sjukförsäkringen blir aktuella för stöd från Arbetsförmedlingen och erbjuds att ingå i ett nytt program – Arbetslivsintroduktion. Med Arbetslivsintroduktion införs den sista länken i rehabiliteringskedjan och för den enskilde kan detta bli det första steget på vägen till ett arbete.

För att förhindra att enskilda tvingas ansöka om ekonomiskt bistånd har riksdagen beslutat om särskilda bestämmelser i arbetslöshetsförsäkringen för personer som fått sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning under längsta möjliga tid. Syftet är att fler ska få aktivitetsstöd eller arbetslöshetsersättning som är baserad på inkomster från tidigare arbeten.

Rehabiliteringskedjan

Rehabiliteringskedjan innehåller fasta tidpunkter för prövning av arbetsförmågan. Under de första 90 dagarna i rehabiliteringskedjan ska Försäkringskassan bedöma om den försäkrade har förmåga att klara sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder. Från och med den 91 dagen i rehabiliteringskedjan innebär prövningen av rätten till sjukpenning att Försäkringskassan

även ska beakta om den försäkrade kan försörja sig själv efter omplacering till ett annat arbete hos arbetsgivaren. Detta för att om möjligt ta tillvara den försäkrades arbetsförmåga inom arbetsgivarens verksamhet. Om det finns risk för att den försäkrade inte kommer att kunna återgå i arbete hos sin arbetsgivare före den fastställda tidsgränsen på 180 dagar erbjuds den försäkrade ett kontaktmöte med Arbetsförmedlingen. Den försäkrade har då fram till och med den 180 dagen i sjukperioden på sig att, med stöd från Arbetsförmedlingen, söka nytt arbete utan att rätten till sjukpenning ifrågasätts av den anledningen. Från och med den 181 dagen i rehabiliteringskedjan är huvudregeln att Försäkringskassan ska beakta om den försäkrade kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden i övrigt eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

När det beräknas hur lång tid den försäkrade har haft nedsatt arbetsförmåga ska dagar i sjukperioder läggas samman, dels om den försäkrade har förvärvsarbetat under en period om mindre än 90 dagar mellan sjukperioderna, dels om den försäkrade inte har förvärvsarbetat alls mellan sjukperioderna. Detta innebär att en försäkrad kan komma att befinna sig längre fram än dag 1 i rehabiliteringskedjan redan första dagen i en ny sjukperiod.

Den reformerade sjukskrivningsprocessen med fasta tidpunkter påskyndar handläggning och utredning inom Försäkringskassan och hos arbetsgivaren för att se över behovet av anpassnings- och rehabiliteringsinsatser. Bestämmelserna ökar också behovet av samarbete mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för att erbjuda individen stöd i rehabiliteringsprocessen. Att läkarintygen håller hög kvalitet är mycket viktigt.

Behovet av samarbete ökar dels för att erbjuda individer adekvat stöd i rehabiliteringsprocessen och dels för att motverka att individer *"faller mellan stolarna"*. Reglerna bygger på principer om att ett tidigt och aktivt engagemang är avgörande för att nå goda resultat. Eftersom det handlar om lagbestämda regler med absolut verkan för berörda individer och berörda system kan man säga att rehabiliteringskedjans regler utgör en normerande ram för sjukskrivningsprocessen.

Tidsbegränsning av sjukpenning

Lagen innebär vidare att sjukpenning endast ska utbetalas under 364 dagar inom en ramtid av 450 dagar. Personer som uppburit sjukpenning under 364 dagar inom en ramtid av 450 dagar ska efter skriftlig ansökan kunna erhålla så kallad sjukpenning på fortsättningsnivå, som kan betalas ut för 550 dagar.

Sjukersättning

De nya reglerna innebär också att sjukersättning i fortsättningen endast ska komma i fråga om den försäkrades arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt. Det är inte längre möjligt att bevilja tidsbegränsad sjukersättning.

Samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring¹⁷

De nya reglerna med fasta tidsgränser inom sjukförsäkringen ställer högre krav på snabb tillgång till medicinsk rehabilitering och samordning för att individen inte ska hamna i kläm mellan socialförsäkringens krav och tillgängligheten till medicinsk rehabilitering inom sjukvården.

En förändring är att tydliggöra att vårdgarantin även omfattar medicinskt motiverade rehabiliteringsåtgärder. Detta innebär att den enskilde utlovas en maximal väntetid för beslutade besök till den specialiserade vården, även då dessa besök rör medicinsk rehabilitering.

Arbeta och samtidigt uppbära sjukersättning

Från och med januari 2009 är det möjligt att, efter ett ansökningsförfarande, arbeta, studera eller engagera sig ideellt även om man har sjukersättning som inte är tidsbegränsad. Det gäller de personer som har sjukersättning enligt de regler som gällde före juli 2008. Syftet är att i högre grad göra det möjligt även för denna grupp att prova ett arbete. Reglerna gör

det möjligt att arbeta med bibehållen rätt till sjukersättning.

För övriga med sjuk- eller aktivitetsersättning finns möjligheten att ansöka om vilande ersättning för att pröva ett arbete och eventuellt kunna komma tillbaka till arbetslivet.

Rehabiliteringsgarantin

I syfte att stärka den medicinska rehabiliteringen har regeringen infört en rehabiliteringsgaranti inom hälso- och sjukvården. Den är inriktad på de tillstånd som är vanligast vid sjukskrivning; värk från nacke, axlar och rygg samt lättare och medelsvåra psykiska besvär. Syftet med rehabiliteringsgarantin är att patienterna tidigt ska få hjälp och hitta en väg tillbaka till arbetsgemenskapen. Rehabiliteringsgarantin trädde i kraft 2008.

Socialstyrelsen fick 2009 i uppdrag av regeringen att följa upp landstingens arbete med den s.k. rehabiliteringsgarantin. En rapport överlämnades till regeringen 2010 - Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin.¹⁸ I ett annat regeringsuppdrag har Karolinska Institutet getts ansvar för att utvärdera vilka effekter satsningen gett.

Begreppen sjukdom och arbetsförmåga samt en enhetlig bedömning av arbetsförmåga¹⁹

Sedan länge har det funnits behov av att hitta en

gemensam begreppsapparat. Inte minst behövs det när insatserna sätts in i samverkan. I en aktuell utredning finns förslag på tre områden som är av stor betydelse för de sjukförsäkrade och för sjukförsäkringen. Betänkandet diskuterar

- hur sjukdomsbegreppet ska tolkas,
- hur arbetsförmåga ska förstås och bedömas i olika lägen och
- hur ett särskilt arbetsmarknadsprogram, som knyts till beslutstillfällena i sjukförsäkringen, i högre grad kan stärka individens egna resurser att hitta tillbaka till egen försörjning.

Enligt utredningen är det moderna sjukdomsbegreppet vagt, undflyende och i många sam-

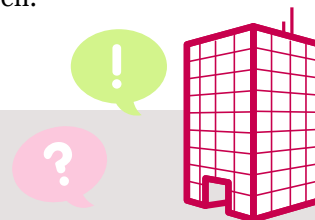
manhang gränslöst. För att tydliggöra att det är sjukdom och ingenting annat som är grunden för ersättning från sjukförsäkringen föreslås att vissa situationer flyttas ut ur sjukförsäkringen.

Regeringen har år 2010 uppdragit åt Försäkringskassan att i samverkan med Socialstyrelsen och i samråd med Arbetsförmedlingen vidareutveckla metoder och instrument för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen. Försäkringskassan ska även samverka med hälso- och sjukvården. Arbetet ska utgå från den nuvarande ansvarsfördelningen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården i sjukskrivningsprocessen.

Ökad satsning på arbetsintegrerande sociala företag

Tillväxtverket genomför informationsinsatser tillsammans med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, sociala företag och företrädare för kommunerna och ideella organisationer. Syftet är att inspirera och öka kunskap om möjligheterna med socialt företagande när det gäller sysselsättning och rehabilitering.

Regeringen har dessutom nyligen gett Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan två olika uppdrag²⁰ där sociala företags möjligheter att stödja långtidssjukskrivna ska tas till vara. Ett syfte med uppdragen är att bidra till att sociala företag kan utvecklas.



Målgruppen

Personer i befolkningen som lider av allvarlig psykisk sjukdom har inte ökat under senare år. Däremot ökar andelen personer som upplever olust, ångslan och oro. Detta gäller både personer med diagnostiserbar psykisk sjukdom, och personer med nedsatt psykiskt välbefinnande som inte klassificeras som sjukdom.

Framförallt ökar den psykiska ohälsan bland ungdomar i övre tonåren och bland unga vuxna.²¹

Andelen personer som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande är relaterad till samhällsfaktorer, medan gruppen personer med psykiska sjukdomar påverkas mindre av förändringarna i samhället.

Det är dock viktigt att påpeka att en person som har en psykisk sjukdom inte behöver sakna förmåga till arbete. Det finns inte något entydigt samband mellan den diagnos en person får och hans eller hennes nedsättning av arbetsförmågan.

Tre delgrupper

Målgruppen personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning är en stor och mångfaceterad grupp. En indelning har gjorts i ett antal

delgrupper för att underlätta diskussionen om hur en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering ska kunna utvecklas och organiseras. Indelningen utgår främst från grupper med individer som har liknande behov av rehabilitering till arbete och likartat mönster av kontakter med vård- och stödsystemet.

Indelningen är grov och andra grupper kan också vara aktuella.

1. Personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever långvariga och väsentliga svårigheter att skaffa och behålla ett arbete
2. Personer i arbetsför ålder med ångest- och depressionstillstånd
3. Unga personer med psykisk ohälsa



1. Personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever långvariga och väsentliga svårigheter att skaffa och behålla ett arbete

Problemetets omfattning

Enligt Socialstyrelsen (1999)²² uppskattades andelen personer med psykisk funktionsnedsättning i den vuxna befolkningen (18 år och äldre) omfatta ungefär 0,6 procent av befolkningen. Det gällde då psykiatrireformens målgrupp som omfattade personer med långvarig och allvarlig psykisk sjukdom.

Sannolikt finns en underskattning, framförallt när det gäller personer med missbruksproblem i kombination med psykisk sjukdom. Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning var troligen inte heller tidigare inräknade i målgruppen.

Definition

Den målgrupp som Nationell psykiatrisamordning definierat²³ består av personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa svårigheter har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en person med funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen.²⁴

Med väsentliga svårigheter avses sådana svårigheter som omöjliggör ett självständigt liv ute i samhället. Med viktiga livsområden avses områden där individen själv anger delaktighetsinskränkningar (till exempel boende, studier, arbete, sysselsättning, social gemenskap/relationer, fritid). Varaktighetskriteriet formuleras som en aktivitetsbegränsning som varat, eller kan tänkas vara, minst ett år.

