

**Slutrapport av
Närsjukvårdsprojektet (NAFS) om
samverkan mellan Närsjukvård,
Försäkringskassa,
Arbetsförmedling och Socialtjänst**

Utvärderingen, med speciell tonvikt på 2010
och 2011, är utförd på uppdrag av
Samordningsförbundet i Umeå

Curt Edlund

2011

Innehåll

Sammanfattning.....	3
1. Bakgrund.....	4
2. Problemformulering	4
3. Syfte.....	4
4. Mål.....	5
4.1 Målgruppen	5
5. Organisation och arbetsätt	5
6. Resultat och analyser grundar sig på erfarenheter från följande aktiviteter.....	5
7. Resultat.....	6
7.1 Analys av syftet.....	6
7.2 Analys av måluppfyllelse	7
7.3 Analys av målgrupp	8
7.4 Analys av ledning/styrning	9
7.5 Analys av det operativa arbetet med koordinatörer och kontaktpersoner från de olika organisationerna	12
7.5.1 Koordinatorerna	12
7.5.2 Försäkringskassans handläggare	13
7.5.3. Arbetsförmedlingens handläggare	14
7.5.4. Socialtjänstens handläggare	15
8. Om samverkan.....	16
9. Framgångsfaktorer	20
10. Förslag inför fortsättningen av Närsjukvårdsprojektet	21
11. Generell analys och slutsatser.....	22
12. Referenser	24

Sammanfattning av Närsjukvårdsprojektet (NAFS) med Närsjukvård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Socialtjänst

Från och med maj 2007 har tjänstemän från försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten kompletterat de multidisciplinära teamen på hälsocentralerna inom Umeå kommun på tio hälsocentraler och på sex kliniker på Norrlands Universitetssjukhus.

Ursprungligen deltog dessa hälsocentraler: Backen, Böleäng, Dragonen, Ersboda, Holmsund, Hörnefors, Mariehem, Sävar, Teg och Ålidhem, klinikerna Hand- och plastikkliniken, Neurorehab Sävar, Neurocentrum NUS, Smärtrehab, Stresskliniken, Hjärtcentrum, Ortopeden och Psykiatrin. Från och med årsskiftet 2009/2010 deltar hälsocentralerna i Vindeln, Bjurholm, Vännäs, Robertsfors och Nordmaling i NAFS. Från januari 2011 är tre nya hälsocentraler i Umeå, Citykliniken, Norrlandskliniken och Husläkarna, med i NAFS-samarbetet.

Syftet med NAFS har varit att bidra till att stärka individens egna resurser och förutsättningar i sin rehabilitering genom:

- Enhetlig information ska ge känsla av sammanhang och delaktighet
- Samverkan mellan aktörerna ska stärkas
- Insatsen ska bidra till att tillgången till multidisciplinära team förbättras
- Individens tillgång till bred bedömning ska ske tidigare
- Tillämpning av rutiner ska förbättras bland annat genom samordnat stöd, gemensamma definitioner, beredningsmöten och avstämningsmöten

I allt väsentligt har syftet uppfyllts, ja på många sätt överträffats. Fler hälsocentraler har tillkommit i NAFS-arbetet. Alla parter är överens om att individer nås tidigare genom den samverkan som skett. Ökade kunskaper om samarbetspartners, tydligare ansvarsfördelning och parallella processer leder till snabbare insatser för individerna. Samverkan har stärkts genom kontinuerliga teamträffar, handläggartträffar och seminarier. Struktur och rutiner i samverkan har fortlöpande utvecklats och samsynen och förståelsen mellan varandra i arbetet med sjukskrivning och rehabilitering har ökat.

Styrgruppens breda sammansättning har varit förtjänstfull. Det som varit speciellt framträdande i arbetet är idériokedomen, modet och energin att utveckla arbetet. Som exempel kan nämnas förstudie till projektet Steget Vidare, överenskommelse om att genomföra 60 neuropsykiatriska utredningar (NEP), NEPSAM med en arbetsterapeut som söker upp och kartlägger situationen för de som genomgått neuropsykiatrisk utredning enligt avtalet ovan.

Koordinatorerna har varit motorer i projektet och skött uppgiften med bravur och de har genom tålamod och engagemang lyckats få med alla parter i samtliga NAFS-team med ett undantag (Socialtjänsten vill inte delta i det teamet).

Koordinatorer och kontaktpersoner har utvecklat en unik samverkanskompetens ("T-kompetens") som kännetecknas av djupare kunskap i och kring den egna yrkesfunktionen och en bredare omvärldskunskap som gör det möjligt att få insyn i andra myndigheters verksamhetsutövning.

Den långa avtrappningsfasen av projektet är ovanlig och under den tiden pågick ett intensivt arbete med hur projektet skulle kunna implementeras i ordinarie verksamhet. Goda erfarenheter av uppnådda resultat och en genuin vilja att samarbeta ledde till en avsiktsförklaring där alla parter anger att de vill fortsätta med samverkan i samma anda som i NAFS. Då flera gemensamma aktiviteter på olika nivåer planerats för 2012 borde det vara

möjligt att behålla en god samverkan framåt i tiden. En förnöjsamhet över välfungerande samarbete med en samtidig strävan efter ständiga förbättringar är en bra utgångspunkt för en långsiktig och hållbar myndighetsövergripande samverkan.

1. Bakgrund

Den höga sjukfrånvaron har stora konsekvenser för samhället och individen men kunskapen är begränsad om hur vi kan påverka orsakerna¹. Trots brist på denna grundläggande kunskap finns det en hel del kunskap om hur rehabiliteringen bör vara utformad för att medverka till återgång till arbete.

Långvarig smärta och psykiska/stressrelaterade besvär är de vanligaste diagnoserna vid långa sjukskrivningar och utgör mer än hälften av sjukfallen. Många av individerna har flera diagnoser och ofta symtom av såväl somatisk som psykisk karaktär. Erfarenheter från tidigare projekt - nationella och internationella forskningsrön - visar att multidisciplinär bedömning och behandling bidrar till ökad arbetsförmåga. Adekvata och snabba åtgärder minskar konsumtionen av sjukvård, förkortar sjukskrivningar och ger en förbättrad livskvalitet för individen. För den professionella hjälparen kan tydligt ledarskap och struktur samt ett multidisciplinärt arbetssätt ge avlastning och stöd i ett arbete som ofta upplevs som tungt och svårt.

Erfarenheterna från försök med bland annat handläggare från försäkringskassan som på del av sin arbetstid arbetade på hälsocentral, visade på goda samverkansresultat², dvs. det multidisciplinära teamets kompetens och samverkansförmåga förbättrades avsevärt. Individen fick tidigt i rehabiliteringsförloppet tillgång till en bred bedömning av sina besvär för att förkorta tiden i sjukskrivning.

2. Problemformulering

Trots att medvetenheten om samverkan i rehabilitering finns och olika organisatoriska mötesplatser är etablerade (länsgrupp, lokal samverkansgrupp, avstämningsmöten m.m.) sedan många år tillbaka är det fortfarande stora brister. Bristerna kan definieras som:

- Nuvarande rehabiliterings- och avstämningsmöten behöver utvecklas
- Personkontinuitet saknas i samarbetet hälsocentral-försäkringskassa-arbetsförmedling
- Gemensamt synsätt/förhållningssätt inom följande områden saknas i stor utsträckning:
 - a) sjukskrivningsprocessen
 - b) tillämpning av lagstiftning inom sjukförsäkringsområdet
 - c) synen på patienten/den sjukskrivne/den försäkrade/den arbetslöse etc.
- Nuvarande verksamhetssystem för uppföljning är bristfälliga och ger ingen helhetsbild över myndighetsgränserna.

3. Syfte

Projektet skall leda till tidigare insatser och parallella processer i samverkansarbetet som skall leda till en känsla av sammanhang för den enskilde. Syftet är också att verka förebyggande för att minska inflödet i sjukförsäkringen.

¹ Avsnittet Bakgrund fram till och med Organisation och arbetssätt är något modifierad hämtad ur Projektansökan 2007 för Samverkan Närsjukvård – Försäkringskassa – Arbetsförmedling – Socialtjänst i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

² Sackrisson L, Edlund C. Tidig arbetsförmågebedömning i samband med sjukskrivning på vårdcentral. Kortform av rapport om Vindelnprojektet. Umeå: Försäkringskassan och Västerbottens läns landsting; 2007.

Syftet skall uppnås genom att förstärka resursteamerna på vårdcentralerna/aktuella kliniker i Umeå med tjänstemän från försäkringskassan, arbetsförmedlingen och Umeå kommuns socialtjänst.

