

Järva stadsdelsförvaltning Enheten för ekonomiskt bistånd

Verktygslåda för områdets rehab arbete

Beskrivning av enhetens arbetsprocesser med klienter som är sjukskrivna, risk för långvarig sjukskrivning eller med social/medicinsk problematik.

Det här dokumentet gäller från *2024-05-21*

Dokumentet och arbetsprocesserna ska ses över *2025-03-25*

Vid frågor kontakta din närmaste chef

Innehållsförteckning

Avsnitt 1 – Introduktion till enhetens rehabarbete	2
Bakgrund	2
Att arbeta evidensbaserat	3
<i>BIP- studien</i>	3
<i>Case management</i>	4
Övergripande beskrivning av enhetens ”verktyg” i rehabarbetet	4
Verktyg: Nyckelfunktioner	4
<i>Rehabansvarig</i>	4
<i>SIP-stödjare</i>	4
<i>Case manager</i>	5
Verktyg: Fördjupad samverkan med vården och jobbtorg vuxen	5
Verktyg: Förtroendeläkare	6
Verktyg: Aktivitetsförmågeutredning respektive skriftliga rekommendationer och remisser	6
Avsnitt 2 – Beskrivning av arbetsprocesserna (verktygen) i rehabarbetet	8
Avsnitt 3 - bilagor och användbara länkar	15
<i>Bilaga 1 – Progressionsplan</i>	15
<i>Bilaga 2 – Case manager - dokumentation planering – mall</i>	15
<i>Bilaga 4 – Kartläggning av ärendet</i>	17
<i>Bilaga 5 - Underlag till förtroendeläkare</i>	18
<i>Bilaga 6 - Beställning aktivitetsförmågeutredning</i>	18
<i>Bilaga 7 – Uppföljning</i>	18
<i>Bilaga 8 – plan för implementering</i>	19
Användbara länkar	20
Kontaktuppgifter	21

Avsnitt 1 – Introduktion till enhetens rehabarbete

Dokumentet är uppdelad i tre avsnitt och innehåller följande:

- **Avsnitt 1**
 - En introduktion till enhetens rehabarbete.
 - En beskrivning av det faktaunderlag, evidens, som enhetens rehabarbete bygger på/tagit inspiration av.
 - Övergripande beskrivning av enhetens ”verktyg” i rehabarbetet.
- **Avsnitt 2**
 - Utförliga beskrivningar/arbetsprocesser av vad vi gör när vi använder respektive ”verktyg” i rehabarbetet.
- **Avsnitt 3**
 - Bilagor, användbara länkar och kontaktuppgifter - viktiga underlag och användbara länkar som används i rehabarbetet.

Bakgrund

Järva stadsdelsförvaltning har, i jämförelse med andra stadsdelar, flest individer som är aktuella för ekonomiskt bistånd och som är sjukskrivna eller är kodade med social/medicinska hinder. Majoriteten har långvarigt biståndsbehov.

Flertal fördjupade kartläggningar av ärenden som tillhör målgruppen visar att de varit aktuella under lång tid, haft flera handläggningar och att samma insatser (exempelvis Jobbtorg) har prövats flertal gånger med samma otillfredsställande resultat eller att individerna har haft passiva sjukskrivningar under längre tid där samverkan inte har funnits med hälso- och sjukvården eller att samverkan inte har lett till progression mot bättre hälsa/självförsörjning. Ofta behövs samverkan med flertal parter, fördjupade kartläggningar och regelbundet motivationsarbete för att individen ska göra progression.

I syfte att fler individer som tillhör målgruppen ska göra progression mot bättre livsvillkor och egen försörjning har enheten en ”verktygslåda” som består av:

- [Nyckelfunktioner på enheten](#) (Rehabansvarig, case manager, SIP-stödjare)
- [Fördjupad samverkan med vården och med jobbtorg vuxen](#)
- [Förtroendeläkare](#)
- [Aktivitetsförmågeutredning respektive remisser och skriftliga rekommendationer](#)

Att arbeta evidensbaserat

Beslut om åtgärder ska grunda sig på ett så bra och tillförlitligt underlag som möjligt. Genom den här arbetsprocessen har vi en strävan efter att arbeta evidensbaserat, d.v.s. enligt bästa tillgängliga faktaunderlag. BIP-studien och Case management utgör det faktaunderlag/evidens som arbetsprocessen hämtar inspiration från.

Socialekreteraren, med sin yrkeskunskap och personliga kompetens, har en avgörande roll i förändringsarbetet. Stora delar av arbetsprocessen utgår därför från att det är socialekreteraren som tillsammans med individen arbetar för att denne ska göra progression mot de mål som

gemensamt sätts upp. Genom verktygslådan kan socialekreteraren få stöd i "rehabarbetet" som kan upplevas som snårigt och komplext men även väldigt givande när det går bra och klienten uppnår sina uppsatta mål.

BIP- studien

Informationen nedan är tagen från [Samordningsförbundet Stockholms stads hemsida](#) (2024-04-24).

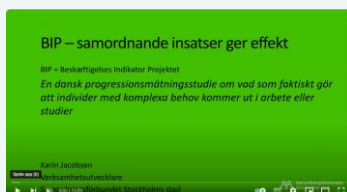
Beskæftigelses Indikator Projektet (BIP) är den hittills mest omfattande progressionsmättningsstudie som har undersökt vad som faktiskt gör att individer med komplexa behov kommer i arbete. Tio danska Jobbcenter med cirka 300 handläggare och 4 000 arbetslösa personer medverkade i studien genom att besvara en enkät var tredje månad. Bakgrundsinformationen om de arbetslösa personerna kom från register på Jobbcentren samt från en rad centrala register i Danmark om arbetslöshet och ekonomiskt bistånd.

