



*Sammanställning och analys av utvecklingsområden  
inom ekonomiskt bistånd*

-

**I nordvästkommunerna i Stockholms län**

**Henrik Karlsson**

**Anders Arnsvik**

Rapport 2016:2





# Innehåll

<b>Inledning .....</b>	<b>1</b>
Nordvästkommunernas arbetsmodell för Öppna jämförelser .....	1
Utvalda utvecklingsområden.....	3
Arbetsätt för klienter som har försörjningshinder på grund av ohälsa .....	3
Rutiner med barn- och ungdomsvården.....	4
<b>Statistik och forskning som berör de valda utvecklingsområdena .....</b>	<b>6</b>
Sjukskrivningar och försörjningsstöd .....	6
Rutiner, samarbete och samverkan .....	10
Rutiner .....	10
Vad är samarbete?.....	10
Vad är samverkan? .....	10
<b>Lokala kunskapssammanställningar .....</b>	<b>12</b>
Ekerö .....	12
Deskriptiv statistik över sjukskrivna biståndsmottagare .....	12
Arbetsätt och erfarenheter .....	13
Rutiner med barn- och ungdomsverksamheten .....	13
Järfälla.....	13
Deskriptiv statistik över sjukskrivna biståndsmottagare .....	13
Arbetsätt och erfarenheter .....	14
Sollentuna .....	15
Deskriptiv statistik över sjukskrivna biståndsmottagare .....	15
Arbetsätt och erfarenheter .....	16
Rutiner med barn- och ungdomsverksamheten .....	16
Solna .....	17
Deskriptiv statistik över sjukskrivna biståndsmottagare .....	17
Arbetsätt och erfarenheter .....	17
Rutiner med barn- och ungdomsverksamheten .....	18
Sundbyberg .....	19
Deskriptiv statistik över sjukskrivna biståndsmottagare .....	19
Arbetsätt och erfarenheter .....	20
Rutiner med barn- och ungdomsverksamheten .....	20
<b>Analys .....</b>	<b>21</b>
Sjukskrivningar och försörjningsstöd .....	21
Rutiner med barn- och ungdomsenheterna .....	22
<b>Referenser .....</b>	<b>23</b>

## Inledning

Socialstyrelsen har tillsammans med Sveriges kommuner och landsting (SKL) samarbetat om Öppna jämförelser inom några av socialtjänstens områden sedan år 2007. Syftet har varit att öka tillgången till jämförbar information om kvalitet, resultat och kostnader. Målet har varit att finna aktuella, lättillgängliga, tillförlitliga och ändamålsenliga jämförelser av kvalitet, resultat och effektivitet. Öppna jämförelser innehåller dock inte som sådana några analyser, utan analyser måste göras lokalt och regionalt i kommunerna. Sedan år 2012 finns Öppna jämförelser inom sju av socialtjänstens verksamhetsområden, varav FoU-Nordvästs uppdrag i första hand rör tre av dessa: missbruk- och beroendevård, barn- och ungdomsvård samt ekonomiskt bistånd.

Öppna jämförelser är ett verktyg för att analysera, följa och utveckla socialtjänstens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Den främsta målgruppen är således främst beslutsfattare och utförare. Syftet med Öppna jämförelser är att stimulera till kunskapsutveckling och främja en jämlik socialtjänst med god kvalitet. Målet är att verksamhetsförbättringarna ska komma brukarna till gagn och att den enskilde får rätt insatser utifrån sina behov.

I Öppna jämförelser kan verksamheterna jämföras på kommunal nivå utifrån indikatorer och bakgrundsfaktorer. Jämförelser kan även göras med resultaten på läns- och riksnivå. Att analysera resultaten ger beslutsfattarna och ledningen en bild av vad som kan utvecklas för att stärka verksamhetens kvalitet. Uppgifterna som presenteras i Öppna jämförelser är ett av flera sätt att belysa förutsättningar för god kvalitet inom socialtjänsten. Det är därför viktigt att resultaten bedöms och analyseras såväl lokalt som regionalt. Positiva resultat är ingen garanti för god kvalitet i det enskilda fallet och vice versa. Jämförelserna behöver således kompletteras med ytterligare underlag för att ge en heltäckande bild av verksamheternas förhållanden.

Styrgruppen har gett FoU-Nordväst i uppdrag att samordna nordvästkommunernas arbete med Öppna jämförelser. Denna rapport är en del i arbetet med ekonomiskt bistånd och är en kronologisk fortsättning på vår rapport som sammanställde nordvästkommunernas resultat i Öppna jämförelser för år 2015.

### **Nordvästkommunernas arbetsmodell för Öppna jämförelser**

Arbetsmodellen består av tre led. *Ett första led* är att kvalitetssäkra hur Socialstyrelsens enkät fylls i. Kvalitetssäkringen för år 2015 har uppnåtts genom att FoU-Nordväst lett ett gemensamt möte med ansvariga företrädare från kommunerna – vanligtvis personal med ledningsansvar som exempelvis avdelningschefer, enhetschefer eller annan personal från ledningsstaben med ansvar för att fylla i enkäten – och tillsammans med dem uppnått enighet

kring hur enkäten skulle tolkas och hur dess begrepp skulle definieras<sup>1</sup>. Detta första steg är viktigt för att uppnå ett av Öppna jämförelser viktigaste syften: nämligen jämförbara resultat, vilket kräver att enkäten fylls i enhetligt. På mötet deltog FoU-Nordvästs ansvarige för uppföljningssamordningen och kontaktpersonen för verksamhetsområdet. Utöver det deltog två representanter från Socialstyrelsen för att ge stöd och vägledning i att nå samstämmighet.

*Ett andra led* är att arbeta med kommunernas resultat i Öppna jämförelser, vilket görs i följande tre steg.

1. FoU-Nordväst sammanställer resultaten strax efter att Socialstyrelsen publicerat dem. Sammanställningen skickas ut innan resultatmötet. Kommunernas ansvar är att inför mötet läsa sammanställningen och börja formulera tänkbara utvecklingsområden.
2. FoU-Nordväst bjuder därefter in till ett möte där resultaten diskuteras utifrån sammanställningen. Deltagande vid dessa möten är avdelningschef (eller motsvarande) samt minst en person till från varje kommun. Kommunerna avgör själva vilka som ska delta. Från FoU-Nordväst deltar den anställde som har specifik kompetens inom aktuellt område och minst en av de som ansvarar för uppföljningssamordningen. Det kommer också att finnas någon från FoU-Nordväst som dokumenterar diskussionerna och de ställningstaganden som görs under mötena. Detta möte äger rum någon vecka efter att resultaten publicerats. Vid mötet identifieras minst tre utvecklingsområden som är intressanta och relevanta för samtliga kommuner strikt utifrån resultaten i Öppna jämförelser. Vid mötet formuleras de behov som ligger till grund för val av utvecklingsområden och man ställer frågan: Vad vet vi redan om dessa områden? Vad finns det för kunskap? Varje kommun tar med sig dessa frågor hem och diskuterar internt: Vad vet vi i vår kommun? Vad har vi för statistik kring detta? Vad har vi gjort för tidigare analyser? En kortare skriftlig sammanställning skickas till FoU-Nordväst senast ett bestämt datum. FoU-Nordväst gör också en sökning gällande forskning inom området och sammanställer den insamlade kunskapen. Den här rapporten sammanställer dessa resultat för att användas i nästa punkt.
3. Efter cirka en månad från det första mötet träffas man åter och diskuterar utifrån den kunskap som redovisas inom området av FoU-Nordväst och kommunerna, dvs. vad vi kan kalla den fördjupade analysen utifrån steg 2. Med detta som utgångspunkt tar kommunerna ett gemensamt ställningstagande om vilka förbättringsområden man vill arbeta med framöver. Ställningstagandet motiveras utifrån insamlade data och situationen i kommunerna. Den fördjupade analysen dokumenteras av FoU-Nordvästs i en kortare skriftlig rapport. Förslag på förbättringsområden fastslås i socialchefgruppen efter föredragning av FoU-chefen. Som underlag för socialchefernas beslut ligger den kortare skriftliga analys FoU-Nordväst skrivit. Det bör också fattas beslut om tidsplan för förbättringsarbetet och hur ansvaret fördelas

---

<sup>1</sup> Ett sådant möte för verksamhetsområdet ekonomiskt bistånd ägde rum på FoU-Nordväst 2015-04-24.

mellan kommunerna. Efter detta är det upp till varje kommun att utveckla en strategi/handlingsplan för förändringsarbetet inom den egna kommunen. Arbetet kan dock även ske gemensamt i nordvästkommunerna, ett förbättringsarbete som bedöms bäst kunna ske genom att man samverkar. FoU-Nordväst är ett stöd i den gemensamma processen med att ta fram utvecklingsområden, men kan också få uppdrag utifrån behov att belysa specifika delar av dem. Dessa uppdrag ges av socialchefsgruppen utifrån förslag från gruppen som arbetar med Öppna jämförelser.