4. Mål

Individens egna resurser och förutsättningar i sin rehabilitering ska stärkas bland annat genom:

- Enhetlig information till individen om sjukskrivningsprocessen som ska bidra till en känsla av sammanhang och delaktighet.
- samverkan mellan närsjukvård/aktuella kliniker – försäkringskassa – arbetsförmedling – socialtjänsten ska stärkas.
- Insatsen skall bidra till att tillgången till multidisciplinär kompetens/team förbättras inom närsjukvården.
- Individens tillgång till en bred bedömning av sina besvär ska ske tidigare än idag i rehabiliteringsförloppet
- Dokumentering och tillämpning av rutiner och metoder i det vardagliga arbetet ska förbättras, exempelvis:
 - Ge samordnat stöd innan sjukskrivning
 - Gemensamma definitioner av begrepp i sjukskrivningsprocessen
 - Rehabmöte
 - Avstämningsmöte
 - Individmöte
 - Vårdplanering

4.1 Målgruppen

Målgruppen består av personer som riskerar sjukskrivning, personer som är på väg in i en sjukskrivning och personer som är inne i en sjukskrivning.

5. Organisation och arbetsätt

Beställare och finansiär av projektet är samordningsförbundet Umeå.

Insatsen riktar sig mot samtliga vårdcentraler i Umeå samt till de kliniker där det finns ett inflöde av sjukskrivna. Dessa är Dragonens vårdcentral, Backens vårdcentral, Tegs vårdcentral, Böleängs vårdcentral, Hörnefors vårdcentral, Holmsunds vårdcentral, Ersboda vårdcentral, Ålidhems vårdcentral, Mariehems vårdcentral samt Sävars vårdcentral.

De kliniker som beräknas bli aktuella är: Rehabmedicinskt centrum, Hand- och plastikkirurgi, psykiatri, ortopedi, hjärtcentrum och stresskliniken.

Ledning/styrning: Ledningsansvaret ska samordnas i den lokala samverkansgruppen där det finns en representant från vardera involverade myndighet. I samverkansgruppen deltar samordningsförbundets tjänsteman som adjungerad. Det direkta ledningsansvaret för respektive tjänstemän har närmaste chef på den egna myndigheten.

6. Resultat och analyser grundar sig på erfarenheter från följande aktiviteter

- Seminariemöten tidigare två gånger per år men sedan 2010 en gång per år med representanter från samtliga hälsocentraler i Umeå, rehabiliteringskliniken, stresskliniken, ortopedkliniken, hand- och plastikkirurgen, hjärtcentrum och psykiatri, samtliga vid Norrlands Universitetssjukhus. I träffarna har också deltagit

kontaktpersoner från försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten som samarbetar i Närsjukvårdsprojektet.

- Kontinuerliga träffar med kontaktpersonerna från försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten där Mikael Holmlund och undertecknad lett träffarna. Under första åren ordnades träffar var 6:e vecka men det har glesats ut och under 2010 anordnades sex träffar och under 2011 fyra träffar.
- Vid de nämnda träffarna har ofta externa föreläsare engagerats för att belysa något område, t ex försäkringsläkare för att belysa arbetsförmåga och verksamhetschef för att informera om arbets- och beteendemedicin med stresskliniken. Diskussion om verksamheten, visa på goda exempel, ventilera problem, ge information, informera om praktisk hantering av ”knäckärenden” och att gå igenom aktuell forskning och litteratur har varit andra återkommande inslag i dessa träffar.
- Dagböcker från samtliga kontaktpersoner vid försäkringskassan från uppföljningsperioden där kontaktpersonerna dokumenterar verksamheten i närsjukvårdsprojektet.
- Intervjuer med några av kontaktpersonerna från försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten.
- Enkät om samverkan till koordinatörer vid aktuella hälsocentraler och kliniker samt till kranskommuner till Umeå, kontaktpersoner vid försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten.
- Deltagande i styrgrupp och planeringsgrupper för seminarier
- Deltagande i framtagning av planering för fortsatt NAFS-verksamhet, förstudie till Steget Vidare, uppföljning av NEP (utredningar av neuropsykiatriska utredningar), framtagning av NEPSAM (fortsatt stöd för de som utretts för neuropsykiatriska utredningar).
- Genomgång av litteratur, särskilt inom området samverkan.
- Överlappande information har funnits genom att utvärderaren också leder utvärdering av bland annat koordinatorsverksamheten vid landstinget i vilken koordinatörer vid hälsocentraler och kliniker deltar.

7. Resultat

7.1 Analys av syftet

Stora delar av syftet har uppnåtts då projektet inneburit tidigare insatser än förut och även till parallella processer i samverkansarbetet genom vilket den enskilde sluppit bollas mellan myndigheter och sannolikt därigenom upplevt en känsla av sammanhang. I viss mån har projektet verkat förebyggande och jämfört med projektstarten har inflödet i sjukförsäkringen minskat. Syftet att förstärka resursteamerna på hälsocentraler och aktuella kliniker med tjänstemän från försäkringskassan, arbetsförmedlingen och Umeå kommuns socialtjänst har till fullo infriats. Det sistnämnda syftet har till och med överträffats genom att även resursteamerna vid Umeås kranskommuner har förstärkts på samma sätt sedan 2009/2010.

7.2 Analys av måluppfyllelse

Många olika källor (handläggartreffar, koordinatorstreffar, seminarier, dagböcker mm) visar att målsättningarna om enhetlig information till individen, stärkt samverkan mellan organisationerna och tidigare bedömningar av sjukdomar/besvär har infriats. Bland önskemålen på projektet från kontaktpersoner 2008 kan följande nämnas när det gäller team och samverkan: Ökad samverkan mellan myndigheter, gärna i team. *Multidisciplinära bedömningar tidigt i ärendena för att ta en tidig samlad bedömning av behov, förutsättningar och resurser ger effektivitet i processen.* Fler tvärprofessionella möten med t ex läkare, soc, af, fk under ”avslappnade former”, t ex gemensamma föreläsningar. Tydliggör ansvaret mellan inblandade. Bättre flyt med arbetsförmedlingen.

Har förväntningar och mål infriats?

En av kontaktpersonerna gav ett idealt svar på vad projektet bör nå, nämligen *Multidisciplinära bedömningar tidigt i ärendena för att ta en tidig samlad bedömning av behov, förutsättningar och resurser ger effektivitet i processen.*

NAFS-träffarna har utvecklats kontinuerligt och har lett till kortare kontaktvägar, tydligare ansvarsfördelning och bättre samsyn i arbetet med sjukskrivning/rehabilitering. Arbetet har präglats av respekt för varandra och tillit till varandras kompetens och även gett ökad kunskap om de andra myndigheternas regelverk. Mötesformerna har blivit alltmer strukturerade och rutinerna förbättrats. Mer om hur målsättningarna infriats finns under avsnittet Framgångsfaktorer.

Försäkringskassans kontaktpersoner har också i allt högre utsträckning fungerat som budbärare i den egna organisationen. Ett exempel på hur processen blivit snabbare är när en läkare/koordinator vill ha kontakt med en personlig handläggare på försäkringskassan och tar upp det på en NAFS-träff. Handläggaren kontakter i regel då hälsocentralen samma dag eller dagen efter. Både socialtjänsten och arbetsförmedlingen har spridit uppdraget att vara kontaktpersoner till fler handläggare. Det ger goda förutsättningar till att samverkan kan bli kontinuerlig och växa som en naturlig del i respektive myndighets arbetssätt.

Även om flera team tar upp att de ibland diskuterar förebyggande frågor finns ännu inte något strukturerat arbetssätt inom området. Det skulle vara värdefullt att arbeta mera med att hitta metod(er) och arbetssätt, där man ser förebyggande så värdefullt att man gärna tar sig tid i hela teamet att bli mer aktiva i att förebygga sjukskrivning.

Gemensamma definitioner av begrepp är något som alltid varit ett bekymmer vid samverkan mellan olika myndigheter och ibland även mellan olika yrkeskategorier. ”Arbetsförmåga” och ”rehabilitering” är begrepp som ges exempel på där det kan vara extra problematiskt att definiera vilket inte är förvånande då dessa begrepp är mångtydiga. Andan i gruppen, trygghet att våga fråga upp vad man menar, är grundläggande för att ”begrepp” och eventuella olika syn på det inte ska vålla några problem. De flesta anser att begreppen inte är något problem utan skriver: ”Vi har ett öppet diskussionsklimat och frågar upp om något är oklart.” En annan skriver: ”Vi försöker att prata samma språk och hjälpas åt”.