"BIP-studien visade att progression mot arbetsmarknaden går snabbare om man erbjuder parallella insatser, där individen får hjälp på flera fronter samtidigt. Kompetenshöjande, sociala och hälsorelaterade insatser skapar i sig själva inte progression mot arbetsmarknaden. De gör de bara om de kombineras med andra insatser, särskilt om de kombineras med en jobbfokuserande insats."

BIP har även påvisat att byte av handledare påverkar individens chanser att få ett jobb eller börja studera.– varje handläggarbyte minskar arbetslösa individers chanser för att hitta ett arbete med 22 procent. För de individer som hade en handläggare med hög jobbfokusering ökade sannolikheten att få jobb med 22 procent, för de individer som har en handläggare som trodde på dem ökade sannolikheten att få ett jobb/studera med 33 procent.

Tips! Mer information om BIP som Samordningsförbundet Stockholms stad tagit fram

Tryck på bilden nedan för att se en kort film:



Tryck på bilden nedan för att se presentationen:



Case management

Case management (CM) är en evidensbaserad metod som anpassas efter människors behov av rehabiliterande stöd inom **alla** livsområden. Metoden/arbetssättet riktar sig mot motiverade deltagare som önskar ta emot stöd frivilligt.

Deltagarna får stöd att påverka sin livskvalitet genom en meningsfull vardag där de försörjer sig själva och känner sig som en del av samhället. Case managern följer med deltagaren i olika sammanhang, ordnar tider och bokar möten med myndigheterna och vården. Deltagaren står hela tiden i centrum.

Övergripande beskrivning av enhetens ”verktyg” i rehabarbetet

Verktyg: Nyckelfunktioner

Enheten har tre nyckelfunktioner som stöttar socialsekreterarna i rehabarbetet. Nedan beskrivs respektive nyckelfunktion:

Rehabansvarig

[Klicka här för kontaktuppgift till Rehabansvarig](#)

Rehabansvarig har en fördjupad kunskap och expertis kring rehabprocessen och sjukersättning/aktivitetsersättning och har som uppdrag att ge råd och stöd till socialsekreterare som har klienter som tillhör målgruppen för att de ska göra progression mot egen försörjning.

Rehabansvarig har god kontakt och samverkan med nyckelpersoner inom vården och Jobbtorg vuxen och kan stötta socialsekreterarna i samverkan kring individen. Rehabansvarig är den som har mandat att fatta beslut om vilka ärenden som ska tas med förtroendeläkare, aktivitetsförmågeutredningar och till fördjupad samverkan med vården samt identifiera klienter som tillhör målgruppen genom exempelvis genomgång av kretsar.

Rehabansvarig ska verka för att utveckla och fördjupa samverkan med de vårdenheter som är vanligast förekommande i Järvaområdet, med Jobbtorg och vid behov Samordningsförbundet Stockholm och andra enheter inom socialtjänsten.

SIP-stödjare

Enhetens SIP-stödjare kan vid behov och efter bedömning av Rehabansvarig stötta upp med förberedelser inför och under SIP-möten som föranletts av en Rehabförfrågan ([se bilaga 2](#)) och där det finns en progressionsplan ([se bilaga 1](#)).

Case manager

[Klicka här för kontaktuppgift till CM](#)

Case managerns uppdrag är att ge anpassat stöd utifrån deltagarnas behov med målet att deltagarna ska göra stegförflyttningar mot ökad förmåga i arbete och studier. Case managern ska tillsammans med deltagaren och genom kartläggning identifiera deltagarens behov, resurser och mål.

Om deltagaren är i behov av samordnande stöd ska case managern kunna erbjuda det. Case managern ska även hjälpa till med att identifiera och föreslå andra insatser och stöd som deltagaren kan ha nytta av och/eller rätt till för att kunna göra stegförflyttning mot arbete eller studier. Insatsen ska pågå i max 12 månader.

Tänk på att insatsen är frivillig och kan inte kravställas mot ekonomiskt bistånd

Målgrupp för CM-insats	Kriterier	Exempel på aktiviteter som Case managern erbjuder tillsammans och för deltagare
<ul style="list-style-type: none">•Är motiverad samt har:•Svårt att följa en upprättad och anpassad planering (oförmåga inte ovilja).•Står långt ifrån arbetsmarknaden (t.ex. inskriven på Jobbtorg upprepade gånger).	<ul style="list-style-type: none">•Finns ett tydligt mål med insatsen från socialsekreterare.•Det ska finnas muntligt och skriftligt samtycke med hälso- och sjukvården, AF/jobbtorg.•Inte i ett pågående missbruk.•Riskanalys, det ska inte finnas risk för hot/våld.•Ska göra sig förstådd och förstå utan tolk.	<ul style="list-style-type: none">•Kontakta/samordna vårdkontakter/myndigheter/andra enheter inom socialtjänsten.•Stötta i anpassningar.•Följa med på möten/vara delaktig i planering med jobbtorg/arbetsförmedlingen/studie- och yrkesvägledare.•Söka arbeten/studier.•Följa med på studiebesök.

