



ULRICEHAMNS
KOMMUN



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

 Arbetsförmedlingen

 Försäkringskassan

FINANSIELL SAMORDNING INOM REHABILITERINGS- OMRÅDET

Tranemo och Ulricehamns kommuner

Innehållsförteckning

1.	BAKGRUND.....	3
2.	NULÄGE.....	4
2.1	DET SVENSKA SAMHÄLLET.....	4
2.2	TRANEMO OCH ULRICEHAMN.....	4
2.2.1	<i>USAM i Ulricehamn</i>	5
2.2.2	<i>TSAM i Tranemo</i>	5
2.3	AKTIVITETER INOM REHABILITERINGSOMRÅDET.....	5
2.3.1	<i>Lokala Samverkansgruppen, LSG</i>	5
2.3.2	<i>Samverkan AF/FK</i>	6
2.3.3	<i>Knuten, Ulricehamn</i>	6
2.3.4	<i>Byggstenen, Tranemo</i>	6
3.	FÖRSLAG TILL FINANSIELL SAMORDNING I TRANEMO OCH ULRICEHAMN.....	7
3.1	GEMENSAM VISION.....	7
3.2	GEMENSAM INRIKTNING.....	8
3.3	MÅLGRUPPER.....	8
3.4	FINANSIERING.....	8
3.5	UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING.....	9
3.6	VERKSAMHETSSTART FÖR SAMORDNINGSFÖRBUNDET.....	9

Bilagor

Bilaga 1	Arbetslöshet.....	10
Bilaga 2	Ekonomiskt bistånd under minst 10 månader 2004.....	11
Bilaga 3	Ohälsotal.....	12
Bilaga 4	Uppgifter från Försäkringskassans sjukfallskartläggning gällande sjukfall som den 1 oktober 2004 var >60 dagar.....	13
Bilaga 5	Förslag till organisation.....	14

1. Bakgrund

I februari 2005 hölls ett första möte mellan Tranemo kommun, Ulricehamns kommun, Västra Götalandsregionen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen med anledning av den nya lagen (2003:1210) om finansiell samordning och möjligheten att bilda samordningsförbund. Den nya lagstiftningen omfattar fyra parter; försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och region/landsting. Huvudmännen beslutade i samband med mötet att i en förstudie kartlägga målgrupper och behov samt ta fram förslag till möjliga insatser och förutsättningarna för dessa, såväl organisatoriska som ekonomiska och personella.

Syftet med finansiell samordning är att samhällets samlade resurser ska kunna användas mer effektivt för att bryta eller förhindra långvarigt beroende av offentlig försörjning. Tvärsektoriell samverkan ses som en samhällsekonomisk nödvändighet och ett sätt att skapa trygghet för individen. Samordning förutsätts ge bättre förutsättningar för kontinuitet, stadga och långsiktighet så att samverkan kan fungera också i konjunktursvängningar. Samordning ska också ge möjlighet att hitta lösningar tillsammans när ingen kan det var för sig.

Målgrupp är personer i förvärvsaktiv ålder (20-64 år) med behov av insatser från flera rehabiliteringsaktörer. Organisationsperspektiven underordnas det gemensamma välfärdsperspektivet genom att lokala aktörer får ökad möjlighet att göra gemensamma prioriteringar och att samordna sina insatser ur ett helhetsperspektiv för individen. Människor ska slippa hamna i rundgång mellan olika myndigheter. Utgångspunkten för varje enskild aktivitet ska alltså inte vara den enskilda organisationens kostnader eller eventuella vinster och besparingar. Utvärderingen av FRISAM och SOCSAM visar att samverkan på organisationsnivå blir avgörande för hur samarbetet utvecklas på individnivå.

I ett samordningsförbund bestämmer de samverkande parterna hur stora resurser som ska ingå i samordningen och bidrar med lika stora delar av finansieringen. Den typ av insatser som kan vidtas inom ramen för finansiell samordning är t.ex. gemensamma bedömningar, gemensamma individuella handlingsplaner, olika former av individuella insatser såsom undersökning/behandling, utbildning, praktik och arbetsträning. Tvärsektoriell personalutveckling och liknande insatser kan också ingå.