Förväntade konsekvenser

I många fall har sjukdomen ett förlopp med återkommande perioder. Personer med psykisk funktionsnedsättning får vanligtvis nedsatt psykologisk, kognitiv och social funktion. Varaktighet och grad av nedsättning av funktionen varierar mycket mellan individer. I många fall kan en sammanlagd tid på upp till flera år behövas för behandling och arbetslivsinriktad rehabilitering.²⁵

Vilka delar av vård- och stödsystemet har gruppen kontakt med?

Målgruppen har i regel kontakt med psykiatri för medicinsk och psykologisk behandling samt kontakt med socialtjänsten för stöd i boendet, social färdighetsträning och/eller andra former av socialt stöd. De personer i målgruppen som har ett samtidigt missbruksproblem kan ha kontakt med beroendevården inom landstinget men också kommunernas missbruksverksamhet. Om de saknar ersättning från sjukförsäkringen kan

de få ekonomiskt bistånd från socialtjänsten. I annat fall finns en kontakt med Försäkringskassan kring sjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning.

För personer med väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden kan kontakterna med Arbetsförmedlingen vara begränsade. För dem i målgruppen som har möjlighet att utveckla arbetsförmåga för anställning på öppna marknaden, alternativt i den skyddade sektorn, erbjuder Arbetsförmedlingen stöd i form av anpassning av arbetsuppgift och arbetsplats.

2. Personer med ångest- och depressionstillstånd

Problemet omfattning

Minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män kommer någon gång under livet att drabbas av en behandlingskrävande depression. Förekomsten i den vuxna befolkningen uppskattas till cirka 5–7 procent. Ångestsyndrom är vanligt förekommande. Andelen individer som under en tolv månadersperiod har lidit av något ångestsyndrom varierar mellan 12 och 17 procent i studier. Man har uppskattat att var fjärde individ någon gång i livet kommer att drabbas av ett ångestsyndrom.

Drygt 500 000 personer i arbetsför ålder bedöms vid ett givet tillfälle lida av depression eller ångestsymtom, merparten dock med lindriga eller medelsvåra besvär som tillfälligt kan nedsätta funktionsförmågan. Ungefär 100 000 bedöms för längre tid än sex månader ha funktionsnedsättning som i olika grad utgör arbetshinder.

Tjugo till trettio procent av målgruppen bedöms samtidigt ha missbruks/beroende- problematik.

Förväntade konsekvenser

Vid medelsvår depression är symtom som sänkt stämningsläge, trötthet, obeslutsamhet, koncentrationssvårigheter och oro påtagliga samt mer varaktiga. Förmågan till aktivitet samt till delaktighet i utbildning, arbete och sysselsättning är nedsatta liksom patientens livskvalitet.

Vid svår depression är symtomen omfattande och varaktiga. Den psykiska och kognitiva funktionsförmågan är kraftigt nedsatt, liksom förmågan till aktivitet i det dagliga livet.

Personer med förstagångsdepressioner uppnår vid adekvat behandling ofta förbättrad funktion inom tre månader. Full läkning kan dröja upp till sex månader och i enstaka fall årtal.

Generaliserat ångestsyndrom (GAD) är ofta livslångt men med fluktuerande förlopp. Många

patienter uppsöker vården på grund av kroppsliga symtom. Individer med GAD fungerar oftast socialt och i arbetslivet, men under sin fulla förmåga. De olika följdtilstånd – sömnstörning, kroppsliga obehag med mera – kan periodvis orsaka funktionsnedsättning.

Paniksyndrom innefattar fler symtom än de återkommande panikattackerna. Dessa kan ge upphov till rädsla för nya attacker (förväntansångest). Agorafobi, ”torgskräck”, är en annan vanlig konsekvens av panikattackerna. Paniksyndrom är dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män. Förväntansångest inför nya attacker leder i varierande grad till ett undvikande av situationer och platser.

Social fobi karakteriseras av en stark rädsla för situationer där man kan dra till sig andras uppmärksamhet. Efterhand utvecklas beteenden som att undvika och fly de kritiska situationerna. Det beskär möjligheterna att fungera i arbetsliv och på fritid. Cirka tolv procent av den vuxna befolkningen lider av social fobi.

Patienter med tvångssyndrom besväras av påträngande tankar och känslor. För att minska dessa utförs tvångshandlingar. Tvångssyndrom debuterar tidigare hos män som ofta också har en svårare form av sjukdomen. Tvångssyndrom påverkar individens funktionsförmåga genom att

ritualerna upptar all tid och omöjliggör arbete eller normalt socialt liv.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är ett tillstånd som uppstår som fördröjd eller långvarig reaktion på ett trauma av exceptionellt hotande eller katastrofalt slag. Centrala symtom är intensiva minnesbilder, sömnproblem, koncentrationssvårigheter, irritabilitet, ett fobiskt undvikande av situationer som påminner om traumat och muskelspänningar. Omkring sju procent av befolkningen lider av posttraumatiskt stressyndrom.

Vilka delar av vård och stödsystem har gruppen kontakt med?

De flesta med nedstämdhet eller oro söker vård inom primärvården, blir bedömda men känns ofta inte igen som personer med psykisk sjukdom och får sällan diagnos.

De som får behandling ordinerar till största delen antidepressiv medicin, men med stora brister i behandlingsstöd och utvärdering. En mindre del får psykosocialt stöd och ännu färre effektiv psykologisk behandling.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet²⁶ anger att sjukskrivning ofta kan och bör undvikas vid såväl lindrig depression som vid olika ångesttillstånd. I de fall sjukskrivning är aktuellt, varierar

angivna tider från några veckor vid ångesttillstånd till tre månader vid måttlig depressiv episod och sex månader vid svår depressiv episod. Deltids-sjukskrivning bör i många fall övervägas.

En stor del av vuxna med depression och ångest-sjukdom har kontakt med socialtjänstens individ- och familjeomsorg, eftersom ohälsan ofta upplevs som knuten till sociala faktorer och relationsproblem. En stor del av dem som sökt asyl i Sverige, efter krigsupplevelser, har utvecklat posttraumatisk stress, men känner inte till vårdens möjligheter att erbjuda hjälp.

Om depression eller ångesttillstånd innebär en längre tids funktionsnedsättning blir både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan viktiga aktörer.

3. Unga personer med psykisk ohälsa

En knapp miljon unga är mellan 18 och 25 år, ”unga vuxna”. De behöver lyftas fram särskilt i den här skriften, dels för att flera former av psykisk sjukdom och nedsatt psykisk funktion visar sig under perioden, dels för att åldersgruppen står inför etablering på arbetsmarknaden.

Svår psykisk sjukdom, t ex schizofreni, kan debutera vid denna ålder. Depression uppträder lika

ofta som hos vuxna, framförallt hos unga kvinnor, medan ångesttillstånd kan uppträda senare. Medfödda eller tidigt etablerade funktionsnedsättningar av neuropsykiatrisk natur medför stora svårigheter vid övergången till vuxenlivet.

ADHD är exempel på en funktionsnedsättning som ställer särskilda krav på en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering/habilitering.

Problemets omfattning

ADHD²⁷ beräknas förekomma hos minst två procent av de unga vuxna, vilket motsvarar minst 20 000 individer. Liksom vid andra former av psykisk ohälsa är det högre risk att tidigt utveckla socialt utanförskap, missbruk eller beroende av alkohol och droger.

Förväntade konsekvenser

ADHD i vuxen ålder innebär nedsatt koncentrationsförmåga och uthållighet, svårigheter att påbörja och avsluta aktiviteter, samt påtagliga brister när det gäller att planera och organisera vardagsaktiviteter.

Bristande impuls kontroll leder till ogenomtänkta beslut samt en ökad risk för konflikter och relationsproblem. Vanliga symtom är ökad stresskänslighet, sömnsvårigheter, ätstörningar, pendlande energitillgång och humörsvängningar.

Begränsningarna påverkar individernas anpassningsförmåga i olika miljöer vilket kan ge ett livslångt behov av återkommande stöd i vardagsliv och arbete. Symtomen leder bland annat till nedsatt förmåga att tillägna sig och fullfölja teoretiska studier.

Många vuxna med ADHD har samsjuklighet, det vill säga ytterligare ett eller flera psykiatriska tillstånd som depression, utmattningssyndrom, ångestsyndrom eller bipolär sjukdom.

Hos cirka 50 procent av ADHD-patienterna förbättras tillståndet i vuxen ålder, även om många har en kvarstående funktionsnedsättning. De med kvarstående begränsningar har ofta en långsiktig eller livslång funktionsnedsättning. Hur de fungerar beror på symtomens svårighetsgrad, svar på behandling, kompenserande individuella resurser, levnadsomständigheter och samhällsstruktur.

Vilka delar av vård- och stödsystemen har gruppen kontakt med?

Vid neuropsykiatrisk utredning poängteras behovet av att kartlägga symtom och funktionsbegränsningar samt behov av rehabiliteringsinsatser. Många i gruppen får inte tillgång till detta inom specialistpsykiatrin på grund av bristande resurser eller att tillståndet inte identifierats inom hälso- och sjukvård. Det är därför inte ovanligt att den unge först i samband med kontakt med

Arbetsförmedlingen får sina problem identifierade och utredda.

För många kan läkemedel lindra symtomen. Genom tidig identifiering av ADHD-problem, information, tidiga anpassade stöd- och behandlingsinsatser från barndomen upp i vuxen ålder kan försämring förebyggas. I takt med stigande ålder kan funktionsnedsättningen fluktuera beroende på förmåga till kompensation, yttre förändringar och ökande krav från omgivningen.

Patienter med ADHD söker primärvården med mångahanda besvär, också depression, ångest och stressrelaterade symtom. Bakom en del av dessa kan finnas en sårbarhet i form av ADHD. I dag kan detta inte utredas inom primärvården, men det är viktigt att dess personal är uppmärksam och kan hänvisa patienten vidare till psykiatrin.

När en person söker socialtjänsten för att få hjälp i sin livssituation krävs det att handläggaren känner till att en funktionsnedsättning som ADHD kan ligga bakom svårigheterna som visar sig till exempel i föräldrarollen eller vid missbruk.

Eftersom gruppen unga med ADHD har stora svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden är det väsentligt att Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan deltar i planeringen för den enskilde.

Huvudmännens ansvar, uppdrag och insatser

I detta avsnitt beskrivs kortfattat respektive huvudmans ansvar, uppdrag och de viktigaste delarna av befintligt regelverk. Dessutom redogörs översiktligt för stöd och insatser – till arbete eller utbildning – som personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning kan få från samhället och de olika myndigheterna. Kort görs en beskrivning även av andra aktörer som till exempel sociala kooperativ, brukarorganisationer, Fontänhusen etcetera.