Verktyg: *Fördjupad samverkan med vården och jobbtorg vuxen*

Enheten har fördjupad samverkan med följande enheter:

- Kista vårdcentral
- Tensta vårdcentral
- Rinkeby vårdcentral
- Spånga Vårdcentral
- Järva vårdcentral
- Husby-Akalla vårdcentral
- Aleris psykiatri (Kista, Rinkeby, Spånga)
- Jobbtorg Vuxen

Den fördjupade samverkan innebär enhetens Rehabansvarig samverkar strukturerat med vårdcentralernas Rehabkoordinatorer och med kontaktperson på Jobbtorg vuxen kring klienter som är aktuella på enheten och där Rehabansvarig är inkopplad. Det här verktyget används på initiativ av Rehabansvarig.

Verktyg: *Förtroendeläkare*

I de fall det inte går att få till en tillfredsställande samverkan med sjukskrivande vårdenhet och klienter inte gör progression mot självförsörjning och/eller om det finns oklarheter/frågor gällande läkarintyget har enheten ett avtal med förtroendeläkare som kan kopplas på. Förtroendeläkaren går igenom läkarintygen och ger muntliga och skriftliga rekommendationer som ska användas i den fortsatta planeringen. Rehabansvarig är den som har mandat att fatta beslut om vilka ärenden som ska tas med förtroendeläkare.

Verktyg: *Aktivitetsförmågutredning respektive skriftliga rekommendationer och remisser*

En aktivitetsförmågutredning ska ge en helhetsbild som inte bara beskriver funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar utan även belyser klientens kvarvarande förmåga till aktivitet. Utredningen bidrar till en bedömning av klientens arbetsförmåga och eventuella behov av samordnande insatser. Utredningen genomförs av ett försäkringsmedicinskt team som består av olika professioner (läkare, psykolog, arbetsterapeut m.m.). Vilka professioner som kopplas på i utredningen kan variera, en bedömning görs av leverantören i dialog med Rehabansvarig.

Tjänsten kan användas i de fall där enheten för ekonomiskt bistånd behöver mer underlag för att bedöma vilken planering som behövs för att klienten ska nå egen försörjning på sikt. Samtliga insatser/verktyg (ex förtroendeläkare, samverkan med klientens vårdgivare, jobbtorg/FINSAM/AF) ska antingen inte ha lett till att en adekvat planering mot självförsörjning har kunnat upprättas eller bedömning har gjorts att de insatser/verktyg som finns till buds inte är aktuella/bäst lämpade för klienten.

Utredningen kan även användas för de klienter som genomgått insatser, där ingen eller delvis förmåga uppnåtts. I dessa fall används utredningen i syfte att utreda om det kan vara aktuellt att nå självförsörjning genom sjukersättning/aktivitetsersättning, helt eller delvis. Tjänsten kan även användas i en pågående ansökningsprocess kring sjukersättning/aktivitetsersättning, där det kan framkomma behov av kompletterande underlag och utredning.

Aktivitetsförmågutredningen ska bl.a. ge svar på följande frågor:

- Kan personen utföra ett arbete delvis/inte alls? Om delvis eller inte alls, ska det framgå varför och på vilket sätt personen är förhindrad.
- Kan personen utföra någon form av aktivitet? Behövs anpassningar, vilka i sådant fall?
- Finns medicinska hinder för att påbörja en aktivitet?
- Vilka andra åtgärder krävs för att personen kan återvända till arbete/stå till arbetsmarknadens förfogande, alternativt påbörja en arbetslivsinriktad rehabilitering?
- Är det aktuellt att ansöka om hel/delvis sjuk-aktivitetsersättning?
- Är det aktuellt att begära omprövning vid avslag sjuk - och aktivitetsersättning?

Skriftliga rekommendationer och remisser

Om leverantören bedömer att det inte är aktuellt med en aktivitetsförmågeutredning ska leverantören lämna rekommendationer om lämpligare insatser/aktiviteter för klienten. Vid behov kan det försäkringsmedicinska teamet, när så behövs, remittera klienten till andra vårdinstanser samt ge skriftliga rekommendationer.

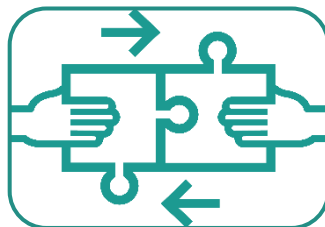
Avsnitt 2 – Beskrivning av arbetsprocesserna (verktygen) i rehabarbetet

Verktygslådan består av olika arbetsprocesser som kan användas i arbetet med klienter som tillhör målgruppen för att de ska göra progression mot bättre livsvillkor och självförsörjning.

Klicka på bilden för respektive ”verktyg” för att se arbetsprocessen



Rehabansvarig
handleder



Samverkan med
vården
Fördjupad samverkan
med Jobbtorg vuxen



Förtroendeläkare



Aktivitetsförmågeutredning
Skriftliga rekommendationer
och remisser (AFU-leverantör)



Case manager



Rehabansvarig
handleder

Tips! Klicka på bilden ovan för att komma tillbaka till verktygslådan

1. Impuls

Socialsekreterare identifierar en klient som stämmer in på något av följande:

- Är sjukskriven eller kodad med social/medicinska hinder och saknar samordnade parallella insatser.
- Har/eller finns misstanke om funktionsvariation och/eller oklart vad klienten klarar av.
- Finns frågor om det är aktuellt med sjukersättning/aktivitetsersättning/sjukpenning i särskilda fall eller fått avslag.