Uppföljning av utvecklingsarbetet sker utifrån en beslutad tidsplan. FoU-Nordväst sammankallar till ett uppföljningsmöte. Det är kommunernas ansvar att bidra till att uppföljningen blir möjlig. FoU-Nordväst lägger därefter förslag till avdelningschefsgruppen kring utvärderingens innehåll och omfattning. FoU-Nordväst svarar för att dessa anvisningar skickas ut i tid till kommunerna. FoU-Nordväst sammanställer uppföljningen. Följande två punkter sammanfattar FoU-Nordvästs och kommunernas roller och ansvarsfördelning.

- **FoU-Nordväst** är behjälpliga med att bjuda in till möten, ompaketera och sammanställa resultatet från Öppna jämförelser till den regionala nivån, samla in befintliga data samt för gruppen redogöra för den kunskap som finns inom området. FoU-Nordväst är ett stöd för kommunerna genom hela processen.
- **Kommunerna** är de som äger frågan och de är ansvariga för att rätt personer deltar i processen. Kommunerna är också ansvariga för att ta fram befintliga data innan analysmötet samt att utse och fatta beslut om gemensamma utvecklingsområden. Varje kommun ansvarar för att en utvecklingsstrategi för den egna kommunen tas fram samt att utvecklingsarbetet genomförs i enlighet med beslutad plan. Kommunerna ansvarar också för att ta fram data som gör det möjligt att följa upp utvecklingsarbetet.

## Utvalda utvecklingsområden

Vid resultatmötet 2015-12-08 formulerades följande två förslag av kommunerna: arbetssätt för klienter som har försörjningshinder på grund av ohälsa och rutiner med barn- och ungdomsvården. Utvecklingsområdena beskrivs mer i detalj i de kommande två avsnitten. Kommunerna fick därefter i uppdrag att bidra med material för FoU-Nordväst att analysera (vilket har gjorts i denna rapport). I det avslutande steget överlämnas det sammanställda kunskapsunderlaget till styrgruppen (se figur 1 på nästa sida).

### *Arbetssätt för klienter som har försörjningshinder på grund av ohälsa*

Utvecklingsområdet valdes ut dels med syftet att öka kunskapen om målgruppen och dels för att sprida lyckosamma arbetssätt i nordvästkommunerna. Till det statistiska datamaterialet skulle samtliga biståndsbeslut om ekonomiskt bistånd som fattades under år 2015 med oktober som avseendemånad (några redovisade dock helåret 2015) och som var kodade med någon av SCB:s orsakskoder som avser ohälsa: 021, 022, 023, 031 och 032 (se tabell 1) redovisas.

**Tabell 1. Förteckning över orsakskoder**

SCB:s orsakskod	Innebörd
021	Sjukskriven med läkarintyg, otillräcklig ersättning

022	Sjukskriven med läkarintyg, väntar på ersättning
023	Sjukskriven med läkarintyg, ingen ersättning
031	Sjuk- eller aktivitetsersättning, otillräcklig ersättning
032	Sjuk- eller aktivitetsersättning, väntar på ersättning

---

De variabler som klienternas orsakskoder ställdes mot var kön, ålder och barn i hushållet. Utöver detta skulle följande två frågeställningar besvaras skriftligt men kortfattat:

1. Hur arbetar vi med klienter som har dessa orsakskoder?
2. Vilka erfarenheter har vi av att arbeta med nämnda klienter?

### *Rutiner med barn- och ungdomsvården*

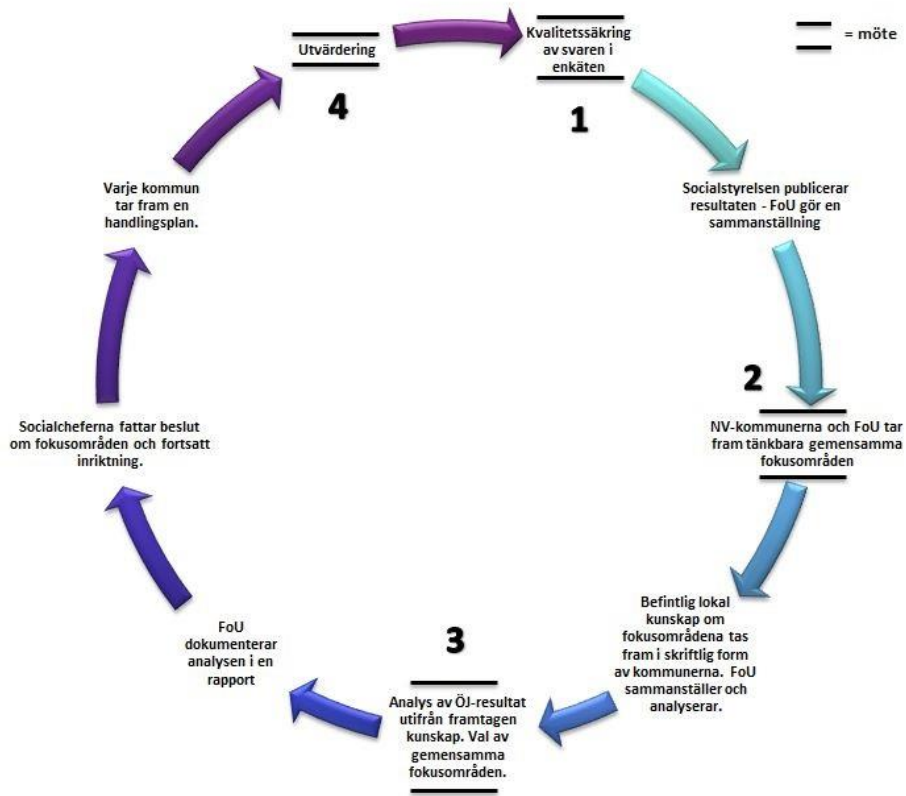
Utvecklingsområdet valdes dels för att flertalet nordvästkommuner har svarat nej på frågan om de har skriftliga rutiner med barn- och ungdomsvården och dels för att mötesdeltagarna ansåg att det var viktigt att belysa barnperspektivet inom verksamhetsområdet. Mötesdeltagarna bestämde därför att undersöka frågan närmare genom att skriftligt inventera verksamhetsområdet utifrån följande tre frågeställningar:

1. Vilka rutiner med barn- och ungdomsvården finns i nuläget? Ange antalet rutiner och beskriv dem kortfattat.
2. Vilka är erfarenheterna av de befintliga rutinerna?
3. Vilka ytterligare rutiner med barn- och ungdomsvården menar ni att verksamheten kan ha behov av?

Nedan följer en grafisk beskrivning över arbetssättet. Denna rapport är således resultatet av punkten precis innan det tredje steget.