Socialstyrelsens ansvar och uppdrag

Socialstyrelsen värnar hälsa, välfärd och allas lika tillgång till god vård och omsorg. Socialstyrelsen har ett nationellt uppdrag och ska verka för en god vård och omsorg genom att styra med regler, kun-

skap och statsbidrag, och genom att göra tillsyn, uppföljningar och utvärderingar. Socialstyrelsen har tagit fram Nationella riktlinjer på området psykisk hälsa.²⁸

Enligt förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen

- har Socialstyrelsen ett samlat ansvar, sektorsansvar, för genomförande av de handikappolitiska målen med anknytning till Socialstyrelsens verksamhetsområde
- ska Socialstyrelsen särskilt samverka med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.

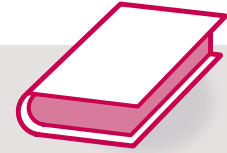
Socialstyrelsen har sedan 2007 samordnat sin verksamhet på psykiatriområdet och utvecklat ett nationellt stöd till utvecklingen inom den psykiatriska hälso- och sjukvården samt till kommunernas verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning. Stödet har inriktats på att:

- tydliggöra verksamheternas uppdrag utifrån lagstiftningens intentioner med tonvikt på huvudmännens ansvar att se till helheten av enskildas behov av vård, stöd och rehabilitering
- samla, sammanställa och föra ut evidensbaserad kunskap och utvärderade metoder när det gäller psykiatrisk vård och behandling, samt psykosociala insatser
- i samverkan med brukarnätverket Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) stärka enskildas och deras närståendes ställning i vård och behandling, socialt stöd och rehabilitering
- skapa bättre förutsättningar för verksamhetsuppföljning, öppna redovisningar och jämförelser genom att utveckla statistik, register och system samt metoder för lokal verksamhetsuppföljning.

Kommunens ansvar och uppdrag

Kommunens ansvar för personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning framgår av socialtjänstlagen (2001:453), SoL och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Av socialtjänstlagen fram-

går att kommunen ska verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och kan leva som andra.



Socialtjänstlagen

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver (2 kap. 2 § SoL). Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Enligt 1 kap. 1 § SoL ska samhällets socialtjänst främja människornas

- ekonomiska och sociala trygghet
- jämlikhet i levnadsvillkor
- aktivt deltagande i samhällslivet.

Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Socialtjänstlagen reglerar både kommunens skyldigheter och den enskildes rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde kan överklaga ett beslut om bistånd hos allmän förvaltningsdomstol (16 kap. 3 § SoL).

Till kommunens uppgifter (3 kap. 1 § SoL) hör både mer strukturinriktade och allmänt före-

byggande insatser. Till exempel ska kommunen i sin verksamhet främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning (3 kap. 2 § SoL). För enskilda och familjer ska kommunen svara för omsorg, service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd.

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd. Genom biståndet ska den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska vidare utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv (4 kap. 1 § SoL).

Socialnämndens insatser till den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och föreningar (3 kap. 5 § SoL).

Särskilt ansvar för människor med psykiskt funktionshinder

Kommunerna ska enligt socialtjänstlagen medverka till att människor som av psykiska

skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Målet för kommunens verksamhet är att dessa personer ska få möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra (5 kap. 7 § SoL).

Det anges särskilt att kommunerna ska inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sina svårigheter behöver ett sådant boende.

Kommunerna ska vidare känna till levnadsförhållandena i kommunen för målgruppen och i sin uppsökande verksamhet informera om vad socialtjänsten kan erbjuda för stöd och hjälp (5 kap. 8 § SoL).

Kommunen ska planera sina insatser för människor med psykiska funktionshinder. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska verksamheten främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet och målet ska vara att människor, som omfattas av lagen, får möjlighet att leva som

andra (5 § LSS). Verksamheten ska grundas på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet (6 § LSS).

Lagen innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt tre grupper (personkretsar) av funktionshindrade personer. I den första personkretsen ingår personer med autism eller autismliknande tillstånd (1 § LSS). Den andra gruppen avser personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder och omfattar inte gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning annat än i de fall det finns ett samtidigt begåvningsmässigt funktionshinder. I den tredje personkretsen ingår bland annat personer som har varaktiga och stora psykiska funktionshinder som har förorsakat betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed har ett omfattande behov av stöd eller service (1 § LSS). Dessa personer har enligt LSS rätt till insatser om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov inte tillgodoses på annat sätt (7 § LSS). Den enskilde ska genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade.

Det är ganska få personer med psykisk funktionsnedsättning som får insatser enligt LSS. I Socialstyrelsens statistik angavs 2 800 personer med psykisk funktionsnedsättning ha insatser enligt LSS år 2003. Sedan 2004 har Socialstyrelsen inte

haft möjlighet att identifiera gruppen psykiskt funktionsnedsatta i den socialtjänststatistik som omfattar LSS-insatser.

Verksamhet och personal

Kommunen har frihet att utforma både sin politiska organisation och sin förvaltningsorganisation utifrån egna behov och önskemål. En vanlig förvaltningsorganisation är en indelning i Individ- och familjeomsorg, Handikappomsorg alternativt Vård och omsorg samt Äldreomsorg. I många större kommuner har man också inrättat en särskild enhet för kommunens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning, ofta benämnd Socialpsykiatrisk enhet. Det finns också många kommuner som har byggt upp särskilda enheter för missbruksverksamhet. Personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning kan således ha kontakt med flera olika delar av kommunernas verksamhet.

De personer som ansöker om bistånd eller en LSS-insats träffar en handläggare som gör en utredning av behovet av stöd, service och rehabilitering samt föreslår insatser. En individuell planering görs av de insatser som ska förmedlas. Beslut om insatser fattas på olika nivåer i organisationen. Ansvaret för en regelbunden uppföljning av insatserna ligger hos den aktuella handläggaren. Personal med utredande och beslutande funktioner är oftast socionomer. Förutom dessa finns personal

som verkställer beslut och utför det praktiska arbetet med personerna i målgruppen.

Personal i kommunernas verksamhet för boendestöd, bostad med särskild service och verksamheter för sysselsättning har ofta en grundutbildning som vårdbiträden, undersköterskor eller mentalskötare. Dessutom finns i vissa verksamheter tillgång till sjuksköterskor, arbetsterapeuter och socionomer. I de verksamheter som har en tydligare inriktning på rehabilitering finns även tillgång till en grupp anställda som inte har direkt anknytning till vård- och stödsektorn. Det är handledare och arbetsinstruktörer, socialpedagoger och fritidspedagoger, men också personal med yrkeserfarenhet från skilda områden.

Under de senaste åren har det skett en utveckling av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Många kommuner har till exempel genomfört inventeringar av målgruppens behov och de flesta har tagit fram någon form av styrdokument för sin verksamhet för målgruppen. Det finns ett utbud av boende och sysselsättning, även om det är svårt att bedöma i vilken mån det motsvarar det faktiska behovet.²⁹ I kommunerna pågår också ett utvecklingsarbete med att etablera evidensbaserade arbetsmetoder samt att med stöd av regeringens psykiatrisatsning utveckla arbetssätt, kompetens och strukturer för samarbete mellan kommuner och landsting.³⁰

Kommunernas insatser

LSS-insatser

Personer med psykisk funktionsnedsättning som tillhör lagens personkrets har rätt till insatser i form av personlig assistans, ledsagarservice, kontaktperson, avlösarservice i hemmet, korttidsvistelse utanför det egna hemmet och bostad med särskild service om deras behov inte tillgodoses på annat sätt. Personer med psykisk funktionsnedsättning i yrkesverksam ålder, som varken förvärvsarbetar eller utbildar sig, har i dag inte rätt till daglig verksamhet enligt LSS. I LSS-kommitténs slutbetänkande föreslås att denna rätt ska skrivas in i lagstiftningen. Regeringens bedömning är dock att en försöksverksamhet med att utveckla innehållet i insatsen daglig verksamhet ska föregå ett slutligt ställningstagande i frågan.³¹

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att i samråd med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan utarbeta en vägledning för hur den dagliga verksamheten och dess samverkan med andra aktörer ska utformas så att den grupp som står nära arbetsmarknaden får ökade möjligheter till lönearbete.³²

Ekonomiskt bistånd

Ekonomiskt bistånd (tidigare socialbidrag) är tänkt att fungera som ett sista skyddsnät för den som har tillfälliga ekonomiska problem. När man ansöker om ekonomiskt bistånd gör socialtjänsten en individuell prövning. Människor har i första

hand ett eget ansvar för sitt liv. Det betyder att man själv måste försöka bidra till sin försörjning innan man har rätt till bistånd. Den som är arbetsför är skyldig att söka arbete.

I princip har man inte rätt till ekonomiskt bistånd om man har egna tillgångar. Det betyder också att man i första hand ska söka de generella förmåner och ersättningar som man kan få, till exempel bostadsbidrag, föräldrapenning och sjukpenning.

Ekonomiskt bistånd från kommunen ska garantera att man får en skälig levnadsnivå. Hjälpn ska också utformas så att man kan klara sig själv i fortsättningen, det vill säga så att den stärker den enskildes möjlighet att leva ett självständigt liv.

Insatser på boendeområdet

De personer som bor i ordinärt boende kan efter ansökan få tillgång till ett för dem anpassat boendestöd eller någon form av hemtjänst. För de personer som saknar en bostad kan kommunen erbjuda en bostad i form av ett socialt kontrakt eller för yngre personer till exempel placering i ett familjehem.

Kommunen ska också inrätta bostäder med särskild service för de personer som behöver mer omfattande stöd. En del kommuner har också (ibland i samverkan med landstinget) mobila team som kan ge stöd på tider då ordinarie verksamhet är stängd.

Insatser på sysselsättningsområdet

En form av sysselsättning är dagverksamheter med en inriktning mot daglig och meningsfull sysselsättning. Innehållet kan variera från mer öppen social samvaro till mer strukturerad sysselsättning. Den öppna verksamheten (så kallade träffställen) erbjuder social samvaro under mer kravlösa former. I dagverksamheten med strukturerade aktiviteter finns förväntade krav på den enskilde att delta i vissa moment under överenskomna tider, eller sysselsättning under mer arbetsliknande former.