2. Kontakt med Rehabansvarig

Socialsekreteraren mailar Rehabansvarig följande information:

Klientens initialer och första fyra siffror.

3. Genomgång av dokumentation

Rehabansvarig går igenom dokumentation i journal:

- Finns behov av stöd?
- Finns vårdkontakter/behov av vårdkontakter?
- Är det aktuellt med sjukersättning/AFU/samordnade parallella insatser?
- Hur har det sett ut bakåt?

4. Handledning

Rehabansvarig:

1. Bokar tid med socialsekreteraren.
2. Går gemensamt igenom ärendet.
3. Tar ställning till vilken planering som behövs och om progressionsplan ska upprättas (se bilaga 1 - progressionsplan).

5. Bedömning

Rehabansvarig tar ställning till progressionsplan utifrån de fem kategorierna nedan:

Kategori 1: Ytterligare kartläggning/inhämtande av underlag (ex samtycken till vården) behövs.

Kategori 2: Förslag på enklare åtgärder.

Kategori 3: Aktuellt med samverkan med vården/fördjupad samverkan jobbtorg vuxen.

Kategori 4: Aktuellt med förtroendeläkare.

Kategori 5: Aktuellt med aktivitetsförmågutredning (AFU).

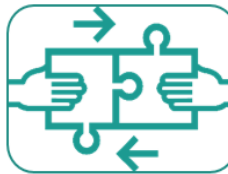
6. Progressionsplan

1. Rehabansvarig importerar progressionsplan i klientens dok.hant och mejlar till socialsekreterare med kopia till biträdande (även till mentor om socialsekreterare ingår i introduktionsprogrammet).

2. Om progressionsplanen tillhör kategori 1 eller 2 ansvarar socialsekreteraren för att utföra planen och biträdande enhetschef för uppföljning.

3. När progressionsplaner från kategori 1 är klara anmäler socialsekreteraren ärendet på nytt till Rehabansvarig.

4. Progressionsplaner som tillhör kategori 3,4 och 5 ansvarar socialsekreterare och Rehabansvarig för tillsammans, och hanteras enligt arbetsprocesser som tillhör respektive verktyg.



Samverkan med vården
Fördjupad samverkan
med Jobbtorg vuxen

Klicka på bilden ovan för att komma tillbaka till verktygslådan

1. Impuls

- Socialsekreterare identifierar en klient som är sjukskriven och där socialsekreteraren behöver stöd i samverkan med vården.
- Det finns en progressionsplan (kategori 3)
- Vården hör av sig till Rehabansvarig och vill samverka kring en individ. Samtycke till informationsutbyte finns.
- Kontaktperson på Jobbtorg vuxen hör av sig till Rehabansvarig och vill samverka kring en individ.

2. Bedömning

- Rehabansvarig tar ställning till hur kontakt med vården ska ske (ex rehabförfrågan/telefon/mail).
- Om impuls via vården/jobbtorg vuxen tar Rehabansvarig ställning till om det behövs en progressionsplan. Om bedömning görs att en progressionsplan ska upprättas ansvarar Rehabansvarig för detta och för dialog med ansvarig socialsekreterare.

3. Samverkan

1. Rehabansvarig och ansvarig socialsekreterare upprättar planering med vården och/eller med jobbtorg vuxen. Rehabansvarig ansvarar för detta och för dokumentation i progressionsplanen.
2. Socialsekreterare ansvarar för kommunikation med klient (dvs att klient är delaktig i planering och väl införstådd att samverkan sker).

4. Planering genomförs

- Upprättad planering i progressionplan genomförs enligt den ansvarsfördelning som har tagits fram.
- Vid strukturerad uppföljning med Rehabkoordinatorer (där det finns fördjupad samverkan med vården) ansvarar Rehabansvarig för dessa.
- Rehabansvarig kopplar på SIP-stödjare vid behov (se beskrivning SIP-stödjare).
- Vid sjukersättning/aktivitetsersättningsprocess har Rehabansvarig uppföljningsansvar tills dess att processen avslutats.

5. Uppföljning

1. Rehabansvarig har uppföljningsansvar tills dess att klienten har parallella samordnade insatser och en adekvat planering mot självförsörjning.
2. Om upprättad planering inte har genomförts av ansvarig socialsekreterare inom rimlig tid övergår uppföljningsansvaret till biträdande enhetschef. Rehabansvarig ansvarar för att meddela biträdande enhetschef och socialsekreteraren.



Förtroendeläkare

Klicka på bilden för att komma tillbaka till
verktygslådan

1. Impuls

1. Socialsekreterare identifierar en klient som:
 - Är sjukskriven på en vårdenhets/VC som enheten inte har samverkan med (se fördjupad samverkan med vården).
 - Och som inte gör progression mot självförsörjning och/eller där det finns oklarheter/frågetecken kring läkarintyget.
2. Det finns en progressionsplan.

2. Bedömning

1. Socialsekreterare tar kontakt med Rehabansvarig.
2. Om det bedöms att ärendet ska tas med förtroendeläkare informerar Rehabansvarig vad socialsekreteraren behöver göra inför förtroendeläkarsittning.

3. Överlämning av information

1. Socialsekreterare överlämnar dokument till Rehabansvarig inför förtroendeläkarsittning.
2. Rehabansvarig tar kontakt med förtroendeläkaren och lämnar över dokumentationen.

4. Förtroendeläkarsittning

1. Socialsekreteraren och Rehabansvarig deltar i förtroendeläkarsittning.
2. Förtroendeläkaren ställer kompletterande frågor utifrån underlagen, för dialog med socialsekreteraren (och vid behov Rehabansvarig) och ger rekommendationer.