Alla hälsocentraler och hand- och plastikkirurgen och psykiatriska kliniken i Umeåområdet träffar regelbundet försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten i så kallade beredningsmöten. Som tidigare nämnts har kranskommunerna numera samma verksamhet.

Exempel på vilka slags ärenden tas upp vid träffarna på hälsocentraler/kliniker i Närsjukvårdsprojektet

- Komplexa ärenden
- Om eventuellt behov av neuropsykiatrisk utredning
- Medicinska bedömningar, inklusive den psykiska, av arbetsförmågan
- Finns det något som ännu inte prövats inom sjukvården? Det kan vara allt från smärtrehab, ASTA-teamet, MR-röntgen, arbetsterapikontakt, psykoterapi, psykiatrikerkonsultation etc.
- Kartläggning av vilka insatser/stödåtgärder som gjorts av de olika myndigheterna
- Initierande kontakt med AF om person är redo för arbetsåtergång?
- Har personen den hjälp den behöver från Socialförsäkringen, ekonomiskt bistånd, bostadstillägg etc?
- Personer med mångåriga besvär och svårigheter där personlighetsstörning misstänks men personen själv vägrar att ta kontakt med psykiatrin.
- Information från respektive myndighet om lagar, förändringar mm som t ex om Rehabiliteringskedjan och om arbetet med de som utförsäkras från försäkringskassan, regler om förebyggande sjukpenning och läkarintygsföreläggande, om vilka utbildningar och stöd som arbetsförmedlingen kan ge, när socialtjänsten kan träda in mm.
- Vid problem vid ändrade ersättningar eller överflyttning mellan FK och AF,
- När den försäkrade riskerar att hamna mellan stolarna och inte har förstått vilka rättigheter och skyldigheter de har i förhållande till myndigheterna och arbetsgivaren.
- Kontaktpersonerna hjälper ofta varandra att komma i kontakt med rätt person på respektive myndighet.

7.3 Analys av målgrupp

Målgruppen ska enligt målsättningen bestå av personer som riskerar sjukskrivning, personer som är på väg in i en sjukskrivning och personer som är inne i en sjukskrivning.

Det sägs inte tydligt men är antagligen underförstått att de ärenden som behandlas bör vara aktuella eller beröra minst två av parterna.

Så här beskriver en kontaktperson från försäkringskassan ett möte i maj 2011:

I maj hade vi 12 ärenden på listan att diskutera. Vi hann detta inom timmen. Det tolkade jag som att vi har jobbat ihop oss i gruppen och att vi fått det att flyta. Jag tycker vi har bra rutiner idag, Som jag uppfattat FM-läkare och koordinator så funderar inte läkarna så mycket längre var det skall ta vägen med sina frågeställningar, de tar det till NAFS. Jag tycker också att de ärenden som tas till NAFS är ärenden som skall diskuteras där. Även om fk inte anmäler så mycket ärenden så är det ärenden som kommer upp de flesta aktuella hos fk där man kan se att det finns funderingar. Läkarna deltar, om de är där, när deras ärenden diskuterades. Så var det inte i början.

Citat ur dagbok från en kontaktperson från försäkringskassan: *Jag kan konstatera att ärende diskussionerna från projektstart till dags dato skiljer sig ganska mycket. Från början handlade mycket om förmedling av olika slag. Detta kvarstår dock men idag är försäkringsmässiga och rehabiliteringsmässiga frågeställningar minst lika vanliga. De ärenden som diskuteras på NAFS är idag mer tydliga ärenden där det finns gemensamma*

frågeställningar och behov. Antalet ärenden som kommer upp har det senaste kvartalet ökat. Fortfarande dominerar hälsocentralen när det gäller att anmäla ärenden men soc och AF anmäler allt fler. I förhållande till fk är det också rätt mycket förmedling till ordinarie handläggare.

Vilka aktualiserar ärenden? Generellt aktualiseras de flesta ärenden av hälsocentralerna även om alla andra parter också tar upp ärenden. På vissa hälsocentraler aktualiserar af, fk och socialtjänsten fler ärenden än hälsocentralerna. På ett par hälsocentraler träffas försäkringskassan och hälsocentralen separat mellan NAFS-träffarna och förbereder ärenden och då är det särskilt stor chans att ”rätt” ärenden tas upp. Oftast är resursmöten på hälsocentralerna med koordinator, läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och psykolog (där sådan finns) de som föreslår ärenden till NAFS från hälsocentralerna. På någon hälsocentral skickar koordinatören ut förfrågan om ärenden till alla aktörer två veckor innan NAFS-träffen för att sedan en vecka innan skicka ut inbjudan till den gemensamma träffen. På de flesta håll är ärendetillströmningen god men där det sviktar bör omstart göras. Koordinatören kan t ex förmå speciellt läkarna att hjälpa till och ta upp ärenden i resursmötet. Det går att ta ut listor på nysjukskrivna på hälsocentralen och gå igenom vilka som bör tas upp i NAFS. Andra parter kan också försöka inventera lämpliga ärenden att ta upp på NAFS.

Samtidigt är det viktigt att tänka på att även om ett ärende inte är aktuellt för en part som deltar i NAFS så kan ett lärande ske och parten ifråga kan tillföra information som är viktig för att ärendet ska föras framåt. Bland annat av det skälet är det viktigt att alla samverkansparter deltar i mötena.

7.4 Analys av ledning/styrning

Ledning/styrning: Enligt överenskommelsen ska ledningsansvaret samordnas i den lokala samverkansgruppen med en representant från vardera och med Samordningsförbundets tjänsteman som adjungerad. Det direkta ledningsansvaret för respektive tjänstemän har närmaste chef på den egna myndigheten.

Hur har det fungerat?

I praktiken har styrgruppen bestått av processledare från landstinget eller en eller två andra tjänstemän från landstingets Sjukskrivningsprocess väl insatta i Närsjukvårdsprojektet, samordningsansvarig från försäkringskassan, ibland också en enhetschef från försäkringskassan, enhetschef från arbetsförmedlingen ibland också samordnare från arbetsförmedlingen, enhetschef från socialtjänsten och adjungerade förbundschef och utvärderare från samordningsförbundet.

Styrgruppen har träffats kontinuerligt. Med undantag av ett par träffar har samtliga parter deltagit. Styrgruppens breda sammansättning har varit förtjänstfull och minskat sårbarheten och höjt kvaliteten på mötena. Samtliga parter har tagit ett organisatoriskt ansvar med fokus att hitta en helhetslösning och se på möjligheter utan att för den skull blunda för hinder och svårigheter. Stämningen har präglats av högt i tak. Det som varit speciellt framträdande i arbetet är idériokedomen, modet och energin att utveckla arbetet. Jag vill nämna flera lyckade exempel på utvecklingsarbete i projektet.

- En förstudie till det som kom att bli projektet Steget Vidare genomfördes under tiden den 1 februari till och med den 1 augusti 2010. Syftet var att utreda förutsättningarna för ett rehabiliteringsprojekt där målgruppen är individer som är på väg ur eller

tidigare funnits i sjukförsäkringen. Detta genom att ta vara på erfarenheter från tidigare rehabiliteringsprojekt och genom att kartlägga målgruppens behov.