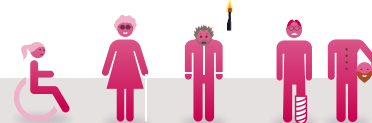
Förutom särskilda verksamheter för sysselsättning och rehabilitering erbjuder kommunerna även mer specifika sysselsättningsinsatser som till exempel stöd till bildande av kooperativ eller någon form av stöd till utbildning. I många kommuner anordnar man kurser, ibland i samarbete med en folkhögskola eller Folkuniversitetet, och studiecirkelverksamhet i samverkan med Komvux eller Studieförbundet Vuxenskolan.

I flera kommuner finns också arbetslivsinriktad

rehabilitering med uppgift att förbättra den enskildes möjligheter att kunna få och behålla ett arbete med lön eller påbörja studier. En sådan verksamhet bedrivs i samverkan mellan olika aktörer där Arbetsförmedlingen och/eller Försäkringskassan alltid är parter. Samverkan är här formaliserad på ledningsnivån hos respektive huvudman och denna typ av verksamhet återfinns bland annat inom samordningsförbundens verksamhet och kommunernas arbetsmarknadsenheter (AME).

Kommunala arbetsmarknadsenheter

Arbetsmarknadsenheternas verksamhet syftar till att stärka personer med lång arbetslöshet att komma in på öppna arbetsmarknaden. Målgruppen är ofta personer i åldern 18–64 år som uppbär försörjningsstöd och är i behov av stöd för att börja arbeta. De kommer från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan eller kommunens socialförvaltning. De åtgärder som erbjuds är bland annat olika typer av arbetsmarknadspolitiska program. Bland de grupper som är aktuella finns i varierande grad personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning.



Landstingens ansvar och uppdrag

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL anger vilka skyldigheter sjukvårdshuvudmannen har gentemot befolkningen. HSL reglerar främst åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla

sjukdomar och skador. Landstinget ska även erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för funktionshindrade till dem som är bosatta inom landstinget eller stadigvarande vistas där.

Enligt 2 § HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Vården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Vården ska så långt det går utformas och genomföras i samråd med patienten (2a § HSL). Paragraf 2b reglerar vidare den individuellt anpassade informationen som en patient (i vissa fall anhörig) ska få tillgång till och som handlar om tillstånd, tillgängliga metoder, vårdgaranti och valfrihet. Särskilt ska barns behov av information, råd och stöd beaktas vid anhörigs sjukdom (2g § HSL).

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531), LYHS som reglerar hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter, har ersätts med Patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL den 1 januari 2011. Central i lagen är bestämmelsen om att hälso- och sjukvårdspersonal ska ge en sakkunnig och omsorgsfull vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vårdens innehåll

Personer med ångest- eller depressionstillstånd i vuxenlivet, de med ADHD under ungdomsåren och personer med psykisk funktionsnedsättning

som upplever långvariga svårigheter ska liksom alla som söker vård få ett gott bemötande inom första linjens vård, diagnostik, sjukdomsbehandling och uppföljning av vården. Vid behov ska habiliterande/rehabiliterande insatser erbjudas, av vården ensam eller gemensamt med andra aktörer. Vid behov ska hjälpmedel erbjudas en person med nedsatt funktion.

En viktig uppgift för vårdpersonal är att upptäcka samtidigt missbruk/beroendeproblematik och kunna erbjuda anpassade insatser.

Första linjens vård

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom beskriver att en mycket stor andel av patienterna söker vård och får behandling i första linjens vård (till exempel primärvården). Socialstyrelsen rekommenderar i sina riktlinjer att vårdgivaren har en organisation med stor tillgänglighet, så att personer som söker vård snabbt kan få en första bedömning. Tillgänglighet innebär både rent fysisk tillgänglighet, som telefontid, öppethållande, bemanning och personalorganisation, men också bemötande, dialog, respekt och inlevelseförmåga.

Sjukdomsförloppet vid depression och ångestsyndrom är ofta växlande med risk för återfall eller nya episoder. I vissa fall kan tillstånden vara mycket långdragna eller kroniska. En god

kontinuitet under hela sjukdomsförloppet är därför en förutsättning för god vård. Utöver stor tillgänglighet och god kontinuitet behöver hälso- och sjukvården erbjuda sammansatta vårdåtgärder, det vill säga olika evidensbaserade behandlingsåtgärder och konsultationsinsatser, som genomförs på ett strukturerat sätt av personer med den kompetens som krävs. Arbetet med sammansatta åtgärder omfattar därför både första linjens vård och psykiatri, och förutsätter samarbete mellan dessa kring patienten.

Utifrån ett utbud av behandlingsåtgärder med väldokumenterad effekt väljer hälso- och sjukvården, i samråd med patienten, behandling utifrån principerna för stegvis vård. Stegvis vård innebär att hälso- och sjukvården erbjuder insatser som sträcker sig från råd om egenvård, via assisterad självhjälp, till individuella behandlingsinsatser i samverkan med patienten och efter hennes eller hans aktuella behov. Stegvis vård hör ihop med principen om en lägsta effektiv omhändertagandenivå.

För att på bästa sätt tidigt upptäcka psykisk ohälsa hos unga krävs en väl fungerande första linjens vård och omsorg, med ett väl utvecklat samarbete mellan landsting och kommuner.

Diagnostik

Diagnostik av psykiska sjukdomstillstånd (som depression/ångest, schizofreni och ADHD) sker

såväl inom första linjens vård som inom specialistpsykiatri, ibland i samverkan.

Enligt Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom är inom primärvården den patientcentrerade konsultationen huvudverktyget för att förstå personens sjukdomsupplevelse utifrån personens eget perspektiv. Att ställa diagnos är en process som växer fram ur den patientcentrerade konsultationen, medan strukturerade diagnostiska intervjuer och symtomskattningsskalor fungerar som hjälpmedel.

På motsvarande sätt utgår inom psykiatri den diagnostiska processen vanligen från ett första anamnestiskt samtal där läkaren tillsammans med patienten belyser såväl sociala som psykologiska och biologiska aspekter. Strukturerade diagnostiska intervjuer och frågeformulär för symtom- och funktionsskattning kan vara hjälpmedel i processen, och närstående kan ofta bidra med viktig information.

Psykiatrisk specialistsjukvård

Den psykiatriska specialistvården ska tillsammans med första linjens vård utgöra en integrerad del av vården. Specialistinsatserna organiseras huvudsakligen i öppna former på mottagningar, med eller utan specialinriktning, eller som mobila team för akuta insatser och olika former av mellanvård. Vid många kliniker finns särskild organisation för

psykosvård, som omfattar allt från tidiga insatser vid nyinsjuknande till heldygnsvård. Psykosvården arbetar på många håll integrerat med kommunens verksamheter, framförallt rehabilitering, boendestöd och sysselsättning.

Beroendevård är inom vissa landsting särskild verksamhet. Det är väsentligt att insatser för personer med samsjuklighet, till exempel psykos och missbruk, samordnas på ett för den enskilde anpassat sätt.

På öppenvårdsmottagningen arbetar psykiatrer, psykoterapeuter, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor med specialutbildning och mentalskötare. Psykiatern, som är läkare med specialistutbildning, har huvudansvaret för patienten. I de fall heldygnsvård krävs bör vården eftersträva kontinuitet och samplanering mellan de olika vårdgivarna.

Uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering av behandlingar är på samma sätt som diagnostik en grundläggande förutsättning för att man ska kunna erbjuda god vård. Detta inkluderar även långtidsuppföljning av personer med långvarig sjukdom. Genom att regelbundet utvärdera pågående behandlingar kan hälso- och sjukvården ta ställning till eventuella byten eller tillägg av behandlingar, samt vid behov ompröva diagnoserna.

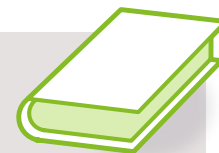
Hjälpmedel

För målgrupperna finns kognitiva hjälpmedel för tid och planering, kommunikation, personlig vård, hemliv, arbete och ekonomi och fritid. Det är oftast landstinget och i vissa fall kommunen eller Försäkringskassan som kan erbjuda hjälpmedel. Avsikten är att förbättra den nedsatta funktionsförmågan, uppväga förlorad förmåga samt bevara och utveckla förmåga.

Försäkringskassans ansvar och uppdrag

I förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan anges följande:
5 § Myndigheten ska samverka med Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliterings-

området. Försäkringskassan ska i samma syfte träffa överenskommelse med kommun, landsting eller Arbetsförmedlingen samt bedriva finansiell samordning enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.



Sektorsansvar

Försäkringskassan tilldelades 2003 ett sektorsansvar, vilket innebär, att Försäkringskassan har ett samlat ansvar för handikappfrågor med anknytning till Försäkringskassan. Ansvaret finns inskrivet i förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan med innebörden att Försäkringskassan ska vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till andra partner. Försäkringskassan ska också verka för ökad sysselsättning för funktionsnedsatta och även till att personer med funktionsnedsättning kan anställas och arbeta på lika villkor hos Försäkringskassan.

Samordningsuppdraget

Försäkringskassan har ett samordningsansvar för individer med nedsatt arbetsförmåga enligt socialförsäkringsbalken. Detta finns beskrivet i 29 kap. 2 § och 30 kap. 3 och 4 §§ samt 30 kap. 8–11 § SFB.

Samordningsuppdraget har två olika perspektiv, dels på individnivå, dels på strukturell nivå. På individnivå innebär det att samordna aktiviteter från olika aktörer för att den försäkrade 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 smidigt.

Försäkringskassans initiativ- och samordningsansvar utgår från individen med inriktning på att rehabiliteringsbehovet upptäcks tidigt och att initiativ tidigt tas till behövliga rehabiliteringsåtgärder. Försäkringskassans samordningsfunktion innebär att olika utredningar samlas in och att Försäkringskassan tar initiativ till och följer upp olika åtgärder under rehabiliteringsprocessen. Samordningen ska syfta till att den som har fått nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ska få tillbaka arbetsförmågan och kunna försörja sig genom förvärvsarbete.

Försäkringskassan ska, om den försäkrade medger det, samverka med befintlig arbetsgivare, arbetstagarorganisation och alla myndigheter som behövs, i arbetet med rehabiliteringen. Det innebär att Försäkringskassan ska verka för att dessa, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade enligt 30 kap. 10 § SFB.

Samordningsansvaret medför däremot inte att Försäkringskassan övertar det ansvar som respektive rehabiliteringsaktör har för genomförande av, och kostnader för, de insatser som är aktuella.

Försäkringskassans viktigaste samverkanspartner på rehabiliteringsområdet är arbetsgivarna, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, kommunen och Arbetsmiljöverket.

Samordningsuppdraget på strukturell nivå

Redan under tidigt 1990-tal³³ fick Försäkringskassan ett mer aktivt ansvar för att samordna övriga rehabiliteringsaktörers uppgifter.