5. Skriftliga rekommendationer

1. Förtroendeläkaren skickar skriftliga rekommendationer till Rehabansvarig som lämnar dem till ansvarig socialsekreterare.
2. Ansvarig socialsekreterare ansvarar för att scanna in dokumentet i dok.hant och journalföra de åtgärder som ska vidtas med anledning av rekommendationerna.

6. Uppföljning

1. Rehabansvarig bokar in en avstämning med socialsekreteraren inom en månad efter att skriftliga rekommendationer har inkommit för att följa upp om åtgärderna har påbörjats.
2. Rehabansvarig har ett uppföljningsansvar till dess att klienten har en adekvat planering mot självförsörjning och parallella insatser (om det är aktuellt med sjukersättning/aktivitetsersättning kan Rehabansvarig ha ett fortsatt uppföljningsansvar).
3. Om åtgärder inte har vidtagits inom två månader (från när skriftliga rekommendationer inkommit) meddelar Rehabansvarig biträdande enhetschef som tar över uppföljningsansvaret.

**Aktivitetsförmågeutredning**

Klicka på bilden för att komma tillbaka till verktygslådan

1. Impuls

- Socialsekreterare/ Rehabansvarig identifierar klient som kan vara aktuell för tjänsten (se aktivitetsförmågeutredning).
- Det finns en progressionsplan.

2. Bedömning

1. Klientens socialsekreterare tar kontakt med Rehabansvarig och för en dialog huruvida det är aktuellt med tjänsten.
2. Rehabansvarig gör en bedömning att det är aktuellt med tjänsten och om samtycke ska inhämtas från klienten eller om leverantören ska rådfrågas innan samtycke inhämtas.

3. Samtycke och information till sökande

1. Socialsekreteraren inhämtar muntligt och skriftlig samtycke från klienten som dokumenteras och scannas in i dok.hant.
2. Socialsekreteraren säkerställer att klienten har förstått hur processen kommer att gå till.

4. Underlag och beställning

1. Rehabansvarig fyller i en skriftlig beställning.
2. Rehabansvarig för dialog med leverantören och socialsekreteraren gällande vilka underlag som behövs.
3. Allt underlag (ex medicinska underlag/skriftlig beställning) skickas med rekommenderat brev till leverantören.

5. Tider

1. Leverantören tar kontakt med klienten och erbjuder tider inom två veckor.
2. Leverantören informerar Rehabansvarig/klientens socialsekreterare om hur utredningen kommer att gå till och klientens tider.

6. Telefontolk

1. Socialsekreteraren bokar telefontolk och skickar bekräftelse via e-post till leverantören.

7. Inför utredningen

- Socialsekreteraren:
1. Säkerställer att klienten har förstått informationen.
 2. Vet om vilka tider den ska gå på.
 3. Samt vid behov påminner och stöttar för att klienten ska ha goda förutsättningar att genomföra utredningen.

8. Utredningen

1. Leverantör, Rehabansvarig och socialsekreteraren har kontinuerlig dialog via telefon/mejl om hur det går med utredningen.

9. Utredningens slutförande

1. När utredningen är klar informeras socialsekreterare/rehab-ansvarig om utredningens resultat och en plan görs tillsammans med leverantören kring nästa steg i processen.
2. Utredningen skickas till Rehabansvarig samt till klienten.
3. Utredningen importeras i dokumenthanteraren och ett fysiskt exemplar läggs i klientens fysiska akt. Rehabansvarig ansvarar för detta.

Klicka på bilden för att komma tillbaka till verktygslådan

1. Impuls

- Klientens socialsekreterare /Rehabansvarig identifierar en klient som kan vara aktuell för tjänsten (se aktivitetsförmågeutredning).
- Det finns en progressionsplan.

2. Kontakt och Bedömning

1. Klientens socialsekreterare tar kontakt med Rehabansvarig som tillsammans för en dialog huruvida det är aktuellt med tjänsten.
2. Rehabansvarig gör en bedömning om det är aktuellt med tjänsten och om samtycke ska inhämtas från klienten eller om leverantören ska rådfrågas innan samtycke.

3. Samtycke och information till sökande

1. Socialsekreteraren inhämtar muntligt och skriftlig samtycke från klienten.
2. Socialsekreteraren ansvarar för att samtycken dokumenteras och scannas in i dok.hant och för att meddela Rehabansvarig att samtycken inkommit.
2. Socialsekreteraren säkerställer att klienten har förstått hur processen kommer att gå till.

4. Samverkan

1. Rehabansvarig rådfrågar leverantör som bedömer att det inte är aktuellt med utredning (kan även ske efter punkt 6).
2. Rehabansvarig(i dialog med leverantören) bedömer om det är aktuellt att inhämta skriftliga rekommendationer/ remiss ska skickas av leverantören

5. Underlag och beställning

1. Rehabansvarig fyller i en skriftlig beställning.
2. Rehabansvarig för dialog med leverantören och socialsekreteraren gällande vilka underlag som behövs.
3. Allt underlag (ex medicinska underlag/skriftlig beställning) skickas med rekommenderat brev till leverantören.

6. Bedömning

1. Leverantören går igenom alla underlag och bedömer att det inte är aktuell med en utredning (kan även göras tidigare, se punkt 4).