- **NEP:** Neuropsykiatriska utredningar. Hösten 2009 slöts en överenskommelse mellan försäkringskassan, samordningsförbundet i Umeå och rehabilitering medicinskt centrum om att 60 neuropsykiatriska utredningar skulle genomföras under en tvåårsperiod. Avtalet finansierades av försäkringskassans medel för finansiell samverkan (Finsam-93) och samordningsförbundet i Umeå. Utredningarna utfördes vid Björkgården i Sävar efter remiss från samverkansteamet (NAFS) vid hälsocentraler inom Umeå kommun och dess kranskommuner. Alla utredningar har nu genomförts och resultatet är att 92 % av de utredda led av neuropsykiatriska sjukdomar. Teamen har således remitterat rätt personer till utredningarna. Landstinget beslutade hösten 2010 att anslå medel till att psykiatriska kliniken skulle få extra resurser att genomföra neuropsykiatriska utredningar. Är det ett lyckosamt sammanträffande att landstinget tog det beslutet efter det att NEP påbörjat sitt arbete?
- **NEPSAM:** Efter NEP-projektets neuropsykiatriska utredningar i Sävar förväntar sig patienterna någon form av insats/hjälp efter utredningen. Som det ser ut idag saknar primärvården arbetsterapeutiska resurser för att kunna tillgodose dessa patienters behov. I januari 2011 beslöts att anställa en arbetsterapeut på halvtid under 12 månader med placering på Tegs hälsocentral. Arbetsterapeuten ansvarar för att söka upp och kartlägga situationen för de som genomgått en neuropsykiatrisk utredning enligt avtalet ovan. Arbetsterapeutens uppgift är att ge ett anpassat stöd till dem som behöver det. Arbetet utförs i samverkan med arbetsterapeuten på respektive hälsocentral, kognitionsteamet vid landstinget och Nafs-teamen. I hjälpen ingår bland annat att utarbeta struktur i vardag och den/de miljöer som brukaren verkar i.
- **Seminarier.** Sju seminarier har hittills genomförts. I förberelserna för seminarierna har alla parter och samordningsförbundet deltagit vilket bidragit till ett fördjupat samarbete mellan parterna och ett gemensamt lärande om de för tillfället mest aktuella frågeställningarna i projektet. De första två åren 2007 och 2008 anordnades två seminarier per år, ett på våren och ett på hösten. Till de första tre seminarierna inbjöds koordinatörer och kontaktpersoner från de andra tre myndigheterna. Från och med seminarium fyra bjöds hela teamen in från hälsocentralerna och klinikerna.
Seminarium 4. Hösten 2008 Rehabiliteringskedjan (220 deltagare)
Seminarium 5. Vintern 2009 Rehabiliteringskedjan – Hur har det gått? Vad kommer rehabiliteringsgarantin att innebära för oss i vårt dagliga arbete? (153 deltagare)
Seminarium 6. Vintern 2010 ”Vad händer med de utförsäkrade? – arbetslivsintroduktion och medicinska underlag” (170 deltagare)
Seminarium 7. Vintern 2011: ”Intyg, Utlåtande, Underlag” – Vem gör vad? Vem är mottagaren? Vem kan begära vad av vem? (197 deltagare)

Från kliniker och hälsocentraler deltar resursteam med kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog och läkare. Seminarierna delas upp i tre olika omgångar på vardera en halvdag och gemensam lunch. Seminarierna har samlat mellan ca 150 till 220 deltagare. Seminarierna har varit viktiga både för att svetsa samman teamen inom hälsocentralen och med de andra tre samverkansparterna. Att en speciell grupp sammansatt av alla parter och samordningsförbundet gemensamt lagt upp varje seminarium efter de för tillfället största behoven har varit värdefullt. I de flesta fall har också seminarierna kunnat genomföras med hjälp av anställda från respektive aktör.

Undantaget var seminariet 2011 om intyg där en jurist som studerat medicinska underlag (domar) var huvudtalare. Seminarierna har gett erfarenhetsutbyte och ökad kompetens inom såväl det egna som andra aktörers områden. Värdet av gemensamma utbildningar/kompetensutveckling för personer från olika verksamheter som arbetar tillsammans är oomstridd.

- **Handläggarträffar**

Vid träffarna har ofta externa föreläsare engagerats för att belysa något område. Diskussion om verksamheten t ex genom nulägesgenomgångar, visa på goda exempel, ventilera problem, ge information, informera om praktisk hantering av ”knäckärenden” och att gå igenom aktuell forskning och litteratur har varit andra återkommande inslag i dessa träffar.

Närvaro och värde av träffarna: Av cheferna för de olika parterna har med något undantag endast försäkringskassans chefer deltagit. Försäkringskassans kontaktpersoner är också de som genomgående haft bästa närvaron tillsammans med ett par representanter för socialtjänsten och arbetsförmedlingen. Närvaron under hösten 2011 förbättrades något förutom chefer (försäkringskassans chefer deltog). Dessa träffar har delvis samma uppgift som seminarierna, att svetsa samman samverkansgrupperna, att få en gemensam referensram genom att deltagarna får samma information men även gemensamt samverkar för att utbyta erfarenheter. Med chefernas deltagande höjs legitimiteten att delta. Dessutom ökar möjligheterna att lösa problem men även att ta till sig goda exempel från det som fungerar väl. T ex nulägesgenomgångar ger betydligt mer och är mer tillförlitliga om helst alla men i varje fall de flesta kontaktpersonerna deltar i dessa NAFS-träffar.

Förslag om att även koordinatörer från hälsocentraler (och från vissa kliniker) ska delta i dessa träffar har tagits fram. Om koordinatörernas medverkan förankras av landstinget ökar möjligheterna för att detta forum ska bli ännu effektivare.

Tema för föreläsningar vid handläggarträffarna 2010 och 2011:

Februari 2010 Arbets- och beteendemedicinskt centrum – Vad är det?

Verksamhetschef Annika Nordin-Johansson

Mars 2010 Verksamheten vid Smärtrehab Docent/överläkare Martin Fahlström på Smärtrehab Umeå universitetssjukhus

Juni 2010 Poolbro ett socialt företag, Simon Midfjäll Öppen Gemenskap

September 2010: Effekter av Arbetsmarknadspolitiska program för arbetslösa, Fil dr och sociolog Madelene Nordlund, Umeå universitet

November 2010: Mikael Holmlund samordningsförbundet Allmän genomgång av olika pågående projekt

Dec 2010 ”Trygghet, förtroende och social delaktighet främjar hälsan - om sambandet mellan socialt kapital och hälsa” med medicine doktor och socionom Malin Eriksson, Epidemiologi och global hälsa, Umeå universitet

Under 2011

Februari 2011”Supported Employment enligt Individual Placement and Support-modellen” (IPS)- ett trollspö vid rehabilitering till arbete för personer med psykisk

sjukdom? Principer, forskningsresultat och svensk tillämpning" Docent Urban Markström, Inst för socialt arbete och Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum inleder.

Maj 2011: Dåliga läkarintyg eller okunniga jurister? Docent Ruth Mannelqvist, Juridiska institutionen, Umeå universitet

September 2011: Hur ska den framtida rehabiliteringsgarantin utformas inom psykiatri, smärta i rörelseorganen, onkologi och neurologi? Professor i arbetsterapi Birgitta Bernspång, Umeå universitet som suttit i Rehabiliteringsrådet presenterar tankar utifrån rådets slutbetänkande

November 2011: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård: hinder och möjligheter utifrån professionernas perspektiv. Helene Johansson, Med Dr och forskare vid Epidemiologi och global hälsa presenterar tankar från sin avhandling

7.5 Analys av det operativa arbetet med koordinatörer och kontaktpersoner från de olika organisationerna

7.5.1 Koordinatorerna

Koordinatorerna har varit motorer i Närsjukvårdsprojektet med ansvar att hålla ihop samverkansarbetet, se till att alla parter kommer med, ta in aktuella ärenden, kalla till träffar mm. Koordinatorerna har varit "spindeln" i nätet som en del patienter kallat dem och många gånger lyckats utomordentligt väl. Men samverkan är ett långsiktigt arbete med strävan efter ett nytt systemtänk som kräver tålamod. Det gäller att ha mod att lämna det gamla, våga se att man ibland ramlar tillbaka och då inte bara låtsats vara bra utan ta itu med problem(en).

Nedan ges exempel på hur några koordinatörer upplevt NAFS-träffarna:

Jag har jobbat mycket för att få träffar att fungera och att få alla att komma och det har väl funkade bra. Vi har vårans rehabdag på torsdagar med resursteam, NAFS-träff och smärtgrupp och allt vad rehab heter. Det funkar jättebra! Alla läkarna är med på NAFS-träffarna och på resursträffarna. Jag tycker att det fungerar bra! Och så har vi flyttat teamtiderna så att alla läkare kan vara med och inte någon måste ha jour eller lunch. Det har nog tagit hela den här tiden från det jag började (min kommentar, nästan fyra år!) att få till det på ett bra sätt!

NAFS-träffarna fungerar jättebra med socialtjänst, af och fk och förutom vi på hälsocentralen där även läkare deltar. Externa kontakter är upparbetade och träffarna ger mycket och är ett bra forum. Inga inställda träffar.

Jag skulle vilja säga att dom här stora NAFS-teamen med fk, af och socialtjänsten - dom har fungerat kanonbra, det känns mycket bekvämt. I NAFS-mötena deltar alla läkare och paramedicinare. Vi får tom dit stafettläkarna. Flera läkare uttrycker att det här samarbetet både internt och med fk, af, soc. Att det går snabbare än tidigare.