Senare³⁴ anges att syftet med samverkan är att mer effektivt utnyttja samhällets samlade resurser för att bättre kunna tillgodose enskilda människors behov av stödåtgärder. Det är därför angeläget att utveckla bra och ändamålsenliga samverkansmodeller som ger bättre förutsättningar för rehabiliteringsarbetet.

Samordningsuppdrag på strukturell nivå innebär bland annat att Försäkringskassan ska sprida kunskap genom att följa, analysera och informera om sjukfrånvarons utveckling, påverka attityder hos arbetsgivare, vårdgivare och allmänhet, upprätta nationella och regionala överenskommelser samt stödja arbetet i och utvecklingen av samordningsförbund.

Rehabiliteringsplan, plan för återgång i arbete

Om den försäkrade, som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, behöver rehabilitering som ger rätt till rehabiliteringsersättning ska Försäkringskassan tillsammans med honom eller henne göra en rehabiliteringsplan enligt 30 kap. 12–14 §§ SFB. Försäkringskassan har dessutom bestämt att en plan för återgång ska tas fram tillsammans med den försäkrade i sjukpenningärenden även när inte rehabiliteringsersättning betalas ut. För att kunna upprätta en plan kan Försäkringskassan behöva medverka från

arbetsgivaren, läkaren Arbetsförmedlingen och andra berörda. Planen ska beskriva

- delmål och mål för rehabiliteringen
- de insatser som behövs för att den försäkrade ska kunna komma tillbaka i arbete
- när insatserna ska starta och vara avslutade
- vem som ansvarar för respektive insats.

Underlaget för planen är uppgifter från arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen, läkarens bedömning och den försäkrades egen uppfattning om sin situation och framtida möjligheter till arbete.

Avstämningsmöte

För att utreda behov av rehabilitering, och/eller planera rehabiliteringsinsatser för den försäkrade, kan Försäkringskassan kalla till ett avstämningsmöte. På ett avstämningsmöte träffas den försäkrade, läkare, Försäkringskassan, arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen och andra som har betydelse för den försäkrades rehabilitering. Innan ett avstämningsmöte ska Försäkringskassan begära samtycke från den försäkrade för att kunna prata om sekretessbelagda uppgifter som handlar om honom eller henne.

Rehabiliteringsersättning

När den som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering kan det ge rätt till rehabiliteringsersättning. En förutsättning är att rehabiliteringen ingår i en rehabiliteringsplan som den försäkrade har gjort tillsammans med Försäkringskassan.

Den försäkrade kan till exempel få ersättning om denne arbetstränar under en period, om man deltar i ett arbetslivsinriktat rehabiliteringsprogram eller deltar i utbildning under högst ett år.

Rehabiliteringsersättningen består av två delar:

- Rehabiliteringspenning ska kompensera för den inkomstförlust som uppstår vid deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabiliteringspenningen kan beviljas som hel, tre fjärdedelar, halv eller en fjärdedel och betalas ut till det belopp som motsvarar sjukpenning till normalnivå eller sjukpenning på fortsättningsnivå. För den som är arbetsökande begränsas rehabiliteringspenningen till högst 486 kr per dag.
- Särskilt bidrag som ger ersättning för merkostnader för till exempel resor och traktement, om man måste bo på annan ort, eller ersättning för läromedel och kursavgifter. Även en försäkrad som inte har någon sjukpenningsgrundande inkomst (SGI), och därmed inte kan få rehabiliteringspenning, kan ha rätt till särskilt bidrag.

Arbetsträning och arbetsprövning

En vanlig form av arbetslivsinriktad rehabilitering är arbetsträning. Arbetsträning innebär att den sjukskrivne är på en arbetsplats och tränar på vissa arbetsuppgifter för att få tillbaka arbetsförmåga. Arbetsträning sker vanligtvis hos den sjukskrivnes arbetsgivare, med gamla eller nya arbetsuppgifter, men den försäkrade kan också arbetsträna hos en ny arbetsgivare.

Arbetsträning är oftast en av flera rehabiliteringsåtgärder. Om den försäkrade arbetstränar med sina vanliga arbetsuppgifter är tiden begränsad till maximalt tre månader.

Aktiviteter under tid med aktivitetsersättning

Den som har aktivitetsersättning kan delta i olika aktiviteter. Dessa är frivilliga och påverkar inte rätten till ersättning. Aktiviteterna ska hjälpa och stödja personen i sin utveckling och påverka sjukdomen eller funktionsnedsättningen på ett positivt sätt. Aktiviteterna ska också bidra till att ge förutsättningar för att förbättra arbetsförmågan.

Arbetsförmedlingens ansvar och uppdrag

Arbetsförmedlingen har i uppdrag att bedriva arbetslivsinriktad rehabilitering i form av vägle-

dande, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser.³⁵



Målgruppen för arbetslivsinriktad rehabilitering är arbetssökande som har nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning eller ohälsa. Dessa personer ska ha tillgång till Arbetsförmedlingens samlade utbud av tjänster, metoder och arbetsmarknadspolitiska program. Av vikt är även att kunskap och kompetens hos kompletterande aktörer tas till vara i insatserna för denna målgrupp.

Arbetsförmedlingen ska enligt 14§ förordningen (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen samverka med Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.

Sektorsansvar

Arbetsförmedlingen är en av flera sektorsansvariga myndigheter inom handikappolitiken. Uppgiften är att uppfylla de nationella handikappolitiska målen genom att medverka till att fler arbetssökande med funktionsnedsättning får arbete och att fler arbetsgivare är beredda att anställa personer med funktionsnedsättning.

Arbetsförmedlingen ska även formulera krav på insatser för personer med funktionsnedsättning, vilka riktar sig till myndigheter och verksamheter utanför Arbetsförmedlingen och som faller inom den arbetsmarknadspolitiska sektorn.

Målgruppen

Arbetsförmedlingen erbjuder arbetslivsinriktad rehabilitering till arbetssökande med stor variation i psykisk ohälsa vad gäller art, omfattning, varaktighet och prognos. Oavsett om insatserna ges enskilt och/eller i grupp har de alltid individuella behov och förutsättningar, och det arbetsmarknadspolitiska uppdraget, som utgångspunkt.

Arbetsförmedlingens roll och resurser

Arbetsförmedlingen ska utreda arbetsförutsättningar och arbetsförmåga hos personer med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning och därefter ta fram anpassade individuella lösningar.

På den lokala arbetsförmedlingen finns arbetsförmedlare med huvudansvar för tjänster inom arbetslivsinriktad rehabilitering och med särskild kompetens att arbeta med dessa tjänster, som till exempel arbetsgivarkontakter, jobbsökaraktiviteter, vägledning och insatser för att klargöra arbetsförutsättningar samt introduktionsstöd och anpassning på arbetsplats.

Varje lokal arbetsförmedling har även tillgång till specialister i form av arbetsterapeuter, psykologer, sjukgymnaster och socialkonsulenter som behövs vid mer omfattande stödbehov, vid väglednings- och utredningsinsatser samt vid anpassning på arbetsplatser. Specialisterna

arbetar konsultativt på uppdrag av arbetsförmedlare.

De arbetsmarknadspolitiska insatserna

Arbets sökande i målgruppen har tillgång till all service inom myndigheten och en del av denna service är reserverad för personer med funktionsnedsättning som påverkar arbetsförmågan. Det är Arbetsförmedlingens uppgift att se till att personer med funktionsnedsättning prioriteras inom samtliga arbetsmarknadspolitiska program. Principen ska vara att inte använda mer resurser än vad som är tillräckligt för att lösa individens situation på arbetsmarknaden.

För personer med psykisk funktionsnedsättning och ohälsa kan det ofta vara aktuellt med stödinsatser vid etablering av kontakt med arbetsgivare och i samband med introduktion på praktikplats/arbetsplats. Centralt är att utvärdera behovet av resurser och förutsättningar för arbete och därefter identifiera områden där personen kan tänkas arbeta. Det kan vara aktuellt med anpassning av miljön på arbetsplatsen, att hjälpa den arbets sökande att beskriva sin arbetsförmåga och hur dennes behov av stöd kan se ut på arbetsplatsen. Programmet SIUS (Särskilt Introduktions- och Uppföljningsstöd) där Supported Employment tillämpas har ofta en särskilt stor betydelse för målgruppen med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning.

Arbets hjälpmedel och särskilda anordningar, samt personligt biträde, på arbetsplatsen kan i många fall vara framgångsrika insatser och ska alltid prövas i första hand.

Stöd till personligt biträde

Arbetsgivare eller annan aktör kan få bidrag för att kompensera merkostnader som uppstår i samband med att en person med funktionsnedsättning får hjälp av ett arbetsbiträde på arbetsplatsen. Stöd till arbetsbiträde kan ges för anställd, företagare eller fri yrkesutövare eller vid deltagande i ett arbetsmarknadspolitiskt program.

Anställningsstöd

Arbetsförmedlingen kan utifrån olika villkor ge anställningsstöd vid anställning av personer som har en svag position på arbetsmarknaden. Gemensamt för dessa stöd är att de utgår till den arbetsgivare som anställer.

Utvecklingsanställning

Utvecklingsanställningen ger en person möjlighet att genom arbete, i kombination med andra insatser, öka sin arbetsförmåga och anställbarhet. Det ekonomiska stödet till utvecklingsanställning är tidsbegränsat till längst ett år. För att få en utvecklingsanställning ska den arbets sökande genomgå utredande insatser och bedömas ha behov av att få utveckla sin arbetsförmåga genom arbete.

Arbetsgivare som kan erbjuda anpassade arbetsuppgifter, och som är införstådda med att utvecklande insatser ska ske parallellt med arbete, kan få ekonomiskt stöd i form av lönebidrag och ersättning för särskilda kostnader så kallade anordnarbidrag upp till ett år.

Lönebidrag

Lönebidrag är ett anställningsstöd som reserverats för personer med funktionsnedsättning som påverkar arbetsförmågan. Syftet med lönebidraget är att underlätta för en person att få, eller i vissa fall behålla, en anställning där den enskildes kompetens och färdigheter tas tillvara och där arbetet organiseras med hänsyn till funktionsnedsättningen.

Den anställda ska ha lön och andra anställningsförmåner enligt aktuella kollektivavtal. Arbetsgivaren ska tillsammans med Arbetsförmedlingen, den anställda och den fackliga organisationen lägga upp en individuell plan där den anställdes arbetsförmåga kan utvecklas och öka så att lönebidraget på sikt kan fasas ut. Kompletterande utbildning, kamrattstöd, arbetshjälpmedel är exempel på sådana inslag.

Lönebidrag lämnas som regel i längst fyra år. Därefter sker ny utredning och prövning av den anställdes arbetsförmåga innan förlängning av beslut kan tas.