Samordningsförbundet ska besluta om mål och inriktning för den finansiella samordningen och stödja samverkan mellan parterna. Samordningsförbundet ska också, inom ramen för den finansiella samordningen, finansiera gemensamma insatser och svara för lokal uppföljning och utvärdering. Utifrån vars och ens samhällsuppdrag ligger dock respektive myndighets ansvar för individen fast. Gemensamma resurser får t.ex. inte användas för att täcka kostnader för försörjningsstöd. Finansiell samordning ska därmed ses som en möjlighet till kompletterande insatser.

De fyra huvudmännen i Västra Götaland har gemensamt uttalat att de genom finansiell samordning vill söka nya gemensamma vägar att stärka dem som på grund av ohälsa varit utan arbete en längre tid. Parterna är också överens om värdet av gemensamma förebyggande insatser. Den finansiella samordningen är dock frivillig och måste bygga på lokala behov och förutsättningar samt ett lokalt engagemang för att vara framgångsrik.

2. Nuläge

2.1 Det svenska samhället

En stor andel av befolkningen är beroende av samhällets stöd för sin försörjning. Alltför många fastnar i beroende av A-kassa, arbetsmarknadsåtgärder, ersättning från försäkringskassan eller socialbidrag. Många har sammansatta problem och är beroende av insatser från mer än en myndighet/huvudman. Orsakerna är flera. Arbetsmarknadsläget är kärvt och gränserna mellan att vara arbetsför och anställningsbar är flytande och står i nära relation till arbetets karaktär och individuella egenskaper såsom utbildning, kompetens eller förmåga att kommunicera på svenska. En växande grupp unga vuxna har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden. Den psykiska ohälsan ökar och många personer i denna grupp blir beroende av socialbidrag. Personer som är arbetslösa och samtidigt sjukskrivna ramlar inte sällan mellan stolarna. Partiell sjukskrivning förekommer i ringa grad bland arbetslösa

Sjukskrivning är ofta ingången till långvarigt beroende av stöd för försörjning och sjukvården anses ha en alltför passiv inställning med otydlig styrning och uppföljning inom den egna verksamheten. Den kartläggning som Kristina Alexandersson, professor i socialförsäkring vid Karolinska Institutet, har genomfört på regeringens uppdrag visar på brister både i sjukvården och i dess samverkan med andra, såsom försäkringskassan, arbetsförmedling och arbetsgivare. Utredningar och kontakter drar ut på tiden vilket förlänger passiva sjukskrivningar och försvårar återgång till arbete. Läkarna har sällan möjlighet att ta till sig all information som behövs och har svårt att få grepp om patientens verkliga funktionsbegränsning i relation till arbetsuppgifter. Kartläggningen visar också på att såväl korta som långa sjukskrivningar har minskat drastiskt där läkarna givits möjlighet att arbeta på ett nytt sätt, i samverkan med andra.

I en ny rapport från Sveriges kommuner och landsting, där 220 kommuner besvarat en enkät om arbetslösa med försörjningsstöd, framkommer att kommunerna anser att socialbidragstagare inte alltid får möjlighet att delta i arbetsförmedlingens åtgärd aktivitetsgarantin, trots att den är avsedd för alla långtidsarbetslösa. Många skulle kunna bryta sitt bidragsberoende om arbetsförmedlingen gav dem mer stöd. 80 % av kommunerna anser att samarbetet med arbetsförmedlingen varierar i stor omfattning beroende på arbetsförmedlingens resurser. En grundregel är att alla arbetslösa får arbetsmarknadsinsatser från arbetsförmedlingen utifrån en individuell bedömning och inte utifrån försörjningsform. Kommunernas svar i enkäten indikerar att det i praktiken förhåller sig på ett annat sätt.

Försäkringskassorna hanterar beslut och utbetalningar motsvarande en tredjedel av den samlade statsbudgeten. Deras arbete och socialförsäkringssystemet har varit föremål för en hel del debatt under den senaste tiden. Mycket har handlat om sjukskrivningarna. Ett av grundproblemen är att försäkringskassorna inte alltid gjort en försäkringsmässig bedömning i det enskilda fallet. Jan Rydh, från utredningen om försäkringskassornas förändrade organisation, har bl.a. lyft fram behovet av att förbättra rutiner och resurstilldelning för att säkerställa att snabbhet prioriteras i handläggningen.

2.2 Tranemo och Ulricehamn

Trots alla ansträngningar att stödja kommuninvånarna till egen försörjning och meningsfull sysselsättning står många utanför arbetsmarknaden och behovet av försörjningsstöd är stort,

inte minst i gruppen med psykisk ohälsa. Drogproblematik och kriminalitet bland ungdomar är starkt försvårande, svaga sociala nätverk och bristande social kompetens likaså.