Hur fungerar samarbetet med andra aktörer då? Jo, det fungerar alldeles utmärkt. Vi har i stort sett samma kontaktpersoner som då vi började, vilket är en trygghet. Ingen av myndigheterna har varit svåra att samarbeta med, utan tvärtom väldigt inriktade på att ge snabba svar och återkopplingar och visat stor vilja att hjälpa till och räta ut ev frågetecken. En erfarenhet från NAFS-mötena är att det oftast är väldigt bra att s.k. krångliga ärenden lyfts till gruppen eftersom man får en bättre helhetsbild.

Samarbetet med fk och af fungerar mycket bra men socialtjänsten vill inte delta. De vill inte delta på vinst och förlust då de menar att de kanske inte har något ärenden som är aktuellt hos dem. Koordinatörn tycker att det är synd att man inte får lära känna varandra, få veta lite mer om deras verksamhet och få en trygghet som är värdefull när man väl har ett gemensamt ärende.

Vi har tidigare haft ett mycket välfungerande system med mycket god närvaro. Just nu har vi verkligen bra läge med alla tre parter förutom oss med på Nafs-mötena men jag är rädd att de andra aktörerna som får köra långa sträckor för att komma till mötena uteblir om läkarna inte deltar i mötena. Det har varit svårt att få med läkarna på sistone pga vakanser.

Koordinatorerna har lyckats få med alla parter med något undantag (Socialtjänsten i en kranskommun som bara deltar sporadiskt). Oftast har hälsocentralen fått med sitt eget team med sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och psykolog (där sådan finns). På vissa hälsocentraler har alla läkare deltagit hela mötet, i andra under sitt eget ärende. NAFS-träffarna har fungerat allra bäst där läkarnas engagemang varit störst men inte sällan har koordinatörn varit den som lyckats åstadkomma det.

7.5.2 Försäkringskassans handläggare

Fungerar bra - de ärenden vi tar upp har en tydlig frågeställning som alla kan förbereda sig för. Vi har en öppen och konstruktiv dialog som föder tankar för oss alla dessutom så har strömmen av läkare tillbaka in till möten ökat – tydligt är att Nafset har sitt att ge. Mycket viktigt samarbete kring gemensamma personer- ger en snabbare väg till ett friskare liv. Lika glatt och trevligt team som vanligt- gott fika och mycket erfarenheter byts.

Jag tycker att jag upplever ett naturligt givande och tagande från de olika yrkeskompetenserna som finns i våra möten på HC – i jämförelse med den HC som inte har med sig det modala teamet vid Nafs mötet.

Allt fungerar bra som vanligt.

Det som har fungerat bra tycker jag är dialogerna som har förts på träffarna. Jag tycker att alla yrkeskategorier respekterar varandra. Det har även fungerat bra att det finns en koordinator att vända sig till på hälsocentralen. Det har resulterat i att det finns en naturlig kontaktväg in till hälsocentral samt även att man har fått en kontakt på AF och Soc.

Jag kan bara konstatera att detta uppdrag är ett av de mest stimulerande jag gjort under min tid i kassan. X är en rolig hälsocentral att jobba med. Det är stort engagemang, en stor vilja och driv till utveckling. Det är mycket trevligt att få vara delaktig i en sådan process.

Det känns klart vem som gör vad. Koordinatoren är tydlig och klar. Sedan ska vi få ihop det med interna prioriteringar och arbetsläge. Engagemanget är bra från alla parter. Alla ärenden är förberedda av parterna. Hälsocentralen börjar ha journalen framme när vi pratar om patienten - fördel. Alla, inklusive alla läkare, deltar om de inte har semester eller är på kurs

Det är ett bra samarbetsklimat och bra diskussioner där vi lär oss mycket hur det fungerar myndigheter emellan. Problem lyfts vidare som uppkommer i ärenden där det finns glapp mellan de olika myndigheterna. Det fungerar bra på x hälsocentral. Läkarna är med och är aktiva. Ett stort intresse finns för att samarbeta för individernas bästa.

I samband med byte av representant från fk: Det känns lite som att komma till dukat bord och det är en positiv anda i diskussionerna. Det är en fortsatt konstruktiv dialog och trevlig och bra stämning bland alla inblandade. Mötet kännetecknas av effektivitet och fokus på att lösa problem och komma vidare i de lite mera komplexa ärendena och information när det gäller de enkla frågeställningarna. Lättsam och öppen dialog i gruppen.

Sedan tycker jag det är bra att vi kan prata om ärenden som vi t ex har avslagit ansökan och där fortsatt planering inte finns. Då kan vi tillsammans komma fram till förslag, t ex att personen måste ställa sig som arbetssökande eller kontakta Soc. Kort sagt föra vidare information som underlättar för den försäkrade. Jag tror att det har lett till att alla parter har fått ökad kunskap om varandras regelverk samt ökad förståelse för att vi inte kan förändra de regler som finns utan snarare förhålla sig till dem. I övrigt tycker jag att det fungerar bra rutinerna kring aktualisering av ärendena och annat praktiskt runt omkring.

Det fungerar bra om deltagare från alla berörda instanser finns med vid varje möte, om någon part inte deltar finns det ibland fortfarande frågetecken i vissa ärenden som behöver komma vidare.

Träffarna har förändrat karaktär över tid, från bikupevarianten till en mer strukturerad genomgång av varje ärende som tagits upp. Efter att det tillkommit en koordinator har strukturen på mötena blivit något tydligare.

Kontaktperson på klinik från fk: Att det fungerar så bra beror på att alla från läkare till andra medarbetare på kliniken har en dialog och tänker från patientens perspektiv hur funktion/arbetsförmågan kommer att påverka personen framöver. Jag vill även säga att de möten som vi har haft på kliniken i projektet har gett både mig och de andra i projektet ökade kunskaper i varandras arbetsområden, bättre förståelse för varandra och vi känner att vi har kunnat hjälpa många patienter via våra träffar.

7.5.3. Arbetsförmedlingens handläggare

Vad som fungerar bra är att man träffs öga mot öga och kan utbyta erfarenheter och kunskaper om varandras verksamhet.

Det är mycket välordnat och strukturerade träffar på hälsocentralen. Det var bokade tider så att läkare, sjukgymnaster som hade ärendet deltog under ärendegenomgång av "sina" ärenden. Jag blev speciellt imponerad över deras förmåga att hålla i och hålla ut med ärenden- man följde upp personerna. Sen hade man ju regelbundna träffar med försäkringskassan mellan våra träffar och det innebar att när af deltog så var det relevanta ärenden som var aktuella på af.

Jag upplever att det mesta fungerar bra på hälsocentralen. Den gången det inte kändes bra efter ett möte i Närsjukvårdsprojektet saknades samtliga läkare på mötet eftersom de deltog i utbildning samma dag. Min känsla är att vi "kommer längre i ett ärende" när läkarna deltar i mötet – även om det inte alltid är ansvarig läkare.

Det går bättre att föra ärendet framåt när man är överens om planeringen. Tidsplanen för aktiviteter hålls mer noggrant.

Det som är bra med NAFS är att det är en snabb väg in till de olika myndigheterna och man kan få svar hur man går vidare, t ex kontaktpersoner hos annan myndighet.

Det fungerar mycket bra och vi har bra diskussioner. Bra med många olika kompetenser.

Att alla aktörer är väl förberedda och det är konstruktiva diskussioner utifrån den sökandes bästa. Att de olika aktörerna får ökad förståelse för vad t.ex. olika beslut grundar sig på. Att personer inte "tappas bort" bara för att han eller hon är aktuell hos annan myndighet.

Bra att lyfta ärenden och få ett gemensamt grepp, inte svårt få in ärenden, finns ingen kö.

Positivt att få möjlighet att diskutera arbetssökande med flera olika parter. Vi har ett fint arbetsklimat när vi träffas och alla ser till den arbetssökandens bästa. Man får en grundligare bild av den arbetssökande som underlättar fortsatt arbete med densamma. Positivt genom att Sjukvården har synpunkter och åtgärder att sätta in, uppföljningar att genomföra liksom arbetsförmedlingen. Fk kan ge synpunkter på möjligheter till sjukersättning, aktivitetsersättning mm. Socialtjänsten kan informera om den arbetssökande sökt försörjningsstöd och möjligheterna att få sådant. Allt detta är till gagn för den sökande.

Det är bra att myndigheterna träffs och får ventilera frågeställningar etc. Bra även att få uppdateringar kring respektive myndighets regelverk som är i ständig förändring.