### **Figur 1. Grafisk modell över nordvästkommunernas arbete med Öppna jämförelser**

---





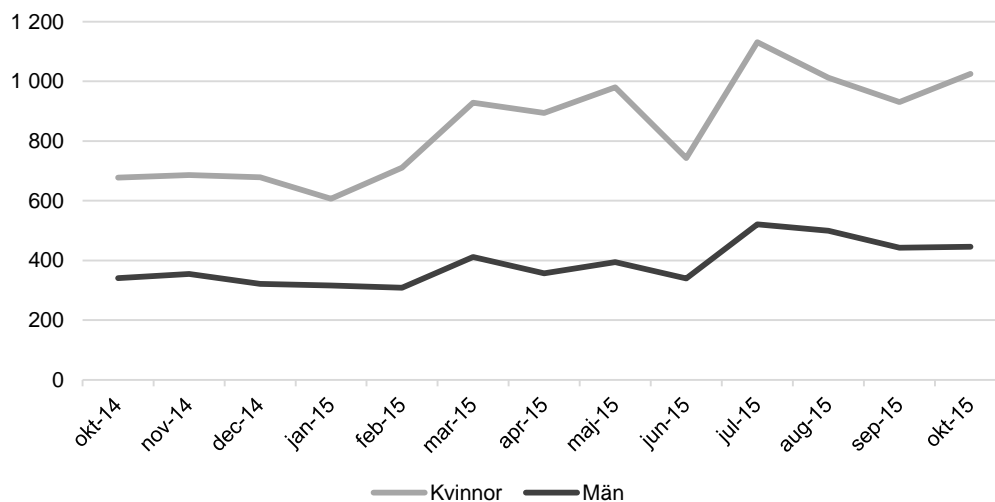
# Statistik och forskning som berör de valda utvecklingsområdena

## Sjukskrivningar och försörjningsstöd

Det kommunala försörjningsstödet är samhällets yttersta ekonomiska skyddsnet och kan därför påverkas direkt av att staten genomför förändringar i socialförsäkringssystemet. I mitten av 90-talet genomfördes exempelvis flera förändringar och försörjningsstödet ökade med cirka 1,1 miljarder, varav 79 % kunde hänföras till försäkringsförändringarna (Salonen, 1997). Under 2000-talet gjordes ytterligare förändringar som Hägglund och Skogman Thoursie (2010) förtjänstfullt redogjort för i en rapport till Finanspolitiska rådet. Men den förändring som kanske mer påtagligt än andra påverkade kommunerna var den som genomfördes den första juli år 2008. Då infördes dels en bortre tidsgräns i sjukförsäkringen och dels slopades den tillfälliga sjukersättningen. Enligt Försäkringskassans statistik<sup>2</sup> lämnade vid årsskiftet 2009/2010 cirka 14.000 personer sjukförsäkringen och tom. oktober 2010 hade ytterligare cirka 93.000 lämnat. Socialdepartementet noterade nyligen att Försäkringskassan särskilt följt upp årsskiftesgruppen 2009/2010 och konstaterade att de, jämfört med andra grupper som lämnat försäkringen, var nästan dubbelt så ofta beroende av försörjningsstöd (Ds 2015:17, s. 15; Försäkringskassan, 2014, s. 45-48). Nedan följer fyra linjediagram baserade på statistik från Försäkringskassan. Det första över antalet personer som lämnat sjukförsäkringen som konsekvens av att de uppnått tidsgränsen under perioden oktober 2014 tom. oktober 2015. Sedan årsskiftet 2009/2010 har antalet som lämnat försäkringen varit förhållandevis stabilt över tid, men i linjediagrammet noteras en viss ökning av antalet kvinnor på senare tid.

### Linjediagram 1. Antalet som lämnat sjukförsäkringen, oktober 2014 till oktober 2015

Linjediagrammet avser det totala antalet män och kvinnor i hela riket som lämnat sjukförsäkringen efter att antingen ha fått sjukpenning på fortsättningsnivå eller tidsbegränsad sjukersättning

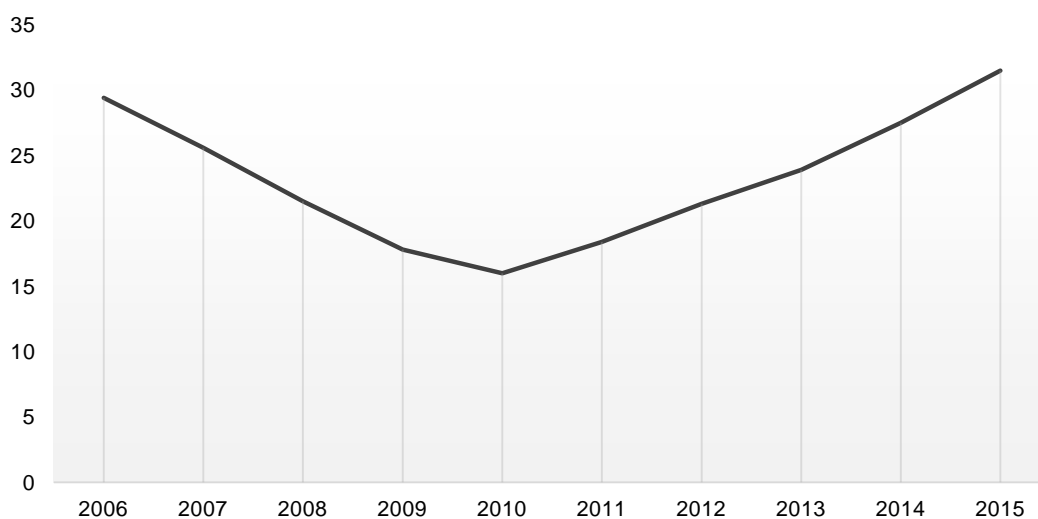


<sup>2</sup> Statistik från Försäkringskassan finns på deras [hemsida](#).

Även om den nuvarande regeringen aviserat nya förändringar i sjukförsäkringen, nämligen att den yttre tidsgränsen slopas<sup>3</sup>, kan det vara av intresse att studera hur statens kostnader för sjukpenning utvecklats över tid för att bilda sig en uppfattning över dåtiden och nuläget, som i sin tur kan påverka kommunerna. Även fortsättningsvis kommer ju Försäkringskassan i vissa fall bedöma att den försäkrade saknar rätt till sjukpenning. Av linjediagram 2 framgår hur statens kostnader för sjukpenning varierat från år 2006 tom. år 2015.

**Linjediagram 2. Årsvisa utbetalningar av sjukpenning, år 2006 till år 2015**

*Beloppet anges i miljarder kronor per år och avser hela rikets utbetalningar*



När det gäller vad som driver variationer i antalet sjukskrivningar över tid är frågan komplex och det saknas utrymme för att reda ut det här<sup>4</sup>. Det är dock tydligt att utbetalningarna når sin botten efter regeringens förändringar vid årsskiftet 2009/2010, men därefter har statens kostnader ökat betydligt igen efter år 2010, trots att försäkringen då fått en bortre tidsgräns. Hur detta kommer att påverka kommunerna framöver är dock svårt att sia om. Visserligen kommer inflödet av sjukskrivna klienter som uppnått försäkringens bortre tidsgräns nu att upphöra, å andra sidan finns det andra faktorer som kan påverka att någon nekas sjukpenning, exempelvis Försäkringskassans riktlinjer för hur medicinska underlag ska bedömas. För kommunens del kan dock sägas att ju fler personer som ingår i sjukförsäkringen, ju större blir sannolikheten att ett större antal personer än annars söker ekonomiskt bistånd som sjukskrivna. I dagsläget är det i detta sammanhang helt klart fler personer totalt i sjukförsäkringssystemet än för fem år sedan.

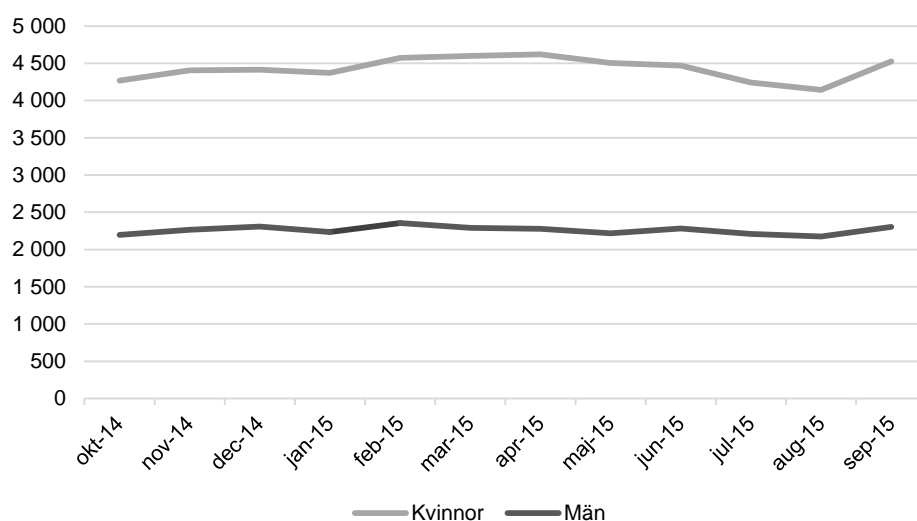
Det kan dock hur som helst vara intressant att närmare studera sjukskrivningsfrekvenserna mer specifikt i nordvästkommunerna. I linjediagram 3 framkommer att de pågående sjukfallen i nordvästkommunerna hållit sig på en stabil nivå sedan i oktober 2014.