Trygghetsanställning

Trygghetsanställning är avsedd för sökande med funktionsnedsättning som medför nedsatt

arbetsförmåga och som har så stort behov av stöd i arbetet, att det inte bedöms kunna tillgodoses med andra stödformer. En sådan anställning ska ses som ett alternativ till skyddat arbete hos Samhall.

Stöd till arbetsgivarens lönekostnad ska lämnas enligt samma regler som gäller för lönebidrag. Överenskommelse ska upprättas på samma sätt som för lönebidrag och innehålla uppgifter om insatser som kan bidra till att utveckla och öka den anställdes arbetsförmåga.

Offentligt skyddad anställning (OSA)

Skyddat arbete hos offentlig arbetsgivare syftar till att ge vissa personer med funktionsnedsättning möjlighet till anställning med utvecklande inslag och ska därmed på sikt kunna leda till arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Stöd till arbetsgivarens lönekostnad ska lämnas enligt samma regler som gäller för lönebidrag.

Anvisningen får inte göras om arbetet bedrivs inom konkurrensutsatt verksamhet eller sektor.

Målgruppen för OSA är:

- Personer med socialmedicinskt funktionshinder
- Personer som är berättigade till insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till funktionshindrade
- Personer som på grund av långvarig och svår psykisk sjukdom inte tidigare haft kontakt

med arbetslivet eller varit borta ifrån det under längre tid.

Samhall

Målgruppen för anställning hos Samhall är personer med funktionsnedsättning vilkas arbetsförmåga är så nedsatt att de inte kan få annat arbete och vilkas behov inte kan tillgodoses genom andra insatser. På nationell nivå ska 40 procent av dem som anvisas till Samhall tillhöra de prioriterade grupperna av personer med funktionsnedsättning.

Arbetsförmedlingen och Samhall har gemensamt beslutat att prioriterade grupper är:

- Personer med psykisk funktionsnedsättning
- Personer med utvecklingsstörning eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
- Personer med mer än en funktionsnedsättning som tillsammans medför omfattande nedsättning av arbetsförmågan.

I Samhalls uppdrag ingår att den anställde efter anpassning och individuell utveckling ska få ett jobb – med eller utan stödinsatser på den reguljära arbetsmarknaden.

Övriga aktörer på rehabiliteringsområdet

Arbetsgivarna

Arbetsgivarna är självfallet den allra viktigaste aktören när det gäller målgruppens möjligheter att få en anställning. Därför behövs genomtänkta

strategier för hur samarbetet ska utformas. Främst är det Arbetsförmedlingen som har kontakt med arbetsgivarna.

Arbetsgivarna har ett omfattande arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar. Det regleras huvudsakligen genom arbetsmiljölagen (1977:1160), socialförsäkringsbalken samt Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering. Där beskrivs arbetsgivarnas ansvar för att vidta olika åtgärder för att anpassa arbetet till arbetstagaren.³⁶

Arbetsintegrerande sociala företag

Det sociala företagandet har som mål att integrera människor som har svårighet att etablera sig på arbetsmarknaden.

En del av de sociala företagens affärsverksamhet är de rehabiliterings- och arbetsmarknadsinriktade tjänster man tillhandhåller mot ersättning från offentlig sektor. Den andra delen är den produktion av varor och/eller tjänster som säljs på marknaden till privatpersoner, företag eller offentlig sektor.

Det finns flera positiva delar i de sociala företagen:

- De skapar delaktighet för medarbetarna.
- De återinvesterar sina eventuella vinster i den egna eller liknande verksamhet.

Sociala företag skapar delaktighet för medarbetarna genom ägande, anställning, avtal eller andra

former av kontrakt. Medarbetarna i sociala företag är mestadels människor som på grund av långtidsarbetslöshet, långtidssjukskrivning, funktionsnedsättning, eller av andra skäl, inte fått möjlighet att etablera sig på arbetsmarknaden.

I vissa arbetsmarknadspolitiska program ingår aktiverande rehabilitering i sociala företag. Målet för sådana insatser är att öka aktivitetsnivån hos deltagaren och att på sikt etablera personen i ett lönearbete.

Tillväxtverkets kartläggning 2010 visar att det finns drygt 200 sociala företag i Sverige som bedriver verksamhet inom ett flertal olika områden, främst inom tjänstesektorn. Det är inte ovanligt att de också anordnar arbetsträningsplatser för Socialtjänstens och Försäkringskassans kunder. Flertalet av de anställda inom de sociala företagen har anställning med lönebidrag/trygghetsanställning.

Ideella sektorn

Ett konkret försök att stärka de idéburna organisationerna är den överenskommelse som har träffats mellan regeringen, idéburna organisationer och Sveriges Kommuner och Landsting.³⁷ Huvudmålet är att stärka de idéburna organisationernas oberoende roll som röstbärare och opinionsbildare, samt att stödja framväxten av en betydligt större mångfald av utförare och leverantörer inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Över-

enskommelsen ska tydliggöra de ideella aktörernas roll och möjliggöra för dessa att konkurrera på likvärdiga villkor med andra aktörer inom det sociala området.

Överenskommelsen vilar på ett gemensamt åtagande att göra den känd nationellt och lokalt, att stödja initiativ till överenskommelser mellan parter på lokal nivå och att systematiskt och kontinuerligt följa upp överenskommelsens genomförande och utveckla dess innehåll. Överenskommelsen antogs i oktober 2008.

Det är omöjligt att ge en fullständig beskrivning av det viktiga och omfattande arbete som sker inom den ideella sektorn. Några av de viktigaste aktörerna anges nedan.

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)

NSPH är ett nätverk bestående av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området.³⁸ Syftet med nätverket är att få större tyngd i kontakten med omvärlden genom att deltagande organisationer samordnar sina resurser och samverkar.

NSPH:s allmänna mål är att

- utveckla patient-, brukar och anhöriginflytandet på alla nivåer i samhället
- medverka till att psykiatrin blir bättre, effektivare, säkrare och mer tillgänglig genom att

patienters, brukares och anhörigas erfarenheter tas till vara

- bidra till att samhället utvecklar tidiga och effektiva förebyggande insatser, så att uppkomsten av psykisk ohälsa och utanförskap minimeras
- förbättra samverkan med myndigheter och andra aktörer på nationell nivå
- främja bildande av regionala och lokala nätverk.

Nätverket gav för några år sedan ut dokumentet ”Så vill vi ha det” där man bland annat beskriver sin syn på rehabilitering. NSPH arbetar på olika sätt för att nå ut med sitt budskap. Man fungerar som samtalspartner till olika myndigheter och utbildar bland andra professionella i bemötande- och inflytandefrågor. NSPH har en egen hemsida.³⁹

Lokala och regionala nätverk

Det finns fler nätverk och sammanslutningar mellan patient-, brukar- och anhörigorganisationer på lokal och regional nivå. De flesta organisationer finns på nationell nivå (NSPH) men det finns också ett relativt stort antal organisationer som bara finns representerade lokalt eller regionalt. Några av dessa nätverk och sammanslutningar fanns redan innan det nationella NSPH bildades och har fortsatt sitt arbete till exempel i Dalarna och Skellefteå, andra har bildats som en del av det nationella nätverkets uppdrag.

I dag finns det följande lokala eller regionala nätverk inom ramen för det nationella nätverksarbetet:

- NSPH i Jönköpings län
- NSPH i Göteborg
- Lokalt forum i Malmö
- NSPH i Norrbotten
- NSPH i Sörmland
- NSPH i Örebro
- NSPH i Uppsala

Vad kan brukar- och anhörigorganisationerna bidra med?

Gemensamt för organisationerna är att de utgår från medlemmarnas individuella resurser och erbjuder utsatta människor upprättelse och nya vägar till ett fungerande vardagsliv. Hur omfattande och bred verksamhet man bedriver beror på respektive organisations styrka och arbetssätt.

I huvudsak rör det sig om följande aktiviteter:

- Basrehabilitering – kamratstöd, studiecirklar och utbildning i för livet viktiga funktioner (till exempel ekonomi och hjälpmedel) – aktiviteter som gör att människor vågar ta steget ut i samhället
- Studieverksamhet, ett viktigt led för att komma över i en rehabiliterings- och återhämtningsfas
- Mentor och coacher som stöd till återhämtning för personer med psykisk funktionsnedsättning

- Återhämtningscirklar och självhjälpgrupper för personer med utmattningsdepression, friskvård vid en folkhögskola, rösthörargrupper, kvinnonätverk
- Kostnadseffektiva habiliterings- och rehabiliteringsalternativ genom utbildning av återhämtningshandledare, jobbcoacher, boendestödare med mera
- Brukarorienterad arbetsrehabilitering i samverkan med studieförbund, folkhögskolor, andra ideella organisationer, kommuner, landsting, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och andra rehabiliteringsaktörer. Exempel på verksamheter är: kom-igen-kurser, empowerment-center, arbets- och praktikförmedling, arbetskooperativ.
- Fontänenhusen är en certifierad och fungerande modell inom psykiatrisk rehabilitering. Verksamheten är en öppen dörr för människor med psykisk ohälsa. Verksamheten erbjuder övergångsarbeten som en arbetsinriktad insats. Det är ett tidsbegränsat arbete ute på den reguljära arbetsmarknaden som bygger på en överenskommelse mellan klubbhuset och arbetsgivaren. Det finns cirka elva klubbhus i Sverige.



Bestämmelser och former för samverkan och samordning

För att nödvändig samverkan ska komma till stånd har regeringen infört bestämmelser om detta i lagstiftningen för respektive huvudman.

Bestämmelserna om samverkan inkluderar skyldigheter och möjligheter att samverka på dels verksamhetsnivå, dels individnivå. På verksamhetsnivå handlar det om att samordna resurser, ansvarsområden och regelverk.

På individnivå anger bestämmelserna att insatserna ska planeras tillsammans med den enskilde och de berörda huvudmännen. Vissa bestämmelser är direkt riktade mot rehabiliteringsområdet medan andra rör samverkan mellan huvudmän i allmänhet. Även dessa bestämmelser har dock relevans för rehabiliteringsområdet. Sammantaget är lagstödet starkt för samverkan på rehabiliteringsområdet.

- I socialtjänstlagen (2001:453) finns bestämmelser om samverkan i 2 kap. 6 och 7 §, 3 kap. 5 § och 5 kap. 8 § samt 8 a §.
- I lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) finns bestämmelser i 6 §, 10 § och 15 §.

- I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finns bestämmelser i 2 a §, 2 f §, 3 § och 8 a §.
- I socialförsäkringsbalken finns bestämmelser i 29–31 kap. och 33 kap. 21–24 §§.
- När det gäller Arbetsförmedlingens verksamhet finns bestämmelser om samverkan införda i förordning (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.