7.5.4. Socialtjänstens handläggare

En socialsekreterare har deltagit i NAFS-träffar för alla hälsocentraler i Umeå (förutom kommundelar och kranskommuner) och ett antal kliniker ända sedan projektstarten 2007. Den socialsekreteraren har genom detta arbete skaffat sig goda kunskaper om såväl samverkan som vilka problem som finns. Hon anser att socialtjänstens handläggare borde använda NAFS-träffarna i större utsträckning än vad de gör idag. Från 2012 kommer

samverkansuppdraget att läggas ut på fler handläggare vilket i övergången säkert blir problematiskt men på sikt innebär det att samverkan blir mindre sårbar.

Ett citat från nämnde socialsekreteraren:

”En bra bieffekt av NAFS-träffarna är att det idag är så lätt att få kontakt med t ex vården och fk då vi nu känner till varandra och vem vi ska kontakta. Handläggarna på socialtjänsten använder mig ofta för att lättare komma i kontakt med andra myndigheter.

Till mig ringer många från andra myndigheter och vill ha information om socialtjänsten eller få kontakt med rätt handläggare. Särskilt roligt är det att läkare från hälsocentraler börjat använda den möjligheten vilket underlättar arbetet enormt”.

Socialsekreterare i en kranskommun: *Positivt att alla berörda myndigheter träffas vid samma tillfälle och får samma information, utbyte av tankar och erfarenheter. Snabbare och smidigare planering i de enskilda ärendena. Vi har träffats ca 1 ggr/mån. Ca 1 tim. AF, FK, socialtjänsten, koordinator(arbetsterapeut), sjukgymnast och läkare. Ärendelista på aktuella ärenden sänds via mail innan mötet. Var och en sänder namn på aktuell person innan träffen, som sammanställs av koordinatören. Koordinatören ”stämmer av”. Jag tycker att träffarna fyller en viktig funktion, men förbättringar kan alltid göras.*

Socialtjänsten är med i alla NAFS-team förutom i en kranskommun. Att alla parter är med är något som många påpekar vikten av.

Bra om deltagare från alla berörda instanser finns med vid varje möte, om någon part inte deltar finns det ibland fortfarande frågetecken i vissa ärenden som behöver komma vidare.

Den socialsekreterare som varit kontaktperson på de flesta hälsocentralerna har statistikfört ärendena på NAFS-träffarna. Vid två hälsocentraler var en tredjedel av ärendena aktuella på Socialtjänsten, på tre hälsocentraler 40-50 % av ärendena och vid en hälsocentral 2/3 av ärendena.

8. Om samverkan

Myndighetsöverskridande samverkan i sjukskrivning och rehabilitering är ett komplext fenomen som tidigare studerats. Att det finns ”brister i samhällets förmåga att samordna sina insatser för svaga grupper”³ är otvetydigt. Samverkan förväntas möta ett behov av att föra över information mellan myndigheter och instanser och behov av att utreda vem som är ansvarig för gränslandet däremellan⁴. Förväntningarna på samverkan är många gånger stora. Samverkan ska kunna lösa komplexa problem och möta utsatta personers behov⁵, effektivisera och samordna resurshandling och undvika dubbelarbete⁶ och bidra till ett ökat

³ Danermark B, Kullberg K. *Samverkan: Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur;1999..

⁴ Wikström E, Lindberg K. *Samverkan, vårdkedjor och standardiserade bedömningsinstrument i missbrukarvården: Utvärdering av Medelkommunprojektet*. Rapport 20. Handelshögskolan vid Göteborgs universitet;2006.

⁵ Hanberger A, Wikström E, Ghazinour M. *Regeringens insatser mot hedersrelaterat våld – en utvärdering av samverkansprojekt: delrapport 1*. Umeå Centre for Evaluation Research;2006.

⁶ SOU 2000:114 ”Samverkan- om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet”

lärande och förståelse för andra aktörer för att kunna slussa vidare och veta vem som har mandat⁷.

Det finns flera studier av samverkan som visar på goda resultat. Christian Ståhl⁸ visar bland annat hur chefer som ser nyttan av samverkan ökar sitt engagemang och att tilliten till andra samverkande aktörer är avgörande för om samverkansmotiv ska övergå till samverkansbeteende. Jenny Kärrholm⁹ följde 64 långtidssjukskrivna under sex år och fann att samverkan ledde till en besparing för samhället på 340 000 kr per person under en sexårsperiod. Björn Jakobsson¹⁰ fann att personer som deltagit i samverkan hade fem gånger större chans att vara i arbete än de som inte deltagit i samverkan. Men det finns också studier som visar att samverkan kan misslyckas. Ulla Wihlman¹¹ studerade samverkan mellan socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling och hälso- och sjukvård. I det projektet fungerade inte samverkan på grund av prioritering av den egna organisationen, revirtänkande och årliga omorganisationer.

Nedan följer ett sammandrag av resultaten i Johan Hörnemalms avhandling "Samverkan är ett magiskt ord"- Motstridiga ambitioner och ideal i nätverksorganisering¹².

Hörnemalm menar att för att en gemensam tolkningsram ska kunna etableras är samverkansidén en absolut förutsättning (s 42 i avhandlingen)

⁷ Borell K, Johansson R. *Samhället som nätverk- om nätverksanalys och samhällsteori*. Lund: Studentlitteratur;1996.

⁸ Ståhl C, *In Cooperation We Trust. Interorganizational Cooperation in Return –to-Work and Labour Market Reintegration*, (2010). Doktorsavhandling. Linköping: Linköpings Universitet; 2010.

⁹ Kärrholm J, Ekholm K, Jakobsson B, Ekholm J, Bergroth A, Schüldt K. "Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centred and solution-oriented co-operation. " *Disabil Rehabil.*2006; 28(7):457-67.

¹⁰ Jakobsson B, Bergroth A, Schüldt K & Ekholm J. Do systematic multiprofessional rehabilitation group meetings improve efficiency in vocational rehabilitation? *Work* 2005; 24: 279-290.

¹¹ Wihlman U. *Development of Interorganisational Integration* Doktorsavhandling. Göteborg: Nordic School of Public Health;2009.

¹² Hörnemalm J. "Samverkan är ett magiskt ord"- Motstridiga ambitioner och ideal i nätverksorganisering. Institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet;2008.

Vilket manöverutrymme som handläggarna har i den dagliga kontakten med klienter kan skapa spänningar i samverkansprocessen¹³. Ambitioner att utvecklas och erkännas för sin yrkesprofessionalism kan urskiljas i dokument som handlas om såväl arbetsförmedlingen som försäkringskassan¹⁴¹⁵¹⁶. Stina Ekblad beskriver i den sistnämnda skriften att försäkringskassans rehabiliteringssamordnare skiljer sig från andra handläggare genom sitt mångsidiga uppdrag i det dagliga arbetet. Rollen anses kräva flexibilitet, förmåga att ge stöd såväl som att analysera och kreativt lösa problem som uppstår i rehabiliteringsprocessen. Denna personalkategori har således en omfattande tyst yrkeskunskap.

Handläggarna i samverkan, koordinatörer och handläggarna från de tre andra myndigheterna, har genom sina roller möjligheten att vidareutveckla yrkeskunskaper och etablera direktkontakter med andra samverkanspartners. Dessa handläggare kan genom detta arbeta upp unika kompetenser ("T-kompetens") och nå nyckelpositioner i att skapa kontakter mellan kollegor inom de respektive moderorganisationerna¹⁷. T-kompetens beskrivs i Egon Jönsson-utredningen (SOU 1996:85) bestå av såväl en fördjupad som breddad kunskap bland handläggare som kan uppnås när dessa bedriver klientarbete i samverkansprojekt. Det anses ge både djupare kunskap i och kring den egna yrkesfunktionen och en bredare omvärldskunskap, där det är möjligt att få insyn i andra myndigheters verksamhetsutövning.

Johan Hörnemalm menar att det är viktigt att de operativa representanterna har en beredskap och ges tillräckliga resurser för att involvera kollegor i samverkan och fortlöpande dela med sig av kunskaper som utvecklas i samverkansprocessen (s 46 i avhandlingen). En sådan spridning ses som grundläggande om legitimitet ska kunna uppnås i ett långsiktigt perspektiv för den samverkan som organiseras.

Om organisatorisk utveckling ska kunna nås genom samverkan när det gäller metoder och procedurer i daglig verksamhet är det viktigt att kollegorna inom moderorganisationerna är öppna för att absorbera samverkanserfarenheter. Ansvariga chefer spelar här en viktig roll genom att skapa tillräckliga villkor för arenor för omfattande utbytesprocesser och även i sina ledarfunktioner signalera samverkan som en prioriterad verksamhet. Det är viktigt att cheferna i sitt ledarskap aktivt strävar efter att stärka erfarenhetsspridning och skapar möjligheter för vittgående lärandeprocesser.