I de två kommunerna finns idag en hel del samarbete mellan olika myndigheter och organisationer kring de grupper som behöver ett samlat stöd och det pågår flera olika aktiviteter för att minska beroendet av offentlig försörjning. Behoven ser något olika ut i de två kommunerna men mycket är också likt. Förutsättningarna för olika åtgärder skiljer sig också åt i någon mån. Samtidigt kan det vara svårt att bygga upp och driva arbetslivsinriktad verksamhet med bara den egna kommunen som underlag.

De geografiska ansvarsgränserna skiljer sig åt mellan de tilltänkta samarbetsparterna. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan omfattar Tranemo och Ulricehamn medan primärvården har Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn som avgränsningsområde.

2.2.1 USAM i Ulricehamn

Sedan 2003 pågår det ett samarbete mellan handläggare i Ulricehamns kommun (IFO), primärvården, psykiatriska mottagningen, försäkringskassan och arbetsförmedlingen i handläggningen av gemensamma ärenden.

Målgrupp är personer som varit arbetslösa/sjukskrivna mer än sex månader, aktuella på minst två berörda instanser och som har dokumenterade svårigheter att få eller behålla en anställning.

Syftet med samarbetet är att:

- undvika rundgång och dubbelarbete.
- individen ska få rätt ersättning, i rätt tid från rätt instans.
- gemensamma individuella arbetsplaner för att på ett bättre sätt svara upp mot behoven.
- förkorta rehabiliteringstiderna.
- så många som möjligt ska komma ut i arbete/sysselsättning.

Nuvarande resurser baseras på fem stycken handläggare, en från varje instans. Tidsåtgång ingår i ordinarie arbete, förutom två timmar per vecka då handläggarna aktualiserar ärenden.

2.2.2 TSAM i Tranemo

I Tranemo har arbetet med att skapa samarbetsformer handläggare emellan initierats. Det inledande arbetet är påbörjat.

2.3 Aktiviteter inom rehabiliteringsområdet

2.3.1 Lokala Samverkansgruppen, LSG

LSG, som består av cheferna för arbetsförmedlingen, försäkringskassan, primärvården, och socialförvaltningarna i Tranemo respektive Ulricehamns kommuner, arbetar idag med övergripande frågor som berör fler än en huvudman och som inte på ett tillfredsställande sätt kan lösas av någon enskild huvudman. LSG i Tranemo kommun har sedan flera år tillbaka haft regelbundna träffar kring aktuella frågor om rehabilitering och genomfört träffar där huvudmännens handläggare deltagit. LSG i Ulricehamns kommun har inte haft samma typ av åter-

kommande träffar utan valt en något annan form där det gemensamma intresset har varit samverkan i projektet USAM.

LSG utgör dock inte alltid en tillräcklig garanti för att resurserna används optimalt. Emellanåt utgör regelverken och organisationsformer hos de enskilda organisationerna hinder för gemensamt ansvarstagande, men samverkan kan också hänga på hur villiga enskilda företrädare för aktuell organisation är att göra förändringar som krävs inom den egna organisationen när ekonomin begränsar.

2.3.2 Samverkan AF/FK

Sedan september 2003 har en samverkan bedrivits i projektförform mellan arbetsförmedlingen och försäkringskassan kring rehabilitering av arbetslösa sjukskrivna i Tranemo och Ulricehamns kommuner. De lokala överenskommelserna bygger på en riksöverenskommelse mellan AMS och Försäkringskassan. Överenskommelsen har som syfte att fler arbetslösa sjukskrivna kan erbjudas arbetslivsinriktad rehabilitering. Verksamhetens inriktning är att personer som är arbetslösa sjukskrivna eller uppbär tidsbegränsad sjuk- eller aktivitetsersättning så snabbt som möjligt ska återfå arbetsförmågan och få ett arbete eller börja en utbildning.

2.3.3 Knuten, Ulricehamn

Arbetscentrum Ulricehamn tillhör organisatoriskt kommunförvaltningens personalenhet och ansvarar för kommunens arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Dit hör allmänna anställningsstöd, kommunal ungdomspraktik, feriearbeten och arbetspraktik.