7. Skriftliga rekommendationer /remiss

1. Leverantören skriver skriftliga rekommendationer om vilka insatser/nästa steg som behövs göras innan det eventuellt är aktuellt med en utredning/ eller om någon annan insats är lämplig. Dessa skickas per post till Rehabansvarig.
2. Vid behov kan läkaren i det försäkringsmedicinska teamet remittera klient till andra vårdinstanser.
3. De skriftliga rekommendationerna importeras i dokument hanteraren och ett fysiskt exemplar läggs i klientens fysiska akt. Rehabansvarig ansvarar för detta.

8. Uppföljning

1. Fortsatt samarbete med det försäkringsmedicinska teamet kan ske om det finns behov av stöd, ex uppföljning av remiss till andra vårdinstanser. Rehabansvarig ansvarar för detta.



Case manager

Klicka på bilden för att komma tillbaka till verktygslådan

1. Impuls

1. Socialsekreteraren identifierar en klient som tillhör målgruppen och som uppfyller kriterierna (se målgrupp och kriterier).
2. Socialsekreteraren fyller i remiss CM ([följ länk](#))

2. Kontakt med case manager

1. Socialsekreteraren lämnar remiss CM i CM:s biträdandes postfack.
2. CM bokar tid med socialsekreteraren för att gå igenom remiss.
3. Case manager säkerställer att klienten uppfyller kriterierna för insatsen.

3. Bedömning

Case manager gör en bedömning om klienten ska erbjudas insatsen.

4. Kontakt med klient

1. Socialsekreteraren ringer klienten och erbjuder ett informationsmöte.
2. Om klienten tackar ja bokas ett informationsmöte in inom en vecka.

5. Informationsmöte

1. Case manager informerar om insatsen och undersöker vad klienten önskar stöd med.
2. Klient erbjuds insatsen och uppstartsmöte bokas in om klienten tackar ja.

6. Uppstartsmöte

1. Case manager och klient upprättar en skriftlig planering tillsammans där mål och delmål framgår (se bilaga 2)
2. Uppföljningsmöten mellan CM, socialsekreteraren och klienten bokas in.

7. Informationsutbyte

1. Case manager importerar planeringen i klientens dok.hant och informerar socialsekreteraren.

8. Genomför planering

1. Case manager och klient genomför/och reviderar planering vid behov (se exemplet insatser).
2. Ansvarig socialsekreterare behöver regelbundet stämma av med CM om hur planeringen fortlöper och ansvarar för dokumentation i journal.

9. Insats avslutas

Insats avslutas när:
Klient uppnår sina mål.
Klient inte passar/önskar insatsen.
Klient avslutas på enheten.
Insatsen överstiger 12 månader.

Avsnitt 3 - bilagor och användbara länkar

Bilaga 1 – Progressionsplan

Vad: En progressionsplan är en dokumentationsmall som används av Rehabansvarig för att dokumentera den upprättade planeringen. Syftet med planeringen är att klienten ska göra progression mot bättre livsvillkor och självförsörjning – därav namnet progressionplan.

Varför: Planeringen ska vara dokumenterad på en och samma plats vilket underlättar kommunikationen mellan ansvarig socialsekreterare och Rehabansvarig. Erfarenhet av arbetssättet visar att samlad och tydlig dokumentation kring vad som har gjorts och planeras att göras motverkar glapp i planeringen och ligger i linje med BIP-studiens resultat.

Hur: Progressionsplanen importerar Rehabansvarig i klientens dok.hant i en tom mall som döps till Progressionsplan. Följande rubriker ansvarar Rehabansvarig för att dokumentera vid upprättande och justering av planering:

- Vad ska göras?
- Vem ska göra?
- När ska det göras?
- Varför ska det göras?
- Har det gjorts?

Förutom rubrikerna ovan ska det även framgå av progressionsplanen vem som har uppföljningsansvar - Rehabansvarig eller biträdande enhetschef.

Bilaga 2 – Case manager - dokumentation planering – mall

Case manager -dokumentation planering

Klient:

Socialsekreterare:

Start för insats:

Huvudmål:

Delmål:

Delmål:

Delmål:

Delmål:

Första uppföljningsmöte datum:

Uppföljning 1:

Närvarande:

Sammanfattning av uppföljning:

Huvudmål:

Delmål:

Delmål:

Delmål:

Delmål:

Andra uppföljningsmöte datum:

Uppföljning 2:

Närvarande:

Sammanfattning av uppföljning:

Huvudmål:

Delmål:

Delmål:

Delmål:

Delmål:

Tredje uppföljningsmöte datum:

Uppföljning 3:

Närvarande:

Sammanfattning av uppföljning:

Huvudmål:

Delmål:

Delmål:

Delmål:

Delmål:

Bilaga 3 - Stöd vid granskning och/eller komplettering av medicinska underlag

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Socialekreteraren ska granska läkarintyget/medicinska underlag och säkerställer om det finns en eller flera tydliga diagnoser. Att läkarens objektiva undersökningsfynd av individen finns beskrivna under funktionsnedsättning samt att det finns en tydlig beskrivning av vad individen är förhindrad att göra till följd av diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Detta kallas DFA-kedjan, Diagnos-Funktionsnedsättning-Aktivitetsbegränsning och används av Försäkringskassan vid bedömning av t ex sjukpenning.

Socialekreteraren tar vid behov hjälp av Socialstyrelsens **Försäkringsmedicinskt beslutsstöd**

Rehabiliteringsförfrågan

Vanligt är att socialekreteraren vill veta vad som kan göras för att individen ska komma närmare en självförsörjning. Socialekreteraren kan då skicka en [Rehabiliteringsförfrågan](#) till vårdgivaren. Svaret på Rehabiliteringsförfrågan kan sedan användas som ett underlag för vidare planering.