¹³ Lindqvist R. *Att sätta gränser: organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. Umeå: Boréa;2000..

¹⁴ Lundin D. *Vad styr arbetsförmedlarna?* Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering;2004..

¹⁵ SOU 2003:106. *Försäkringskassan: den nya myndigheten*. Slutbetänkande, ANSA-utredningen. Stockholm.

¹⁶ Ekblad S. *Från tyst kunskap till profession*. Stockholm: Försäkringskassan i Stockholms län;2002..

¹⁷ Hörnemalm J. *"Samverkan är ett magiskt ord"- Motstridiga ambitioner och ideal i nätverksorganisering*. Institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet;2008.

Charlotte Lundgren skriver i sin avhandling¹⁸ om multiprofessionellt samarbete att den främsta poängen enligt teammedlemmarna är att de får möjlighet att fatta bättre beslut, det vill säga beslut som inte bara grundas på det de ser från sitt eget professionella perspektiv utan även på andras teammedlemmars perspektiv. Genom att stöta och blöta egna iakttagelser och tolkningar tillsammans med kollegorna kan förhastade slutsatser undvikas och förståelsen för patientens möjligheter och problem fördjupas. Det finns alltså möjlighet till bättre beslut, beslut grundade på ett beslutsunderlag från olika infallsvinklar.

Teamet kan således balansera mellan professionell expertis och sammanvägning av olika perspektiv.

Samarbetet leder också till att interpersonella lärandesituationer uppstår. Praktikgemenskapen är ett levande lärtillfälle (a living curriculum)¹⁹. Lärandet kan leda till förändrade handlingsmönster²⁰. Det kan t ex handla om en kontinuerligt utvecklad och fördjupad förståelse hos dem som arbetat i teamet en längre tid.

I en nyligen presenterad studie i Västerbotten²¹ ges indikationer på att Närsjukvårdsprojektet ses som värdefullt av läkare. Studien visar att planerade, regelbundna kontakter med Försäkringskassan i länet har ökat, men det skiljer mellan olika distrikt. Läkare i Skellefteå tycks ha lite kontakt med och mindre goda erfarenheter av kontakten med försäkringskassan. Generellt ökade läkarnas kontakter med försäkringskassan från 31 % till 56 % mellan undersökningstillfällena 2006 respektive 2009. Antalet negativa kommentarer om försäkringskassan minskade markant från 23 till 10 medan de positiva ökade från 3 till 12. För Umeås del är sannolikt en förklaring det så kallade Närsjukvårdsprojektet som pågått sedan 2007. Det är ett samarbete på samtliga hälsocentraler i Umeå och dess kranskommuner där personal från representanter från hälso- och sjukvården träffar handläggare från försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten för samverkan i gemensamma ärenden. I den samverkan kan missförstånd rättas till, information från respektive myndighet lämnas och en gemensam rehabiliteringsplan läggas upp.

En av läkarnas syn på samarbete: *Styrka samarbete mellan olika yrkesgrupper (framför allt vårdpersonal och Arbetsförmedlingen/Försäkringskassan)!*

En annan läkare gav kommentaren *Team på min hälsocentral med koordinator som sköter kontakterna utåt (FK, AF, Soc) fungerar utmärkt. Alla borde ha ett NAFS-team!*

¹⁸ Lundgren C. *Samarbete genom samtal- En samtalsanalytisk studie av multiprofessionella teamkonferenser inom smärtrehabilitering*. Linköping: Filosofiska fakulteten, Linköpings universitet;2009.

¹⁹ Wenger E. *Communities of Practice*. New York: Cambridge University Press;1998.

²⁰ Lave, J och Wenger E. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge, MA: Cambridge University Press;1991.

²¹: Hörnqvist Bylund S, Edlund C. *Västerbottensmodellen- Utvärdering av ett utvecklingsprojekt inom Sjukskrivningsmiljarden*, Västerbottens läns landsting;2011.

9. Framgångsfaktorer

- Styrgruppens breda sammansättning med högt i tak
- Viktigt att alla fyra parter deltar fullt ut i samverkansaktiviteterna
- Många exempel på lyckade utvecklingsarbeten i projektet: NEP, NEPSAM, förstudie till Steget Vidare, seminarier, kontinuerliga handläggarträffar
- Genuin vilja att samarbeta som genomsyrar alla nivåer
- Att avsiktsförklaring finns där alla fyra parter och Samordningsförbundet vill fortsätta med styrgrupp, handläggarträffar och årliga seminarier.
- Arbetet präglas av respekt för varandra och tillit till varandras kompetens
- Ökad kunskap om varandra och varandras regelverk
- Koordinatorer har verkat som motorer i samverkansarbetet
- Koordinatorer och kontaktpersoner har utvecklat en unik samverkanskompetens ("T-kompetens")
- Arbetsförmedlingen och socialtjänsten, hade den första tiden samma kontaktperson på alla hälsocentraler och kliniker, vilket var en god grund för erfarenhetsutbyte och utveckling
- Kontinuitet av koordinator, kontaktpersoner och andra nyckelpersoner ökar trygghet och effektivitet
- Kontinuitet med seminarier, NAFS-träffar, styrgrupp
- Kontaktpersoner har fått mandat och handlingsutrymme i samverkansprocessen
- Trivsel, gott arbetsklimat och högt i tak i NAFS-teamen
- Högt engagemang och noggranna förberedelser inför träffar
- Bättre internt för- och efterarbete inför träffar i NAFS-träffar
- Mod att både se svårigheter och ta itu med dem
- Kranskommunernas koordinators fick en god start och introduktion genom att delta på handläggarträff med erfarna NAFS-teamdeltagare.
- Allt stabilare struktur och bättre rutiner
- Tydligare ansvarsfördelning

- Ökad samsyn och förståelse för varandra i arbetet med sjukskrivning och rehabilitering
- Kortare kontaktvägar
- Tidigare bedömningar i ärenden
- Parallella processer ger snabbare resultat
- Alltmer av helhetssyn präglar samverkansarbetet
- Uthållighet och målmedveten strävan ger resultat
- Bättre och bättre förmåga att ta upp relevanta ärenden
- Gemensamt lärande ökar deltagarnas kunskap och utvecklar arbetet
- Bättre beslut genom att besluten grundas på fler perspektiv och på bättre beslutsunderlag
- Individerna i fokus och ambition att den enskilde inte ska hamna mellan stolarna
- Var glad över det som fungerar men sträva samtidigt efter ständiga förbättringar och utveckling
- Lång projekttid och avtrappningsfas där framtida planering arbetats fram
- Fördel med extern utvärderare som följer projektet under hela projekttiden

10. Förslag inför fortsättningen av Närsjukvårdsprojektet

- Håll överenskommelsen om implementering av Närsjukvårdsprojektet levande. Tänk på vilken stabilitet i strukturer och rutiner som uppnåtts, vilka komplexa problem som kunnat lösas, hur samverkan blivit allt effektivare, hur dubbelarbete undvikits, hur lärande och förståelse för varandra utvecklats. Alla tjänar på samverkan med individen i fokus!
- Varje organisation, landstinget, arbetsförmedlingen, försäkringskassan och socialtjänsten utser en person med uppgift att hålla listan av kontaktpersoner med epostadress och telefonnummer aktuell och skicka till de andra kontaktpersonerna när ändringar sker. Fasta tidpunkter när listorna förnyas är 15 januari resp 15 juni varje år.
- Försök att inte byta kontaktpersoner så ofta då kontinuiteten i samverkan störs. En inskolning då både den ”gamle” och nye representanten är närvarande vid ett NAFS-möte bör ske för att inte värdefull tid i samverkan ska gå förlorad och insatser för sjukskrivna försenas.
- Utse om möjligt en vikarie för varje kontaktperson på respektive hälsocentral/klinik. Då är chansen större att alla parter kan delta i NAFS-mötet och föra ärendet framåt.

Vikarien som gärna kan vara kontaktperson i samverkan någon annanstans får genom att delta på ett annat samverkansmöte ytterligare erfarenheter. Vikarien kan gärna delta tillsammans med ordinarie representanten någon gång.