<sup>3</sup> Försäkringskassan skriver om förändringen [här](#).

<sup>4</sup> För den intresserade har dock Försäkringskassan på uppdrag av regeringen analyserat den saken närmare [här](#).

### Linjediagram 3. Antal sjukfall i nordvästkommunerna, oktober 2014 till oktober 2015

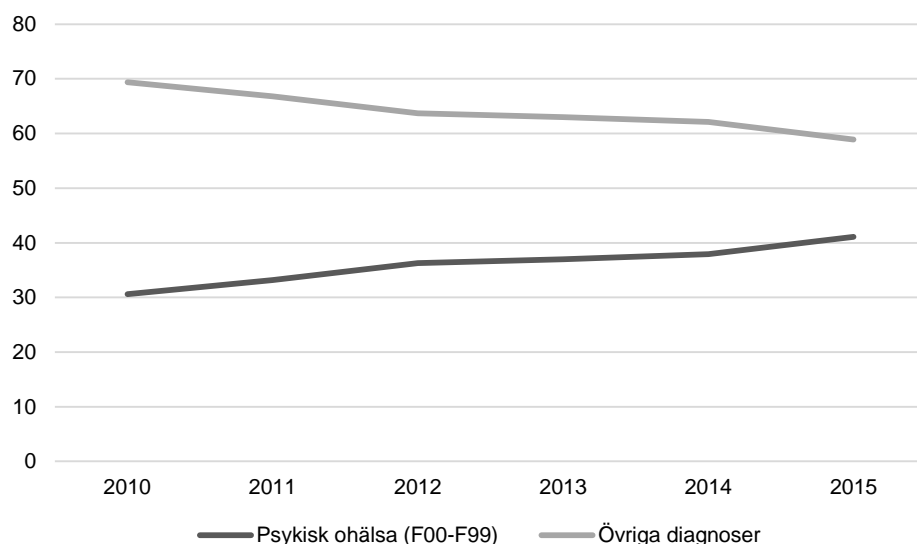
Det sammanlagda antalet pågående sjukfall månadsvis i Ekerö, Järfälla, Solna, Sollentuna, Sigtuna, Sundbyberg, Upplands-Bro och Upplands Väsby



För nordvästkommunernas del finns det dock en svagare uppgång från och med hösten år 2015, särskilt för kvinnor. På kommunnivå finns ingen statistik över vilka sjukskrivningsdiagnoserna är, men det finns på länsnivå och redovisas i linjediagram 4.

### Linjediagram 4. Psykisk ohälsas andel av sjukskrivningsdiagnoserna, år 2010 till 2015

Siffrorna avser sjukskrivningar i Stockholms län under kvartal 3 för respektive år

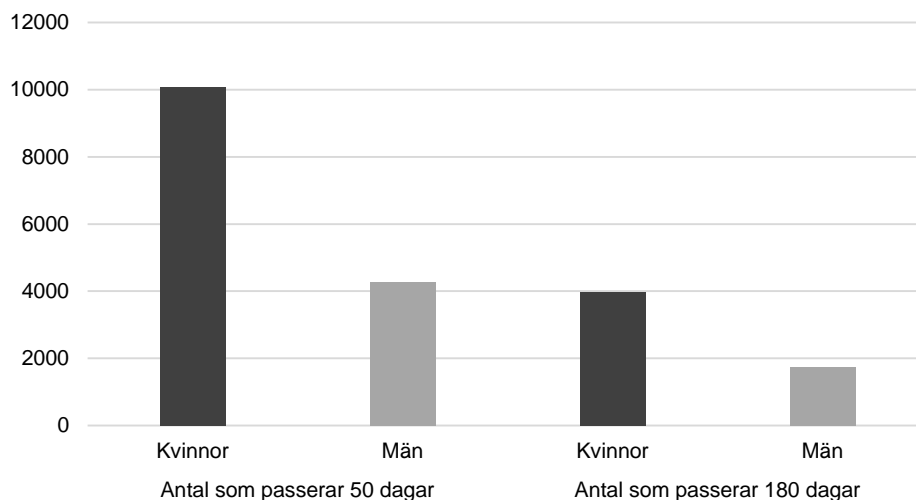


Av linjediagrammet framgår att andelen sjukskrivna för psykisk ohälsa ökat kraftigt sedan år 2010, kvinnorna står för den största delen. Under det tredje kvartalet var det totalt 15400 personer som var sjukskrivna med denna diagnos, varav cirka 11000 (71 %) var kvinnor. Av värde för kommunerna är därför att få en bild av hur många av dessa som är sjukskrivna under längre perioder. Försäkringskassan har viss statistik om detta, vilket redovisas i stapeldiagram

1. En betydande andel av de kvinnor som sjukskrivits för psykisk ohälsa passerar dock inte 180 dagar, vilket naturligtvis är positivt (även utifrån kommunens perspektiv).

**Stapeldiagram 1. Antalet anställda kvinnor respektive män som passerar 50 respektive 180 dagars sjukskrivning för psykisk ohälsa (F00-F99)<sup>5</sup>**

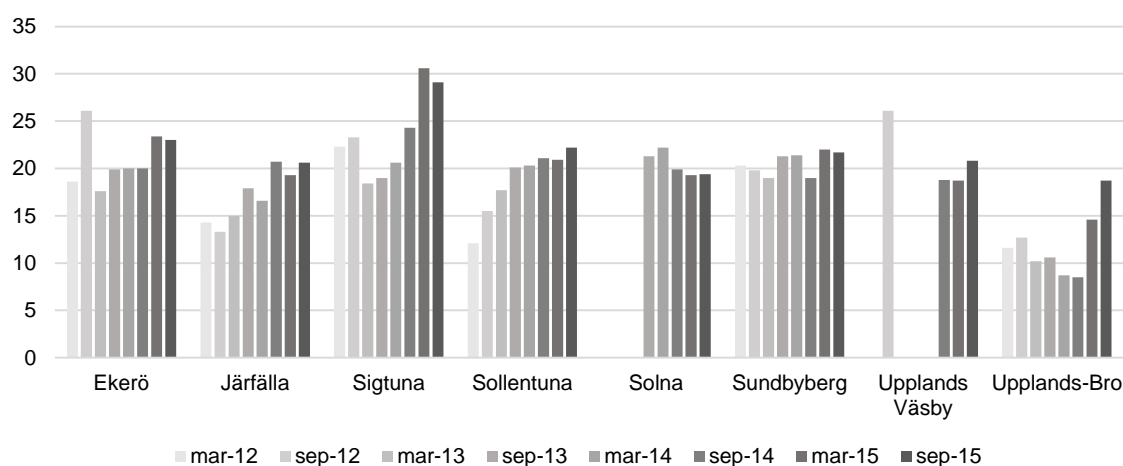
*Siffrorna utgörs av Försäkringskassans registerdata och avser hela riket*



Avslutningsvis är det av värde att studera hur andelen sjukskrivna försörjningsstödmottagare med läkarintyg utvecklats inom nordvästkommunerna under åren. Socialstyrelsens statistik<sup>6</sup> om detta redovisas nedan i stapeldiagram 1.

**Stapeldiagram 1. Andel sjukskrivna försörjningsstödmottagare i nordvästkommunerna, mars 2012 till september 2015**

*Andelen (%) sjukskrivna försörjningsstödmottagare månadsvis i Ekerö, Järfälla, Solna, Sollentuna, Sigtuna, Sundbyberg, Upplands-Bro och Upplands Väsby*



<sup>5</sup> Se på sidan 17 i [den](#) socialförsäkringsrapport.

<sup>6</sup> Socialstyrelsens månadsstatistik om ekonomiskt bistånd finns på följande [länk](#).