Bilaga 4 – Kartläggning av ärendet

När en fördjupad kartläggning av ärendet behöver göras av ansvarig socialekreterare används [kartläggningsmallen](#).

En kartläggning fyller flera syften:

- ✓ Ta reda på vad som har gjorts tidigare och resultat
- ✓ Ta reda på vad som inte har gjort tidigare och dra lärdomar från det
- ✓ Undersöka klientens stödbehov och resurser.
- ✓ Skapa förutsättningar att fram den bästa planeringen mot självförsörjning.
- ✓ Skapa förutsättningar för klienten att beskriva sin livshistoria och på det sättet öka tilltro, samförstånd och motivation.

Om personliga möten:

- I kartläggningen ingår det att träffa klienten om frågor resulterar i ja eller nej svar kan följdfrågor vara bra: ex "förklara mer" ... "jag förstår inte riktigt" ... "skulle du kunna beskriva vidare?" ... alternativt fråga mer i detalj. Våga vara nyfiken!
- Syftet med kartläggningen ska förklaras för personen - ex det behöver kartläggas/utredas/klargöras en del saker så att vi inte ställer krav som inte är rimliga och för att vi ska kunna hjälpa på bästa sätt.
- Det kan ta ett par tillfällen, men max en timme per tillfälle med klienten för att göra en fullständig kartläggning. Tidsåtgången kan givetvis variera och muntliga uppgifter ska inte ersätta underlag och vidare utredning.
- Skriftliga underlag återger vad som är de reella ställningstaganden som vård och andra instanser gör, muntlig information (särskilt andrahandsinformation) kan vara föremål för feltolkning/missförstånd och är av ringa värde för exempelvis Försäkringskassan.

Bilaga 5 - Underlag till förtroendeläkare

Vilka underlag som behöver presenteras för förtroendeläkaren informerar Rehabansvarig socialsekreteraren inför förtroendeläkarsittning. [Anmälningsblankett](#) och [samtyckesblankett](#) är i regel obligatoriska underlag.

Bilaga 6 - Beställning aktivitetsförmågeutredning

Vilka underlag som behöver inför en aktivitetsförmågeutredning informerar Rehabansvarig socialsekreteraren inför beställning. [Beställningsblankett](#), [Fullmakt för utdrag ur annans journal \(regionstockholm.se\)](#), [begäran underlag Försäkringskassan](#), [samtyckesblankett](#) är i regel obligatoriska underlag.

Bilaga 7 – Uppföljning

I ärenden som Rehabansvarig har uppföljningsansvar för följs resultat upp på individnivå och syftar till analys på gruppnivå utifrån BIP-studiens slutsatser om framgångsfaktorer för progression.

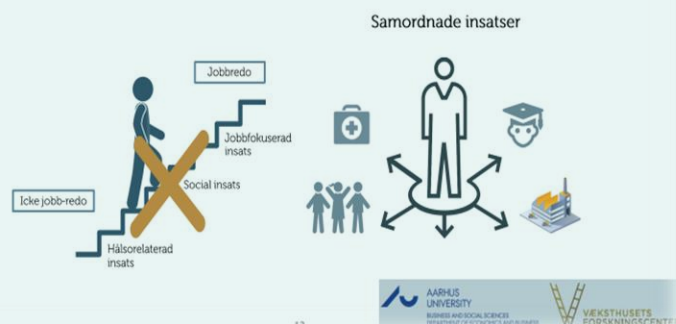
- Fas 0 = Tillbakagång (har ingen insats)
- Fas 1 = Har en eller flera insatser (dock inte jobbfokuserande)
- Fas 2 = Har kombinerade, samordnade insatser varav en av dem är jobbfokuserande.
- Fas 3 = Har parallella insatser (inkl. jobbfokuserande) och gör progression mot självförsörjning (i jämförelse med förra uppföljningen)
- Fas 4 = Är självförsörjande

Biträdande enhetschef och socialsekreterare kan med fördel använda följande stödfrågor/bilder vid uppföljning av ärenden där det finns en progressionsplan men där Rehabansvarig inte har ett uppföljningsansvar:

Obs! bilderna är från Samordningsförbundet Stockholms sida, medan frågorna är formulerade av enheten.

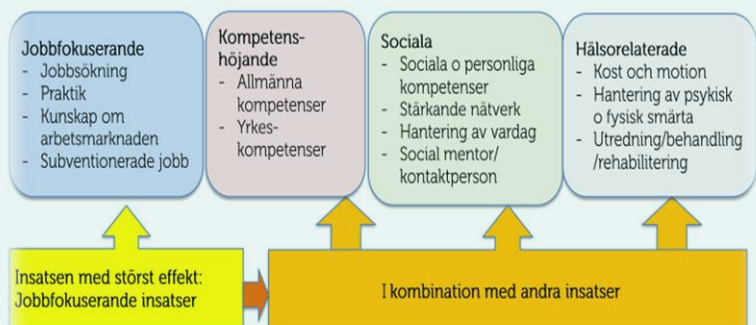
RESULTAT FRÅN BIP-STUDIEN

BORT FRÅN TRAPPMODELLEN



Typ av insatser har avgörande betydelse!

Insatserna som erbjuds till individerna delas in i fyra grupper:



Diskussionsfrågor

Vilken tilltro har individen till att den kommer att bli självförsörjande på sikt?