Arbetscentrum består av tre delar; administrationen med olika åtgärdsprogram, jobbcentrum med uppdragsutbildning åt arbetsförmedlingen samt Knuten som erbjuder arbetssysselsättning, funktionsövningsprogram och arbetsrehabilitering. Knutens verksamhet drivs i samverkan mellan Försäkringskassa, Arbetsförmedling, arbetscentrum och Vård- och Omsorgsförvaltningen. Drygt 400 personer har årligen tagit del av arbetscentrums verksamheter.

2.3.4 Byggstenen, Tranemo

Byggstenen i Tranemo är ett samverkansprojekt mellan Tranemo kommun, Nätverk Sverige-Lettland, Västra Götalandsregionen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Projektet subventioneras med EU-medel.

Byggstenen i Tranemo är uppdelad i två sektioner, kallade Byggstenen 1 och Byggstenen 2.

På Byggstenen 1 är deltagarens första fyra veckorna inriktad på kartläggning av deltagarens förmåga i olika sammanhang. Under ytterligare max fem månader ingår deltagaren i en livs-kvalitetsinriktad rehabilitering. Deltagaren observeras i olika aktiviteter, bl.a. förmåga att förstå instruktioner, kommunikation, koncentration, engagemang, motivation, rörelsemönster, arbetsställning i gående, sittande och stående, uthållighet och trötthet, förmåga att arbeta självständigt eller be om hjälp, smärtbeteende. Validerade bedömningsinstrument används.

Utöver detta ingår fysisk aktivitet i form av stavgång samt teori om stresshantering, ergonomi, miljöinformation, livsstil och hälsa.

På Byggstenen 2, som kan vara ett steg efter Byggstenen 1, upprättas en individuell handlingsplan för deltagaren. Grunden är att deltagaren ingår i ett serviceteam eller har praktik tre dagar i veckan. Utöver detta ingår teori två dagar i veckan för att höja kompetens och självförtroende samt att väcka nyfikenhet inför nya möjliga vägar inom arbetslivet.

Serviceteamen utför arbete som ligger utanför ordinarie verksamhet i kommunala förvaltningar, t.ex. transport, service och omsorg. Det finns möjlighet till individuell praktik. I teoridelen ingår friskvård, samhällskunskap, personlig utveckling, gruppverksamhet, studiebesök och kultur. Innehållet syftar till att kompetenshöja och väcka nyfikenhet hos individen.

3. Förslag till finansiell samordning i Tranemo och Ulricehamn

Finansiell samordning ska inte ersätta utan stödja och fördjupa det samarbete som redan finns för de aktuella målgrupperna och organisationen bör bygga på redan etablerade strukturer. Tanken är att de resurser som redan finns ska användas smartare och på så sätt ge mer för varje satsad krona. Med gemensamma pengar som "smörjmedel" och under former där individens behov, och inte nyttan för den enskilda organisationen, får vara utgångspunkt, kan samverkan bli betydligt friare än idag. Erfarenheterna från de försöksverksamheter som bedrivits inom SOCSAM och FRISAM pekar mot att man bör börja i liten skala och bygga på efter hand.

Med bildandet av ett samordningsförbund finns alltså en chans att bryta gamla mönster och hitta okonventionella lösningar. De aktiviteter som bedrivs i kommunerna i dag bör samverka och samspela med ett eventuellt samordningsförbund även om ansvaret för driften av respektive aktivitet ligger kvar hos aktuell myndighet/organisation. Utökad samverkan mellan kommunerna, också i aktiviteter som inte ingår i ett samordningsförbund, kan ge större möjligheter att anpassa utbudet av aktiviteter efter individernas behov än om var och en måste göra allt själv. Arbetsmarknadsenheterna skulle t.ex. kunna samverka kring praktikplatser och kompetensutvecklingsinsatser.

Det är viktigt att de olika organisationernas förväntningar på varandra i ett samordningsförbund är tydliga och att samverkan leder till gemensamt lärande. Erfarenheten från bl.a. Delta-projektet i Göteborg visar att den egna organisationens specifika kompetens stärks i nära samarbete med andra kompetenser. Det finns dock röster som varnar för risken för "urvattning". Genom väl genomtänkt uppföljning och utvärdering bör detta, liksom risken för "samrådsokrati", dvs. samverkan till varje pris också där det inte behövs, kunna undvikas. Legitimitet, förtroende, tillit och struktur är nyckelord. Tid och uthållighet är viktiga förutsättningar för att lyckas.