I diagrammet framgår att andelen försörjningsstödmottagare med sjukintyg ökat i de flesta kommuner sedan år 2012 tom. år 2015. En viss minskning syns dock i Solna, medan en betydande ökning skett i Sigtuna. Överlag har dock andelen av dessa klienter ökat i nordvästkommunerna. Med tanke på att det totala antalet personer i sjukförsäkringen ökar, kan det inte uteslutas att det i förlängningen genererar ytterligare biståndssökande till kommunens försörjningsstödsenheter.

## **Rutiner, samarbete och samverkan**

### *Rutiner*

Andra ord för rutin är färdighet, skicklighet, vana eller erfarenhet. Omsatt till arbetet inom en organisation med olika enheter, exempelvis Individ- och familjeomsorgen (IFO), är rutiner instruktioner eller strukturer för samarbete. Dessa kan vara oskrivna eller dokumenterade. Oavsett vilket kan samarbetet inom en organisation fungera. Det synes dock som att rutiner inom enheter eller mellan enheter och organisationer inte utforskats i någon större utsträckning. Däremot har begreppen samarbete och samverkan undersökts mer specifikt och i betydligt större omfattning. Rutiner mellan enheter är exempelvis en form av formaliserat samarbete.

### *Vad är samarbete?*

Samarbete betecknar vad som sker mellan människor när de gör något tillsammans. Det är en naturlig del av vardagen och sker mellan personer och funktioner inom en organisation men också mellan personal som ingår i andra organisationer. Utmärkande är att det sker spontant eller sporadiskt. Det kan även uppstå samarbetsproblem om personalgrupper från olika aktörer delar lokaler. Det är därför väsentligt att särskilja begreppen samarbete och samverkan eftersom de har skilda innebörder.

### *Vad är samverkan?*

Inledningsvis är det viktigt att framhålla att samverkan mellan organisationer är mer formellt beslutat (Augustinsson, 2010; Danermark, 2003) och är således något annat än samarbete. Samverkansbegreppet är mångtydigt och komplext och det är svårt att finna en avgränsad definition (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007; Eliasson, 2009). En viktig utgångspunkt för att fastställa vad samverkan är för något är dock att all samverkan har ett objekt: man samverkar alltid om något. Danermark (2003) har definierat det som medvetna och målinriktade handlingar som utförs tillsammans med andra, i en klart avgränsad grupp avseende ett bestämt problem och syfte. Men här det kan uppstå problem om man inte har klart för sig att samverkan också ställer krav på verksamheter i form av planering och ledning (Danermark, 2003).

Ett första steg är att identifiera skillnaderna mellan olika huvudmän/olika enheter inom samma organisation. Mer konkret innebär det att i samverkansgrupper identifiera skillnaderna i *synsätt*, *organisation* och *regelverk* (Danermark & Germundsson, 2007). I figur 1 förklaras innebörden i dessa begrepp och dimensioner eftersom dessa måste bli tydliga för alla samarbetande parter. Inom figurens tre dimensioner finns samverkans viktigaste betingelser. Modellen illustrerar på ett tydligt sätt viktiga omständigheter som är nödvändiga

att undersöka och klargöra när två eller flera organisationer eller enheter med skilda uppdrag beslutat sig för att samverka. Om dessa förhållanden inte synliggörs är risken stor att samverkansambitionerna går i stå. Exempelvis kan missförstånd mellan olika huvudmän bero på att man inte har kunskap om varandras kompetenser, referensramar och prioriteringar (Germundsson, 2011).

**Figur 2. Samverkans tre dimensioner och begreppsförklaringar**

<i>Synsätt</i>	<i>Organisation</i>	<i>Regelverk</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Att det bakom vårt handlande finns en rad antaganden om verkligheten</li> <li>- Att människan är en helhet och i arbetet med människor möts flera olika synsätt</li> <li>- Att det är viktigt att synsätten klargörs och diskuteras</li> <li>- Det ligger i sakens natur att synsätten skiljer sig åt</li> <li>- Att visa respekt och lära av varandras synsätt</li> <li>- Att tänka på hur man talar, språket kan utestänga och trycka ned</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Att klargöra de organisatoriska strukturerna de inblandade i samverkan kommer från</li> <li>- Att reda ut var det beslutas och vem som har rätt att besluta om vad</li> <li>- Att delegera de beslut som går och som är lämpliga att delegera</li> <li>- Att ge klara beslutsmandat och erforderliga resurser</li> <li>- Att redogöra för skillnader i den politiska styrningen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Att regelsystem ibland ger en eller flera av de inblandade i samverkan stor makt över besluten</li> <li>- Att denna makt ibland kan missbrukas</li> <li>- Att det i ett tidigt skede är viktigt att gå igenom de skillnader som finns i formella och informella regelverk</li> </ul>

En aspekt av samverkan är att kunskap om varandra i samverkanssituationer hänger samman med begreppet tillit (alternativt förtroende för varandra). Tillit utvecklas om personal i en samverkansprocess mellan olika huvudmän och/eller enheter får tid för erfarenhetsutbyte. Mötet och dialogen är kunskapsutbytetets förutsättning (Germundsson, 2011). På det nationella planet har exempelvis de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården en tydlig samverkansambition. Riktlinjerna som sammanställts av Socialstyrelsen är ett gemensamt vägledningsdokument för den landstingsdrivna beroendevården och kommunernas missbruksvård. I dokumentet tydliggörs rollerna, det vill säga vilken huvudman som ansvarar för vilket område. Men trots skärpningarna som formulerats i lagstiftningen, riktlinjer och policydokument uppstår det återkommande problem. Oftast uppstår bekymmer kring personer med sammansatta sociala, psykiatriska och medicinska besvär. Komplexiteten i den enskildes problembild ställer ofta till det i samarbetet kanske just på grund av att problemen inte är avgränsade utan sammansatta. Oftast behövs gemensamma och samtidiga insatser. Det är i dessa situationer som samverkan mellan organisationerna och enheterna ställs på sin spets. Det är också i det här sammanhanget som de olika professionernas gränser utmanas, så även tilliten till varandra.

# Lokala kunskapssammanställningar

Underlaget till den här rapporten baseras på det material som FoU-Nordväst fått från fem nordvästkommuner: Ekerö, Järfälla, Sollentuna, Solna och Sundbyberg.

## Ekerö

### Deskriptiv statistik över sjukskrivna biståndsmottagare

**Tabell 2. Klienter och orsakskoder**

	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	7	14 %
022	1	2 %
023	23	46 %
031	18	36 %
032	1	2 %
<i>Totalt</i>	50	100 %

**Tabell 3. Klienter och orsakskoder efter kön**

	<i>Män</i>		<i>Kvinnor</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	3	16 %	4	13 %
022	0	-	1	3 %
023	11	58 %	12	39 %
031	5	26 %	13	42 %
032	0	-	1	3 %
<i>Totalt</i>	19	100 %	31	100 %

**Tabell 4. Klienter och orsakskoder efter ålder**

	<i>Yngre än 29 år</i>		<i>29 år eller äldre</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	0	-	7	15 %
022	0	-	1	2 %
023	2	67 %	21	45 %
031	0	-	18	38 %
032	1	33%	0	-
<i>Totalt</i>	3	100 %	47	100 %

**Tabell 5. Klienter och orsakskoder efter om barn finns i hushållet**

	<i>Utan barn</i>		<i>Med barn</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	4	11 %	3	23 %
022	0	-	1	8 %
023	16	43 %	7	54 %
031	16	43 %	2	15 %
032	1	3 %	0	-
<i>Totalt</i>	37	100 %	13	100 %

I Ekerö är den största gruppen de sjukskrivna som saknar sjukpenning (023). Nästan lika stor är gruppen med otillräcklig sjuk- eller aktivitetsersättning (031). När det gäller de sjukskrivna utan sjukpenning är könsfördelningen jämn, de klart flesta är äldre än 29 år och de flesta av dem har inte barn.