- Fortfarande saknas ibland frågeställningar inför träffarna eller är frågeställningarna alltför vaga för att deltagarna ska kunna förbereda sig på ett bra sätt.
- Viktigt att inbjudan med lista över ärenden sänds ut i god tid, en vecka t ex, så att kontaktpersonerna hinner förbereda sig och för att mötet ska bli så effektivt som möjligt. Om ytterligare ärenden sänds senare har i alla fall de flesta ärenden hunnit förberedas ordentligt. Det tar inte längre tid att skicka kallelsen i god tid.
- Viktigt att personer inte tappas bort. Betydelsen av uppföljning av ärenden är underskattad. Uppföljning kan tjäna som egenutvärdering, varför blev det som det blev, vad kan vi lära oss? Det kan också visa på goda exempel på att planeringen fungerat.
- Även om ansvarsfördelningen i stort fungerar bra så finns exempel på att möten avslutas utan att det är klart vem som ska göra vad varför detta är ett förbättringsområde.
- Lång framförhållning är viktig i planeringen av styrgruppsmöten, utbildning, seminarier, handläggarträffar för att möjliggöra ett högt deltagande.
- Det bör beslutas om uppföljningstidpunkter för att säkerställa att en till två träffar per år anordnas även vid de kliniker där tidigare kontinuerliga träffar genomfördes.
- Viktigt att se till att NAFS-teamens möten inte kolliderar med de gemensamma NAFS-träffarna under 2012. Med lång framförhållning bör sådana kollisioner kunna undvikas.
- Att förankra att koordinatörerna vid hälsocentraler och kliniker får delta i handläggarträffar 2012 och fortsättningsvis. Det skulle höja kvaliteten på dessa träffar genom att alla samverkanpartners medverkar.
- Att cheferna från de olika organisationerna kontinuerligt deltar i handläggarträffarna. Det ger träffarna högre legitimitet och träffarna blir effektivare genom att problem ibland kan lösas direkt. Det borde vara självklart att alla kontaktpersoner deltar bland annat för att höja kvaliteten på nulägesgenomgångar och genom att föra fram goda exempel och diskutera eventuella problem i samverkansarbetet.

11. Generell analys och slutsatser

Närsjukvårdsprojektet har pågått sedan maj 2007 med försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialtjänsten och hälsocentraler och kliniker i Umeå-området. Mål och förväntningar har inte bara infriats utan överträffats.

Trots olika regelverk, olika referensramar, otillräckliga kunskaper om samarbetsorganisationernas arbetsområden, lojalitetskonflikter gentemot moderorganisationernas kärnverksamhet, risk för övervältringseffekter, vilket brukar vara

vanliga samarbetshinder, har Närsjukvårdsprojektet utvecklats positivt under hela projektiden.

Vad skiljer Närsjukvårdsprojektet från andra samverkansprojekt som inte lyckats i längden? Jag tror att uthålligheten att utveckla samverkan, en god anda med högt i tak, ett gemensamt intresse att åstadkomma resultat där alla parter bidragit har varit viktiga beståndsdelar för framgångarna. Idérikedom och flexibilitet har varit framträdande drag där nya verksamheter som NEP, NEPSAM och förstudie till Steget Vidare är goda exempel. Att projektmedarbetarna känt att de haft mandat och handlingsutrymme i samverkansprocessen är betydelsefullt. Att besluten blivit bättre genom att de grundas på fler perspektiv och bättre beslutsunderlag är också något som alla såväl enskilda som myndigheter tjänar på. Tydligare ansvarsfördelning, kortare kontaktvägar och ökad samsyn och förståelse för varandra i arbetet med sjukskrivning och rehabilitering är också tydliga resultat av framgångsrik samverkan.

Projektet har pågått ovanligt länge för att vara projekt vilket gynnat samverkan då tilliten till varandra hela tiden ökat. En kontaktperson uttryckte förändringen så här: *Vi har andra attityder idag än när vi började – det är ett mera aktivt ”tänk” nu!*

Redan 2009 uttryckte en annan kontaktperson sig så här: *Tycker att vi med ganska enkla medel kunnat klargöra fördelen med att myndigheter träffas och med detta skapat en ömsesidig förståelse och respekt för varandras yrkesroller vilket kommer den enskilde till gagn. Målet måste väl ändå vara att denna arbetsmetod ska implementeras i ordinarie verksamhet och då prioriteras.*

Exemplen ovan visade på något av vad forskningen inom samverkan funnit vara grundpelare för att samverkan ska lyckas nämligen att se helheten för den enskilde och samhället, att hitta ett nytt ”tänk”, egenansvar, vilja och engagemang, gå från kaos till tilltro med nya insikter och vikten av att alla aktörer och personer ser till att samarbetet fördjupas.

I all samverkan stöter man på problem, så har det också varit i Närsjukvårdsprojektet, men det gäller att skaffa sig beredskap för att möta dessa. I Närsjukvårdsprojektet har det funnits mod att se svårigheter men också vilja och förmåga att lösa dessa.

Att projektet fungerat så bra, ja allt bättre, beror på så många faktorer att det är svårt att begränsa sig i beskrivningen. Kort kan sägas bygga tillit till varandra genom gemensamt lärande, praktisk samverkan och genuin vilja att samarbeta har varit en betydelsefull grund för samverkan.

Många eldsjälar på olika nivåer har med stort engagemang och kunnighet verkat för en ständig utveckling och allt stabilare struktur och bättre rutiner.

Koordinatorer och kontaktpersoner som arbetat länge med samverkan har utvecklat en unik samverkanskompetens, ”T-kompetens”.

Det finns forskning som säger att en organisations beredskap att ta till sig nya arbetssätt är viktig för att hur implementeringsprocesser fungerar. Närsjukvårdsprojektets parter har redan

visat sig ha både vilja och förmåga att förändra och utveckla ett väl fungerande samverkanskoncept.

Men även det som fungerar bra idag måste ständigt underhållas. Överenskommelsen om NAFS 2012 visar på en löftesrik framtid för ett implementerat NAFS-arbete.

12. Referenser

Borell K, Johansson R. *Samhället som nätverk- om nätverksanalys och samhällsteori*. Lund: Studentlitteratur; 1996.

Danermark B, Kullberg K. *Samverkan: Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur; 1999.

Ekblad S. *Från tyst kunskap till profession*. Stockholm: Försäkringskassan i Stockholms län; 2002.

Hanberger A, Wikström E och Ghazinour M. *Regeringens insatser mot hedersrelaterat våld – en utvärdering av samverkansprojekt: delrapport 1*. Umeå Centre for Evaluation Research; 2006.

Hörnemalm J. "Samverkan är ett magiskt ord" - *Motstridiga ambitioner och ideal i nätverksorganisering*. Institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet; 2008.

Hörnqvist Bylund S, Edlund C. *Västerbottensmodellen- Utvärdering av ett utvecklingsprojekt inom Sjukskrivningsmiljarden*, Västerbottens läns landsting; 2011.

Jakobsson B, Bergroth A, Schöldt K, Ekholm J. Do systematic multiprofessional rehabilitation group meetings improve efficiency in vocational rehabilitation? *Work* 2005; 24: 279-290.

Kärrholm J, Ekholm K, Jakobsson B, Ekholm J, Bergroth A, Schöldt K. (2006). "Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centred and solution-oriented co-operation. " *Disabil Rehabil* 28(7):457-67.

Lave J, och Wenger E. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1991.

Lindqvist R. *Att sätta gränser: organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. Umeå: Boréa; 2000.

Lundgren C. *Samarbete genom samtal- En samtalsanalytisk studie av multiprofessionella teamkonferenser inom smärtrehabilitering*, Linköping: Filosofiska fakulteten, Linköpings universitet; 2009.

Lundin D. *Vad styr arbetsförmedlarna?* Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering; 2004.

Sackrisson L, Edlund C. *Tidig arbetsförmågebedömning i samband med sjukskrivning på vårdcentral*. Kortform av rapport om Vindelprojektet. Försäkringskassan och Västerbottens läns landsting; 2007.

SOU 2003:106. *Försäkringskassan: den nya myndigheten*. Slutbetänkande, ANSA-utredningen. Stockholm.

Ståhl C. *In Cooperation We Trust. Interorganizational Cooperation in Return –to-Work and Labour Market Reintegration*, (2010). Doktorsavhandling. Linköping: Linköpings Universitet; 2010.

Wenger E. *Communities of Practice*. New York: Cambridge University Press; 1998.

Wikström E, Lindberg K. *Samverkan, vårdkedjor och standardiserade bedömningsinstrument i missbrukarvården: Utvärdering av Medelkommunprojektet*. Rapport 20. Handelshögskolan vid Göteborgs universitet; 2006.

Wihlman U. *Development of Interorganisational Integration*. Doktorsavhandling. Göteborg: Nordic School of Public Health; 2009.