Vilken tilltro har du till att din klient kommer att bli självförsörjande på sikt?

Vad behöver hända till nästa uppföljning för att din klient ska göra progression (utgå från insatserna från de



Resultat som analyseras används sedan för utvärdering och justering av arbetssätt. Det framgår av dokumentets framsida när arbetssättet och dokumentet ska följas upp.

Bilaga 8 – plan för implementering

Utifrån ledarskapets fyra funktioner har ledningsgruppen tagit fram en plan för implementering av verktygslådan. Planen ska följas av biträdande enhetschefer och följas upp var 6:e månad till dess att verktygslådan anses vara implementerad. Då tas en plan för förvalta och utveckling fram.

Leda

Biträdande enhetschefer ska:

- Ta upp i teamen och på ärendeuppföljningar varför vi ska arbeta med målgruppen enligt verktygslådan, dvs målgruppen är störst på enheten och Järva har flest som tillhör målgruppen i jämförelse med andra stadsdelar.
- Förankra BIP-studiens resultat hos medarbetarna, dvs vikten av parallella insatser utan glapp, hög tilltro, tidigt jobbfokus och individuella bedömningar.
- Väcka idén om det sociala arbetet.
- Påtala att verktygslådan inte är något nytt eller att det rör sig om en ny målgrupp.
- Lägga större vikt vid att leda när det är nya medarbetare eller medarbetare som inte använder verktygslådan.

Chefa

Biträdande enhetschefer ska:

- Fånga upp ärenden där verktygslådan behöver användas (Rehabansvarig/CM/förtroendeläkare/AFU) och påminna vid ärendedragningar/ärendeuppföljningar.
- För nya medarbetare ska biträdande vara mer aktiva i att välja ut ärenden.
- Korrigera/lyfta behov av förändring om arbetssätten inte flyter på.



- Möjliggöra att socialsekreterarna får rätt förutsättningar att arbeta med målgruppen enligt verktygslådan.
- Informera och säkerställa att socialsekreterarna inventerar kretsar för att identifiera vilka klienter som tillhör målgruppen och där socialsekreterarna inte vet hur de ska gå vidare. Socialsekreterarna ska sedan ta med ärendena till kretsgenomgång med biträdande enhetschef.

Coacha

Biträdande enhetschefer ska:

- Coacha i syfte att socialsekreterarna ska ha ett lösningsfokuserat sätt, och för att stanna upp och reflektera.
- Råda socialsekreterarna i hur de ska arbeta med klienter som tillhör målgruppen och i de ärenden de själva har tagit fram vid kretsgenomgång.
- Coacha de socialsekreterarna som är väl insatta i verktygslådan.
- Coacha, väg(leda) och uppmärksamma verktygslådan för nyanställda/socialsekreterare som inte är insatta i arbetssätten vid äredeuppföljning.
- Lyfta goda exempel i teamen, t.ex goda exempel från förtroendeläkare.

Medmänniska

Biträdande enhetschefer ska:

- Vara lyhörda och ge feedback i syfte att verktygslådan ska implementeras.
- Biträdande enhetschefer ska ha en aktiv tankegång kring socialsekreterarnas krets och vad socialsekreteraren "sitter med".
- Biträdande enhetschefer ska stötta genom att hjälpa till med prioritering och ha förståelse för att det inte är en "quick fix" och bekräfta att vi förstår svårigheterna men även lyfta vilken kraft man har som socialsekreterare.
- Biträdande ska stärka de individuella bedömningarna, att som chef backa upp och stötta.
- Biträdande enhetschefer ska reflektera tillsammans med socialsekreterarna och se "helheten".

Användbara länkar

Samtycke, mallar och blanketter

- [Rehabiliteringsförfrågan](#)
- [Samtycke informationsutbyte](#)
- [Mall för samtycke FK](#)
- [Begäran underlag Försäkringskassan](#)
- [Begäran när du jobbar på en kommun - Arbetsförmedlingen \(arbetsformedlingen.se\)](#)

Socialstyrelsen

- [Försäkringsmedicinskt beslutsstöd](#) (beslutsstöd för diagnoser)

- [Samverkan med andra aktörer \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

Information om förmåner

- [Information om sjukersättning](#)
- [Information om aktivitetsersättning](#)
- [Information om sjukpenning i särskilda fall](#)
- [Ansökan om samordning av rehabiliteringsinsatser - Försäkringskassan \(forsakringskassan.se\)](#)

Information om insatser/samverkan

- [Välfärdsguiden \(valfardsguiden.se\)](https://valfardsguiden.se)
- [Det är roligt att arbeta tillsammans! - Samordningsförbundet \(samordningstockholm.se\)](https://samordningstockholm.se)
- [Den digitala Rehabiliteringsbanan \(aventus.nu\)](https://aventus.nu)
- [Information och underlag till samordnad individuell plan \(SIP\)](#)

Interna dokument

- [Kartläggningsmall](#) (fördjupad kartläggning av ärendet)

Kontaktuppgifter

Enhetens nyckelfunktioner

Klicka på den nyckelfunktion som du vill ha kontaktuppgifter till



Leverantör aktivitetsförmågeutredningar

[AFU leverantörer och pris 2023-2025.docx \(stockholm.se\)](#)

Leverantör förtroendeläkare

Jack Norling (Susano AB)

Tel:	0103300870
Mob:	0103300870
Mail:	jack.norling@susano.se