### *Arbetsätt och erfarenheter*

I Ekerö präglas situationen för klientgruppen dels av att det i kommunen endast finns ett bostadsbolag och dels att många klienter äger eller hyr småhus, ofta med kallhyra. Att utveckla nya arbetsätt för att öka självförsörjningsgraden har försvårats av att de statliga myndigheterna inte är representerade i Ekerö, varvid samverkansarbetet med Försäkringskassan blivit lidande. Framöver kommer dock kommunen att inrätta en ny arbetsmarknadsenhet under utbildningsnämnden, vilket förhoppningsvis leder fram till nya samverkansmöjligheter. Under tiden har man satsat på att en konsultläkare håller en endagsutbildning för socialsekreterarna med syftet att underlätta deras kommunikation med landstingets sjukskrivande läkare och Försäkringskassans förtroendeläkare.

### *Rutiner med barn- och ungdomsverksamheten*

Försörjningsstödsenheten i Ekerö har inga aktuella skriftliga rutiner med barn och ungdomsenheten. Att anmäla barn som far illa är något som ingår i yrkesrollen och behöver således inte någon särskild rutin. Som i andra kommuner får familjer som riskerar vräkning ett brev från socialtjänsten med information om vad de kan ansöka om. När familjer är vräkningshotade jobbar man generellt sätt rätt intensivt med dem för att lösa situationen. Under åren 2014 och 2015 har det inte förekommit att barnfamiljer vräks.

När det förekommer relationsvåld har alltid vuxenenheten och barn och ungdomsenheten kontakt med varandra. Vuxenenheten kan erbjuda kvinnor och eventuella barn akutlägenheter under en kortare period, dock max 3 månader. Om Kriscentrum kopplas in delar enheterna upp kostnaderna. Ekerö uppger sig behöva:

1. En rutin som gäller intern samordning med barn och ungdomsenheten.
2. En rutin som gäller när klienterna övergår från barn och ungdomsenheten till vuxenenheten, exempelvis för ärenden där en person har haft en långvarig placering i hem eller institution.

## **Järfälla**

### *Deskriptiv statistik över sjukskrivna biståndsmottagare*

**Tabell 6. Klienter och orsakskoder**

	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	9	4 %
022	1	>1 %
023	159	71 %
031	50	22 %
032	4	2 %
<i>Totalt</i>	223	100 %



**Tabell 7. Klienter och orsaks-koder efter kön**

	<i>Män</i>		<i>Kvinnor</i>	
	Antal	Andelar	Antal	Andelar
021	4	4 %	5	4 %
022	1	1 %	0	-
023	71	72 %	88	70 %
031	19	19 %	31	25 %
032	3	3 %	1	1 %
<i>Totalt</i>	98	100 %	125	100 %

**Tabell 8. Klienter och orsaks-koder efter ålder**

	<i>Yngre än 29 år</i>		<i>29 år eller äldre</i>	
	Antal	Andelar	Antal	Andelar
021	1	1 %	8	5 %
022	0	-	1	1 %
023	65	93 %	94	61 %
031	2	3 %	48	31 %
032	2	3 %	2	1 %
<i>Totalt</i>	70	100 %	153	100 %

**Tabell 9. Klienter och orsaks-koder efter om barn finns i hushållet**

	<i>Utan barn</i>		<i>Med barn</i>	
	Antal	Andelar	Antal	Andelar
021	5	3 %	4	7 %
022	1	1 %	0	-
023	118	71 %	41	73 %
031	39	23 %	11	20 %
032	4	2 %	0	-
<i>Totalt</i>	167	100 %	56	100 %

I Järfälla är den klart största gruppen de som är sjukskrivna, men saknar sjukpenning (023). Inom den gruppen är det något fler kvinnor än män, de flesta är äldre än 29 år och de flesta har inte barn. Det kan dock noteras att bland de som är yngre än 29 år är de allra flesta (93 %) sjukskrivna utan sjukpenning.

### *Arbetsätt och erfarenheter*

Om rätten till sjukpenning upphört till följd av att försäkringsperioden löpt ut, men en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) finns kvar, ställs kravet att klienten tar kontakt med Arbetsförmedlingen och börjar planera för en arbetslivsinriktad rehabilitering. Socialsekreteraren följer upp och bevakar ärendet under tiden som arbetsförmågan utreds. Saknas arbetsförmåga ska personen återgå till socialförsäkringssystemet.

Om klienten saknar SGI och sjukskrivningen pågått under en längre tid skickar socialsekreteraren en rehabiliteringsförfrågan till ansvarig läkare. Svaret på denna förfrågan följs upp. Det finns också möjlighet att ta upp ärendet i den så kallade JAF-gruppen där kommunen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och landstinget är representerade. Syftet med gruppen är att samordna insatserna kring den aktuella klienten. I vissa fall kan det bli aktuellt att hjälpa klienten med att ansöka om sjukersättning.

I Järfälla har man också noterat ett ökande antal klienter som kommer från andra länder som är sjuka, både fysisk och psykiskt, redan innan ankomsten till Sverige. Den gruppen saknar rätt till ersättning från socialförsäkringen och de få som har det får ersättning på en mycket låg nivå, varvid de dessvärre blir långvarigt bidragsberoende.

## Sollentuna

*Deskriptiv statistik över sjukskrivna biståndsmottagare*

Sollentunas siffror avser helåret 2015.

**Tabell 10. Klienter och orsakskoder**

	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	23	7 %
022	18	6 %
023	201	62 %
031	59	18 %
032	23	7 %
<i>Totalt</i>	324	100 %

**Tabell 11. Klienter och orsakskoder efter kön**

	<i>Män</i>		<i>Kvinnor</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	9	7 %	14	7 %
022	8	6 %	10	5 %
023	81	60 %	120	63 %
031	24	18 %	35	19 %
032	13	10 %	10	5 %
<i>Totalt</i>	135	100 %	189	100 %

**Tabell 12. Klienter och orsakskoder efter ålder**

	<i>Yngre än 29 år</i>		<i>29 år eller äldre</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	2	4 %	21	8 %
022	7	13 %	11	4 %
023	29	55 %	172	63 %
031	7	13 %	52	19 %
032	8	15 %	15	6 %
<i>Totalt</i>	53	100 %	271	100 %

**Tabell 13. Klienter och orsakskoder efter om barn finns i hushållet**

	<i>Utan barn</i>		<i>Med barn</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	16	7 %	7	8 %
022	4	2 %	14	17 %
023	150	62 %	51	61 %
031	50	21 %	9	11 %
032	21	9 %	2	2 %
<i>Totalt</i>	241	100 %	83	100 %

Den största gruppen i Sollentuna är sjukskrivna som saknar sjukpenning (023). Antalet kvinnor inom gruppen är fler än männen, de klart flesta är äldre än 29 år och de flesta av dem har inte barn.

### *Arbetsätt och erfarenheter*

Socialsekreterarna kontrollerar klienternas läkarintyg och använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd för att få vägledning i hur långa sjukskrivningstider som är rimliga. Socialsekreterarna planerar så fort som möjligt in arbetsträning för klienten, antingen med Arbetsförmedlingen eller med kommunens arbetsmarknadsenhet.

Enheten för ekonomiskt bistånd och integration är organiserad efter en funktionsindelning, vilket innebär att arbetet med sjukskrivna huvudsakligen utförs av två handläggare. Syftet är att förenkla samarbetet med externa aktörer och bygga upp en intern spetskompetens. Utöver det har handläggarna tillgång till en rådgivande läkare som är kunnig i både Försäkringskassans regelverk och Arbetsförmedlingens insatser. Läkaren kan träffa klienter, rådgöra med handläggarna, ta del av klienternas dokumentation och avgöra om det finns underlag för en ansökan om sjukersättning eller om planeringen ska vara arbetslivsinriktad. Den rådgivande läkaren kommer också att utbilda arbetsmarknadsenhetens personal i att skriva intyg och liknande för att de ska kunna vara ett stöd vid en eventuell ansökan om sjukersättning.

### *Rutiner med barn- och ungdomsverksamheten*

Socialkontoret har en skriftlig rutin för samverkan mellan vuxenenheten och barn- och ungdomsenheten både när det gäller nya och pågående ärenden. Vidare har socialkontoret en särskild rutin med barn- och ungdomsenheten för överföring av ungdomar till ekonomiskt bistånd där deras föräldrar inte bedöms kunna ta sitt försörjningsansvar. Socialkontoret har även tagit fram enkla regler för samverkan i de komplexa ärenden som kräver kontakter med flera enheter inom socialkontoret. Detta då det kan vara svårt att skapa fungerande rutiner när det handlar om komplexa problem som ofta kräver flexibla lösningar.