I bilaga finns lagtexten angiven för ovanstående bestämmelser.

Vissa av bestämmelserna ger möjlighet till frivilliga överenskommelser om samverkan eller en mer organiserad och finansiell samordning mellan huvudmännen.

Regeringen beslutar varje år att Försäkringskassan får disponera ett antal miljoner kronor (810 mkr för 2010) för samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Medlen fördelas enligt följande:

- Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan enligt en nationell hand-

lingsplan samt försöksverksamhet med alternativa insatser för långtidssjukskrivna.

- Finansiell samordning enligt lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (2003:1210) tilldelas också medel (250 miljoner kronor för 2010).
- Dessutom tilldelas finansiell samordning mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården medel (100 miljoner kronor för 2010).

Samverkan med brukar- och anhörigorganisationer

I socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt hälso- och sjukvårdslagen anges att till socialtjänstens och landstingens uppgifter hör att samverka med organisationer som företräder personer eller deras närstående (se bilaga).

På nationell nivå samarbetar Socialstyrelsen med NSPH, och Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har samrådsmöten med handikapporganisationer och brukarråd.

På lokal/regional nivå finns ett antal nätverk för brukar- och närståendeorganisationer som är eller kan bli viktiga samarbetspartner i arbetet med att utveckla en samordnad och arbetsinriktad rehabilitering.

Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan

Utgångspunkten för samverkan mellan myndigheterna är att personen vid samma tidpunkt har olika behov av stöd i sin rehabilitering till arbete. Genom organiserad samverkan ökar möjligheterna att utnyttja den samlade kompetensen och att tillvarata kunskaper och erfarenheter från olika myndigheter och verksamheter vid planering och genomförande av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har sedan 2003 en handlingsplan om samverkan. Verksamheten ska bidra till att öka antalet som återfår arbetsförmåga och får ett arbete.

Samverkan mellan kommun och landsting

Både socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) innehåller allmänna bestämmelser om samverkan och samarbete mellan huvudmännen. Från och med 1 januari 2010 har nya bestämmelser om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning införts i båda lagarna.⁴⁰

Samverkansöverenskommelse

Den nya bestämmelsen i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen innebär att kommuner och landsting ska ingå överenskommelse

om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Det är huvudmännens ansvar att personer som får insatser av enskilda aktörer också omfattas av överenskommelserna.

Skyldigheten att ingå överenskommelser tydliggör och förstärker huvudmännens ansvar och syftar till att identifiera de områden där det är viktigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser. Detta inkluderar också rehabilitering, habilitering och hjälpmedel samt socialtjänstens stödinsatser till sysselsättning/arbete.⁴¹

Individuell plan – samordning av insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård

De nya bestämmelserna innebär också att när den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Den enskilde kan också själva ta initiativ till att en individuell plan upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Av planen ska framgå vilka insatser som behövs,

vilka insatser respektive huvudman ska svara för och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

I planen ska dessutom redovisas vilka åtgärder som vidtas av andra än kommunen och landstinget. I en enskild persons rehabiliteringsprocess kan det finnas andra viktiga aktörer än socialtjänsten och hälso- och sjukvården, till exempel Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Arbetsrehabiliterande arbetsmarknadsåtgärder är exempel på sådana insatser som ska anges i planen, förutsatt att den enskilde medger det. I socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldighet ingår att tillsammans med den enskilde och de närstående identifiera dessa aktörer, deras insatser och ge dem möjligheter att delta i planeringen. Det kan också vara fråga om icke-offentliga organ som brukarorganisationer, sociala kooperativ och liknande.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Skyldigheten att samplanera är inte begränsad till personer med stora och omfattande behov, utan gäller alltid när någon har behov av insatser från både landstinget och kommunen och dessa insatser behöver samordnas.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering⁴²

Föreskrifterna och de allmänna råden avser i första hand brukare med stora och långvariga behov av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst. De syftar till att användas för att utveckla samverkan mellan socialtjänsten och psykiatrin kring personer med långvariga och omfattande psykiska funktionsnedsättningar.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd framgår att kommuner och landsting (psykiatrin) gemensamt ska utforma rutiner för samordning av rehabiliteringsinsatser för enskilda personer med psykisk funktionsnedsättning. De personer som bedöms ha behov av samverkan ska erbjudas en namngiven person (samordningsansvarig) som får ett ansvar för den enskildes samordningsplaner. Huvuduppgiften för den samordningsansvariga är att samordna insatserna i planen i dialog med den enskilde och berörd personal/yrkesföreträdare. Det innebär bland annat att vara kontaktperson för den enskilde och hans eller hennes närstående och vara deras länk till övrig berörd personal hos de båda huvudmännen.

Frivilliga överenskommelser om samverkan inom rehabiliteringsområdet

I regeringens prop. (1996/97:63) om bl.a. samverkan⁴³ lämnades förslag till inriktningen av samverkansformer inom rehabiliteringsområdet. De

grupper som är särskilt utsatta och ofta i behov av särskilda rehabiliteringsinsatser fokuserades, till exempel *”människor med funktionshinder eller psykiska och psykosociala problem”*.

Man pekade på behovet av gemensamma verksamhetsmål för att motverka brist på samsyn och motstridiga prioriteringar och underströk att det är nödvändigt att samordna resurserna för att förbättra rehabiliteringsarbetet:

”Det finns ett behov av att mer effektivt utnyttja de samlade resurserna för att bättre kunna tillgodose enskilda människors behov av stödåtgärder.”

År 1998 infördes nya bestämmelser i socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om allmän försäkring som gav möjlighet för respektive huvudman att ingå överenskommelse om frivillig samverkan. Målgruppen var utsatta grupper bland andra personer med funktionsnedsättning, unga handikappade, psykiskt störda och personer med psykosocial ohälsa. Med stöd av dessa bestämmelser kan berörda huvudmän bygga upp gemensamma rehabiliteringsverksamheter där respektive huvudman bidrar med resurser i förhållande till sitt ansvar för insatserna.

Den finansiella samordningen

Sedan 2004 ger lagen (2003:1210) om finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet huvudmännen⁴⁴ möjlighet att samordna sina resurser

och utse en gemensam ledning. Ett samordningsförbund är en egen juridisk person med representanter från de fyra huvudmännen. Regeringen beslutar årligen om medel som får användas för samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Syftet är att förstärka de ekonomiska incitamenten för att förbättra samverkan. Målgruppen är personer som har behov av samordnade insatser eller stöd från flera aktörer. Inom ramen för Samordningsförbunden kan beslut fattas om gemensamma verksamheter som utgår från vissa grupper av medborgares behov av samordnade och arbetsinriktade rehabiliteringsinsatser.

I början på 2011 fanns 80 förbund. Totalt 195 kommuner ingår i dessa samordningsförbund. Cirka hälften av verksamheterna vänder sig till målgruppen arbetslösa, sjukskrivna och/eller personer som har ekonomiskt bistånd. Övriga verksamheter vänder sig till mer specifika målgrupper som till exempel personer med psykisk ohälsa, psykisk funktionsnedsättning, beroendeproblematik, kognitiva funktionshinder eller personer med mer komplext och långvarigt utanförskap.

I syfte att samordna och utveckla samordningen har ett Nationellt råd för förbunden inrättats. Det ska vara ett forum för gemensamma ställningstaganden i strategiska frågor och för samlade diskussioner om det gemensamma uppdraget. Det är

också ett forum där man kan söka gemensamma lösningar av olika problem och frågor. Rådet ska dessutom verka för att upprätthålla en gemensam målsättning med samverkan och bidra till en ökad kunskapsuppbyggnad inom området. Försäkringskassan har ett huvudansvar för rådet och för att alla aktörerna finns med, det vill säga Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Statens överenskommelse med kommuner och landsting om företagshälsovården

Staten satsar ett antal miljarder på att stärka företagshälsovården och förbättra den medicinska rehabiliteringen. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har nyligen undertecknat det ramavtal som ska definiera den nya företagshälsovården; hur statens och landstingens satsningar ska fördelas och vilka krav som kommer att ställas för att bedriva företagshälsovård med sjukvård.

Inom företagshälsovården ska det också finnas tillgång till rehabiliteringskoordinatorer. Koordineringen gäller i första hand åtgärder från sjukvård, arbetsplats och Försäkringskassa. Individens får därmed tillgång till en personlig koordinator som tidigt i sjukdomsförloppet kommer i kontakt med personen och dennes arbetsförhållanden och därigenom har bättre förutsättningar att bedöma individens arbetsförmåga och möjligheter att arbeta.

Litteraturlista

Regeringens propositioner och utredningar på området

- Proposition 1996/97:63. Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m., avsnitt 7.1–7.7 Rehabiliterings- och samverkansfrågor.
- Proposition 1993/94:218. Psykiskt stördas villkor, avsnitt 8.1–8.4 Rehabilitering för psykiskt störda.
- Proposition 2002/03:132. Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet .
- SOU 2006:100. Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder Kap 6 – Rehabilitering till aktivitet – meningsfull sysselsättning, rehabilitering och arbete.
- Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning. Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder.
- Rapport 2006:7 från Nationell psykiatrisamordning. Det finns mer än man tror. En kartläggning av sysselsättningsverksamheter för personer med psykiskt funktionshinder i ett antal svenska kommuner våren 2006.
- Proposition 2007/08:124. Från sjukersättning till arbete.
- Proposition 2007/08:136. En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.
- Proposition 2008/09:193. Vissa psykiatrirfrågor
- m.m., avsnitt 5. Överenskommelser om samarbete samt avsnitt 6. Individuell plan.
- Regeringens skrivelse 2008/09:185. En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.
- Populärversion av skrivelsen: En politik för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning 2008/09:185). Från ambition till handling – en politik för psykisk hälsa.
- SOU 2008:66. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder (Delbetänkande av Arbetsförmågeutredningen).
- SOU 2009:89. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/ Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga.
- Proposition 2009/10:154. Utökad finansiell samordning, m.m.

Informationsfolder

- Regeringens sjukförsäkringspolitik www.regeringen.se/social/sjukforsakring
- Effektiv väg tillbaka till arbetet (Sjukförsäkringen och Rehabiliteringskedjan).
- Arbeta eller studera med bibehållen sjukersättning (om att arbeta, studera eller engagera sig ideellt även om man har permanent sjukersättning och få bibehållen ersättning).
- Stöd för ett aktivt arbetsliv.

Statliga myndigheter

- Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen (2001). SOCSAM – försök med politisk och finansiell samordning. En slutrapport.
- Socialstyrelsen (2001). Samverkan för särskilt ut-satta – Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM.
- Socialstyrelsen (2007). Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>
- Socialstyrelsen 2007. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.
- Socialstyrelsen 2008. Samverkan i re/habilitering – en vägledning.
- Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Skolverket. Strategi för fler personer med funktionshinder i arbete. Rapport till arbetsmarknadsdepartementet februari 2008.
- Nutek maj 2008. Programförslag för fler och växande sociala företag.
- Socialstyrelsen (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.
- Socialstyrelsen (2010). På tröskeln – Daglig verksamhet med inriktning på arbete.
- Socialstyrelsen (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.
- Socialstyrelsen (2011). Det är mitt hem, vägledning boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Sveriges Kommuner och Landsting

- Sveriges Kommuner och Landsting (2007). Samverkan för bättre välfärd. En idéskrift om finansiell samordning.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2008). En-dörrin, En gemensam ingång för arbetssökande.

Övrig litteratur

- Westerhäll, L., Bergroth, A., Ekholm J. Rehabiliteringsvetenskap – Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv. Studentlitteratur 2006.
- Lundenmark, T. och Nilsson, C. Tokig på jobbet. Om psykisk hälsa och återhämtning. (Printfabriken, Karlskrona 2006).
- Gough, R. & Ganz, H. Arbetsprövning med coach. (Fokus-Rapport 2007:2) www.fokus.regionforbund.se.
- Karlsson, M. Arbetsinriktad rehabilitering vid psykiska funktionshinder (Studentlitteratur 2008).
- Toll, B. & Palmer Schale, C. En väg till återhämtning (BECA Förlag 2008).
- Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (februari 2010). Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering – En sammanställning av kunskap och erfarenheter inom området.



Bilaga

Bestämmelser om samverkan i lagstiftningen

Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska enligt sin respektive förordning med instruktion samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser.

- Arbetsförmedlingen ska enligt förordningen (2007:1030, 14 §) med instruktion för Arbetsförmedlingen samverka med Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.
- Socialstyrelsen ska enligt förordningen (2009:1243, 10 §) med instruktion för Socialstyrelsen särskilt samverka med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.
- Försäkringskassan ska enligt förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan samverka med Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.

Socialtjänstlagen (2001:453)

- **2 kap. 6 § SoL.** Kommunen får träffa överenskommelse med landstinget, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att, inom ramen för socialtjänstens uppgifter,

samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Kommunen skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelserna i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får kommunen delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

- **2 kap. 7 § SoL.** När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska framgå

- vilka insatser som behövs,
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och

- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

- **3 kap. 5 § SoL.** Socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.
- **5 kap. 8 § SoL.** Kommunen skall planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.
- **5 kap. 8 a § SoL.** Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

- **6 § LSS.** Verksamheten enligt denna lag skall vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter.
- **10 § LSS.** I samband med att en insats enligt denna lag beviljas kan den enskilde begära

att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom. I planen skall även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen skall fortlöpande och minst en gång om året omprövas.

- **15 § LSS.** Till kommunens uppgifter hör att samverka med organisationer som företräder människor med omfattande funktionshinder (punkt 7).

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

- **2 a § HSL.** Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt.
- **2 f § HSL.** När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska

ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska framgå

- vilka insatser som behövs,
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

- **3 § HSL.** Landstinget får även träffa överenskommelser med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser inom rehabiliteringsområdet.
- **8a § HSL.** Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk

funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Socialförsäkringsbalken

- **33 kap. 21§ SFB** – Sjukersättning och aktivitetsersättning. I samband med ett beslut om att bevilja en försäkrad aktivitetsersättning, ska Försäkringskassan undersöka om han eller hon under den tid ersättningen ska lämnas kan delta i aktiviteter som kan antas ha en gynnsam inverkan på hans eller hennes sjukdomstillstånd eller fysiska eller psykiska prestationsförmåga.
- **30 kap. 10 § SFB** – Rehabilitering och rehabiliteringsersättning. Försäkringskassan ska, om den försäkrade medger det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med
 - den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation,
 - hälso- och sjukvården,
 - socialtjänsten
 - Arbetsförmedlingen och,
 - andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade.

Försäkringskassan skall verka för att de organisationer och myndigheter som anges i första

stycket, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

- I **Förordningen (2009:1174)** med instruktion för Försäkringskassan anges också i 5 § att Försäkringskassan ska träffa överenskommelse med kommun, landsting eller Arbetsförmedlingen i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser på rehabiliteringsområdet samt bedriva finansiell samordning enligt lagen (2003:1210)

om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Förordning (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten

- **2 §**
Den arbetsmarknadspolitiska verksamheten ska bedrivas i samverkan med andra aktörer på arbetsmarknaden, såsom arbetsmarknadens parter, myndigheter, kommuner, enskilda företag och organisationer.

Anteckningar:



Fotnoter

- ¹ I denna skrift används både termen psykisk funktionsnedsättning och psykiskt funktionshinder. I oktober 2007 beslutade Terminologirådet vid Socialstyrelsen att revidera begreppen funktionsnedsättning och funktionshinder vilket fick till följd att termen psykisk funktionsnedsättning bör användas för att allmänt beteckna en nedsättning av en persons psykiska funktionsförmåga. I skriften används dock termen psykiskt funktionshinder när hänvisningar görs till lagstiftning eller publikationer där denna tidigare term används.
- ² Verktuget läggs ut på Socialstyrelsens hemsida under 2011.
- ³ Regeringens proposition 1993/94:218, Psykiskt stördas villkor, s. 50–56.
- ⁴ Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatireform, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1.
- ⁵ RFV ANSER 1999:9, Försäkringskassans arbete med rehabilitering av psykiskt funktionshindrade.
- ⁶ dir. 2003:133.
- ⁷ SOU 2006: 100, Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder, s. 23–24, 97–98.
- ⁸ Regeringens skrivelse 2008/09:185. En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.
- ⁹ Från ambition till handling – en politik för psykisk hälsa. Populärversion av skrivelsen 2008/09:185, s. 18.
- ¹⁰ Från ambition till handling – en politik för psykisk hälsa. Populärversion av skrivelsen 2008/09:185, s. 13–14.
- ¹¹ Diarienummer: S/2006/9394/HS (delvis)
- ¹² Diarienummer: S2006/9394/HS (delvis)
- ¹³ Nationell webbaserad kunskapsportal - Utvecklingsmöjligheter och organisation som avser webbaserad nationell kunskapsportal inom områdena psykisk ohälsa samt vård och omsorg om äldre.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18216/2011-1-2.pdf>
- ¹⁴ Regeringens proposition 1996/97:63. Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m.
- ¹⁵ Regeringens proposition 2002/03:132. Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.
- ¹⁶ Regeringens proposition 2007/08:136, En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.
- ¹⁷ Bättre samverkan. Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring, SOU 2009:49.
- ¹⁸ Rapporten finns på SoS hemsida:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18055/2010-6-8.pdf>

- ¹⁹ Gränslandet mellan sjukdom och arbete, SOU 2009:89.
- ²⁰ Diarienummer; S2007/10554/SF (delvis) och S/2006/9394/HS (delvis).
- ²¹ SOU 2006:100. Ambition och ansvar, s 92 ff.
- ²² Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1. Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform.
- ²³ SOU 2006:100 Slutbetänkandet från Nationell psykiatrisamordning. Ambition och ansvar, s. 92–95, 325–330. Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning. Vad är psykiskt funktionshinder?
- ²⁴ Definitionen har anpassats till termerna funktionsnedsättning och funktionshinder i Socialstyrelsens termbank.
- ²⁵ <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>
- ²⁶ <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>
- ²⁷ Attention Deficit Hyperactivity Disorder.
- ²⁸ *Socialstyrelsen 2010*. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.
Socialstyrelsen 2011. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.
- ²⁹ I bland annat lägesrapporten för 2008 från Socialstyrelsen.
- ³⁰ Socialstyrelsen (2009). En ny vårdform. En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård.
- ³¹ Lagrådsremiss 4 februari 2010. Personlig assistans m.m. – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet, s. 45 f.f.
- ³² Socialstyrelsen (2010). På tröskeln – Daglig verksamhet med inriktning på arbete.
- ³³ Regeringens proposition 1990/91:141 om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.
- ³⁴ Proposition 1996/97:63 Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m. och Proposition 2002/2003:2 Vissa socialförsäkringsfrågor m.m.
- ³⁵ Enligt förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.
- ³⁶ Arbetskyddsstyrelsens författningssamling, Anpassning och rehabilitering, AFS 1994:1.
- ³⁷ <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/11/40/71/49a69ea2.pdf>.
- ³⁸ Nätverket består av 13 medlemsorganisationer: Riksförbundet för Social och Mental hälsa (RSMH), Riksförbundet Attention, Schizofreniförbundet, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL),

Riksföreningen Anorexi/Bulimi-Kontakt, Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes stöd (SPES), Svenska OCD-förbundet Ananke, Sveriges Fontänhus, Ångestsyndromssällskapet (ÅSS).

Associerade medlemmar är: Föreningen Balans, Riksförbundet Föräldraföreningen mot narkotika (FMN), Kriminellas Revansch i Samhället (KRIS).

³⁹ <http://www.nsph.se/>

⁴⁰ Regeringens proposition 2008/09:193. Vissa psykiatrifrågor m.m.

⁴¹ Meddelandeblad nummer 1/2010, maj 2010. Översenskommelser om samarbete.

⁴² Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering som har reviderats (SOSFS 2008:20).

⁴³ Regeringens proposition 1996/97:63. Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m., s. 35–36.

⁴⁴ Försäkringskassan, hälso- och sjukvården, kommunen och Arbetsförmedlingen.

Anteckningar:

Gemensam publikation kring samordnade insatser för personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning

I slutbetänkandet "*Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100)*" fastslås bland annat att formerna för samordnade insatser är en framgångsfaktor i den arbetsinriktade rehabiliteringen som måste utvecklas.

År 2008 bildade Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) på initiativ av Socialstyrelsen därför en arbetsgrupp kring denna fråga.

Arbetsgruppen har i samarbete utformat ett skriftligt stöd riktad till personal och chefer hos lokala aktörer som har uppdraget att ge målgruppen relevanta åtgärder och insatser.

Skriften har som målsättning att främja utveckling av samverkan och samordnade insatser på lokal nivå. Den anger viktiga förutsättningar för den lokala samverkan och fokuserar på mer grundläggande och kritiska frågor att gemensamt diskutera och lösa.

I skriften finns även en sammanställning av respektive aktörs uppdrag med styrande lagstiftning som utgångspunkt för att utveckla verksamhetsöverskridande samarbetsformer.

 Arbetsförmedlingen

 Försäkringskassan

 Socialstyrelsen

 Sveriges
Kommuner
och Landsting