Erfarenheten hittills är att rutinerna oftast fungerar väl och har en god förankring hos personalen. Det händer dock emellanåt att samverkan inte fungerar optimalt, oftast i de mest komplexa ärendena. De enklare reglerna som socialkontoret tagit fram ska därför ses som ett försök att ge personalen ett tydligt förhållningssätt kring samverkan.

Socialkontoret har också analyserat vilka av de interna processerna som är enkla respektive komplexa. Utifrån det har man därefter avgjort vilka som är lämpligt att ha rutiner kring och inte. I dagsläget finns en pågående översyn kring rutinerna på socialkontoret. Syftet är att undersöka om det finns rutiner som överlappar varandra och om rutinerna är ändamålsenliga.

## Solna

### Deskriptiv statistik över sjukskrivna biståndsmottagare

**Tabell 14. Klienter och orsakskoder**

	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	3	5 %
022	1	2 %
023	45	68 %
031	12	18 %
032	5	8 %
<i>Totalt</i>	66	100 %

**Tabell 15. Klienter och orsakskoder efter kön**

	<i>Män</i>		<i>Kvinnor</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	1	3 %	2	6 %
022	1	3 %	0	-
023	22	73 %	23	64 %
031	4	13 %	8	22 %
032	2	7 %	3	8 %
<i>Totalt</i>	30	100 %	36	100 %

**Tabell 16. Klienter och orsakskoder efter ålder**

	<i>Yngre än 29 år</i>		<i>29 år eller äldre</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	0	-	3	6 %
022	1	8 %	0	-
023	10	77 %	35	66 %
031	1	8 %	11	21 %
032	1	8 %	4	8 %
<i>Totalt</i>	13	100 %	53	100 %

**Tabell 17. Klienter och orsakskoder efter om barn finns i hushållet**

	<i>Utan barn</i>		<i>Med barn</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	0	-	3	15 %
022	1	2 %	0	-
023	34	74 %	11	55 %
031	6	13 %	6	30 %
032	5	11 %	0	0 %
<i>Totalt</i>	46	100 %	20	100 %

Även i Solna är den största gruppen de som är sjukskrivna utan sjukpenning (023). Inom gruppen är könsfördelningen jämn, de klart flesta är äldre än 29 år och de flesta av dem har inte barn.

### *Arbetsätt och erfarenheter*

Det praktiska arbetssättet inriktar sig på de som är sjukskrivna men saknar rätt till sjukpenning (0-klassade). Huvudfrågan är på vilket sätt sjukdomen inverkar på arbetsförmågan. Därför har man aktivt arbetat med att socialsekreterarna ska ha kompetens att dels granska sjukintyg med hjälp av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och

dels samverka med den sjukskrivande läkaren om en rehabiliteringsplan. En frågeställning för socialsekreteraren kan exempelvis vara om en sjukskrivningsperiod som avser en viss ICD-kod<sup>7</sup> överskrider den som Socialstyrelsen bedömt vara rimlig. Socialsekreterarna har också tillgång till en konsultläkare två dagar per månad. Konsultläkarens arbetsuppgifter är att utbilda socialsekreterarna, hjälpa dem med att tolka sjukintyg och i vissa fall ta fram underlag för en ansökan om sjukersättning.

Utöver det ovanstående finns ett socialsekreterarteam, kallat Rehabteamet, som tar hand om rehabiliteringsprocessen i långvariga och komplicerade ärenden (de handlägger således inte försörjningsstödsansökningarna). Arbetsträning och arbetsförmågebedömning finns tillgängligt genom Arbetsmarknadsgruppen. I särskilda fall kan arbetsförmågebedömningar köpas externt.

Erfarenheterna hittills har varit positiva i så måtto att vissa får sjuk- eller aktivitetsersättning och andra får OSA-anställningar<sup>8</sup>. Rehabteamet och konsultläkaren har varit viktiga bollplank för socialsekreterarna.

#### *Rutiner med barn- och ungdomsverksamheten*

Ett arbetssätt och en rutin är etablerad mellan enheterna, men har inte nedtecknats skriftligt. Om en familj är bostadslös, är i en akut situation eller om en familj återförenas, är alltid personal från barn- och ungdomsenhetens mottagningsgrupp med vid ett besök. Syftet är att belysa föräldraansvaret och vikten av en lösning för barnets bästa.

Om någon är orolig för ett barn eller en ungdom konsulteras alltid mottagningen på barn- och ungdomsenheten. Om familjen redan har handläggare kontaktas den handläggaren direkt.

En särskild rutin finns för ungdomar som tidigare varit placerade och behöver försörjningsstöd när de ska slussas vidare till exempelvis en träningslägenhet. Redan i ett tidigt skede får ungdomen ett gemensamt möte med socialsekreterarna på barn- och ungdomsenheten och försörjningsstödsenheten i syfte att få information om försörjningsstödet regler och krav.

Kommunens erfarenhet av rutinerna och arbetssätten är hittills goda. Det viktiga är att dialogen mellan handläggarna handlar om att uppnå en samsyn och skapa tillfällen för att lära känna, informera och diskutera. Riktlinjer och rutiner för försörjningsstödsenheten håller för närvarande på att ses över. Reviderade riktlinjer kommer att antas under våren, i vilka ett barnperspektiv kommer att betonas.

---

<sup>7</sup> En förteckning över Socialstyrelsens ICD-koder finns [här](#).

<sup>8</sup> Arbetsförmedlingens beskrivning av OSA-anställningar finns [här](#).

# Sundbyberg

## Deskriptiv statistik över sjukskrivna biståndsmottagare

**Tabell 18. Klienter och orsaks-koder**

	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	28	9 %
022	4	1 %
023	218	67 %
031	58	18 %
032	15	5 %
<i>Totalt</i>	323	100 %

**Tabell 19. Klienter och orsaks-koder efter kön\***

	<i>Män</i>		<i>Kvinnor</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	7	9 %	12	14 %
022	1	1 %	1	1 %
023	52	67 %	55	63 %
031	14	18 %	14	16 %
032	4	5 %	5	6 %
<i>Totalt</i>	78	100 %	87	100 %

\* Tabellen avser endast antalet unika ärenden

**Tabell 20. Klienter och orsaks-koder efter ålder**

	<i>Yngre än 29 år</i>		<i>29 år eller äldre</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021	1	4 %	18	7 %
022	0	-	2	1 %
023*	23	96 %	195	77 %
031	0	-	28	11 %
032	0	-	9	4 %
<i>Totalt</i>	24	100 %	252	100 %

\* 023 avser samtliga ärenden (218 totalt)

**Tabell 21. Klienter och orsaks-koder efter om barn finns i hushållet**

	<i>Utan barn</i>		<i>Med barn</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>	<i>Antal</i>	<i>Andelar</i>
021*	19	10 %	9	10 %
022	2	1 %	0	-
023*	138	72 %	80	86 %
031	25	13 %	3	3 %
032	8	4 %	1	1 %
<i>Totalt</i>	192	100 %	93	100 %

\* 021 och 023 avser samtliga ärenden (28 respektive 218 totalt)

I Sundbyberg är den största gruppen de som är sjukskrivna utan sjukpenning (023). Antalet kvinnor inom gruppen är ungefär lika stort som männen, de klart flesta är äldre än 29 år och de flesta av dem har inte barn.

### *Arbetsätt och erfarenheter*

Sundbyberg har sedan år 2007 arbetat med Instrument X<sup>9</sup> och försökt att integrera det i arbetet med sjukskrivna. Under en period har dock arbetsbelastningen varit omfattande, varvid arbetsättet dessvärre inte kunnat omfatta samtliga klienter. En arbetsgrupp finns dock som är specialiserad mot målgruppen som arbetar tillsammans med arbetsmarknadskonsulenter, behandlande läkare och handläggare från Försäkringskassan. Ett kommunalt Jobbcenter finns som erbjuder arbetsträning och bedömning av anställningsbarheten. Klienterna har möjlighet till en individuellt anpassad KVA-anställning efter att de genomgått en lyckad praktikperiod.

En rehabiliteringshandläggare har anställts i ett särskilt projekt under perioden 2015-02-01 tom. 2016-12-31. Handläggaren fick i uppdrag att arbeta intensivt med klienter som varit långvarigt bidragsberoende till följd av sjukskrivningar, funktionsnedsättningar, fysisk eller psykisk ohälsa och/eller beroendeproblematik. I tjänsten ingår även att skapa en struktur och en arbetsmodell för hur arbetet ska se ut på sikt. I projektet ingår att hitta former för att samordna kontakterna med läkare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunens arbetsmarknadsenhet samt att delta i samverkansgrupper med Kronan psykiatri, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Till sist ska rehabiliteringshandläggaren försöka se till att den sjukskrivnes behov av rehabilitering blir tillgodosett, men om de saknar arbetsförmåga ska de få hjälp att ansöka om sjukersättning. Arbetsförmågeutredningar kan vid särskilda behov köpas av externa aktörer.

### *Rutiner med barn- och ungdomsverksamheten*

I Sundbyberg finns en skriftlig rutin sedan 2016-01-01. Om en socialsekreterare misstänker eller får vetskap om att ett barn far illa ska en orosanmälan göras till barn- och ungdomsenhetens mottagningsfunktion. Socialsekreteraren på försörjningsstödsenheten behöver således inte utreda barnets situation, men gör en bedömning kring de iakttagelser som gjorts och den information som framkommit. Om det råder osäkerhet är socialsekreterarna på barn- och ungdomsenheten tillgängliga för att rådgöra innan en skriftlig anmälan görs, de återkopplar sedan till försörjningsstödsenheten.

---

<sup>9</sup> KNUT-projektets hemsida finns på denna [länk](#).

# Analys och förslag

## Sjukskrivningar och försörjningsstöd

I kommunerna är vanligtvis den största gruppen bland de sjukskrivna biståndsmottagarna de som är sjukskrivna, men saknar sjukpenning. Något som utmärker Sundbyberg är att de inom ramen för ett pågående projekt anställt en rehabiliteringshandläggare som ska arbeta fram ett arbetssätt för hela målgruppen biståndsmottagare med varierande former av ohälsa. Några kommuner har tillgång till konsultläkare. Solna är dock den enda kommun som har ett praktiskt arbete, såsom det beskrivits för FoU-Nordväst, som explicit riktar sig mot den största gruppen sjukskrivna, nämligen de som saknar sjukpenning. Arbetssättet inriktar sig bland annat på att samverka med en konsultläkare som kommunen har tillgång till, men också på att handläggarna ska ha kunskaper om ICD-koder och rimliga sjukskrivningsperioder. Arbetssättet känns igen från Sollentuna. Solna har under perioden dock inte haft samma ökning av denna klientgrupp som Sollentuna har, varför går dessvärre inte att klargöra med hjälp av det material som finns tillgängligt idag.

När det gäller kommunernas arbete med de sjukskrivna försörjningsstödmottagarna är FoU-Nordvästs rekommendation att utöka ovanstående typ av arbetssätt eftersom inget i dagsläget tyder på att gruppen sjukskrivna på sikt kommer att minska: vi ser nämligen hur statens kostnader för sjukförsäkringen ökat väsentligt under de senaste fem åren och inget indikerar i dagsläget en minskande trend. Tvärtom ökar sjukskrivningarna, särskilt den psykiska ohälsan bland kvinnor, även om de flesta av dem med en anställning inte passerar 50 dagars sjukskrivning. Något som dock kommer att upphöra inom den närmaste tiden är inflödet av nya biståndsmottagare som uppnått sjukförsäkringens borte gräns. Men oaktat detta ser vi ändå att en målsättning för kommunernas strategiska kunskapsförsörjning bör ta sikte på att öka socialsekreterarnas kompetens om sjukskrivningar, särskilt de med anledning av psykisk ohälsa. Utifrån ett samverkansperspektiv finner vi också att denna typ av kompetenshöjning önskvärd eftersom det är viktigt för socialsekreterarna att förstå de andra aktörernas kompetenser, referensramar och prioriteringar.

Ett annat förslag från FoU-Nordvästs sida är att genomföra kvalitativa intervjuer med personer inom den aktuella klientgruppen i syfte att få fördjupad kunskap om gruppen. Exempel på frågor kan vara: Vad kännetecknar gruppen? Vad bidrog till den första sjukskrivningsperioden? Vilka insatser gjordes då? Varför förlängdes sjukskrivningsperioden? Även en kvantitativ fördjupande aktundersökning kan vara intressant för att klarlägga vilka faktorer som kännetecknar gruppen mer i detalj, såsom studiebakgrund, arbetslivserfarenhet, födelseort, tidigare inkomster m.m. Syftet är att skapa underlag för djupare analyser som kan användas för att utarbeta långsiktiga strategier för målgruppen.

Ett sista förslag i sammanhanget är att kommunerna borde överväga att inom sina organisationer förstärka den kvantitativa kompetensen. Med utgångspunkt från den senaste Öppna jämförelser-enkäten skulle det vara en utmärkt satsning eftersom ett återkommande tema i enkäterna är om sammanställningar av data görs på grupp-nivå. Hur används resultat på grupp-nivå för att utveckla verksamheten? På vilket sätt skulle det kunna användas?



## **Rutiner med barn- och ungdomsenheterna**

Angående dem är vår reflektion att de till sin natur är just interna. Att skriftligt dokumentera rutiner menar FoU-Nordväst är viktigt, särskilt i tider av hög personalomsättning. Men från forskningen vet man sedan tidigare att samarbete också uppstår naturligt och spontant på arbetsplatser. För ledningen är det därför viktigt att inte bara dokumentera rutiner, utan även främja det spontana samarbete som uppkommer naturligt. Något som kan utläsas av vår sammanställning av rutinerna på området är att det är viktigt att säkerställa att samarbetet fungerar när ungdomar som varit placerade ska övergå till socialtjänstens enheter för vuxna. Forskning har visat att detta är en känslig och viktig period. Inte sällan lämnar ungdomarna nämligen sociala stödsystem som utformats för barn- och unga för att övergå till system som utformats efter vuxnas behov (Osgood, Foster & Courtney, 2011).

Ett observandum är att skarpt läge gällande det interna samarbetet oftast uppstår kring personer med komplexa bekymmer som är i behov av insatser från flera enheter. Generellt är kunskapen god gällande socialarbetares samverkansambitioner eftersom det oftast är en viktig del av arbetet. Samarbete och samverkan som begrepp har varit ett centralt tema på konferenser under de senaste 20 åren, så den blygsamma bedömningen är att socialarbetarna sannolikt inte helt okunniga om denna frågeställning och dess betydelse för framgång i arbetet.

## Referenser

Augustinsson, S. (2010). *Samverkan, Samarbete och Samordning en omöjlig snårskog eller strategi för hållbar utveckling*. En rapport från komplexa verkligheter och dess konsekvenser. FRUSAM.

Axelsson, R., Bihari Axelsson S. (2007). Samverkan och folkhälsa – begrepp och teorier och praktisk tillämpning. I: Axelsson R. och Bihari Axelsson, S (red). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.

Danermark, B. (2000). *Samverkan – himmel eller helvete. En bok om den svåra konsten att samverka*. Gothia.

Danermark, B., Germundsson P. (2007). *Nya vägar till arbetsmarknaden. Kvalitetssäkring av samverkan*. Liber distribution.

DS 2015:17. (2015). *Avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen*. Stockholm: Elanders Sverige AB.

Eliasson, B. (2010). *Konsten med samverkan. Från idéer till praktik*. Licentiatuppsats. Luleå Tekniska universitet.

Germundsson, P. (2011). *Lärare, socialsekreterare och barn som far illa*. Doktorsavhandling. Örebro universitet.

Hägglund, P., & Thoursie, P. S. (2010). *De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: En diskussion om deras förväntade effekter*. Finanspolitiska rådet.

Osgood, D. W., Foster, E. M., & Courtney, M. E. (2010). Vulnerable populations and the transition to adulthood. *The Future of Children*, 20(1), 209-229.

Salonen, T. (1997). *Övervältringar från socialförsäkringar till socialbidrag*. Lunds Universitet, Socialhögskolan.