När man inom ramen för ett samordningsförbund provar nya arbetssätt är det viktigt att bygga in implementering i ordinarie verksamhet från början. Om man i stället permanent t.ex. lyfter ut en resurskrävande klient/patientgrupp ur den ordinarie verksamheten kan detta visserligen skapa utrymme för andra behovsgrupper men det sker ingen utveckling av arbetsmetoder och liknande i det ordinarie arbetet.

3.1 Gemensam vision

Optimera yrkesverksamhetsgraden i Tranemo och Ulricehamns kommuner.

3.2 Gemensam inriktning

Etablerande av en effektiv gemensam rehabiliteringsprocess för personer som behöver insatser av flera myndigheter/huvudmän. I en sådan process ska

- den enskilde från början vara aktör i sin egen rehabiliteringsprocess.
- insatserna anpassas individuellt och upplevas som meningsfulla så att den enskildes förmåga stärks.
- "det friska" och den enskildes resurser vara utgångspunkt för insatserna.
- vi inrikta oss på vad vi *kan* göra inte vad vi inte kan.
- det göras tidig gemensam bedömning av funktions- och arbetsförmåga ur ett gemensamt helhetsperspektiv.
- det finnas en tydlig gemensam handlingsplan såväl för det korta som för det långa perspektivet.
- rätt åtgärder i "rätt instans" sätts in snabbt.
- det finnas meningsfulla aktiviteter för att undvika passivisering under sjukskrivningsperiod.
- det finnas meningsfull sysselsättning när förvärvsarbete på den öppna arbetsmarknaden inte är möjlig.

3.3 Målgrupper

WHO definierar hälsa som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom. Det innebär att grupper i behov av rehabiliteringsinsatser i vid mening och från flera myndigheter kan utgöra målgruppen för ett samordningsförbund. Insatserna bör dock i första hand koncentreras till grupper som har ett tydligt behov av samordnade insatser och som inte står alltför långt från arbetsmarknaden. Här inryms t.ex. personer med kronisk sjukdom, diffus sjukdomsbild och psykosomatisk eller psykosocial problematik.

Utifrån denna förstudie framstår det som viktigare att mer generellt satsa resurser på att tidigt identifiera personer i riskzonen och att "stoppa inflödet" till långvarigt beroende av samhällsstöd än att peka ut någon enskild målgrupp. Sjukskrivning är ofta ingången till långvarigt beroende av offentlig försörjning. Insatserna föreslås därför initialt i första hand inriktas mot att stödja sjukskrivna till att kunna återgå i arbete eller till att bli arbetssökande. Sjukskrivna arbetslösa, och då särskilt unga vuxna, framstår som en grupp som bör ägnas särskild uppmärksamhet.

3.4 Finansiering

Totalt 4 mkr per år (AF och FK 2 mkr, Regionen 1 mkr, Tranemo kommun ca 350.000 kr och Ulricehamns kommun ca 650.000 kr, fördelat på befolkningens mängd).

Dessa medel kan exempelvis täcka kostnaden för

- beredande tjänsteman för samordningsförbundet tillika samordnare, med nära koppling till LSG, för samverkansaktiviteterna.
- nytt bedömningsteam för att bedöma funktions- och aktivitetsförmåga utifrån sjukskrivningsorsak (t.ex. arbetsterapeut och beteendevetare).
- stöd till utveckling av tvärprofessionella behandlingsteam.

- verksamhet för aktiv sjukskrivning utifrån gemensam inriktning i de två kommunerna.
- etablering av nya praktikplatser med handledare.
- gemensamma utbildningsinsatser för rehabteamen.
- försäkringstjänsteman med placering vid vårdcentral efter modell från Delta i Göteborg.

3.5 Uppföljning/utvärdering

Samordningsförbundet fastställer från början vad som ska följas upp och utvärderas. Mätssystem som mäter resultat/nytta för *individer och samhälle* bör användas. *Hur* och *varför* det blev som det blev bör ingå i utvärderingen för att öka kunskapen om vilka metoder som fungerar.

3.6 Verksamhetsstart för samordningsförbundet

1 november 2005.

BILAGA 1 ARBETSLÖSHET

Arbetslöshetsstatistik Ulricehamn/Tranemo 2001-2005.

Jag har valt att redovisa det så kallade obalanstalet dvs. den öppna arbetslösheten plus de som genomgår ett arbetsmarknadspolitiskt program. De kan t.ex. vara aktiva med att starta företag med stöd från oss eller höja sin kompetens genom att delta i en arbetsmarknadsutbildning.

Ungdomar

2001(dec)	2002(dec)	2003(dec)	2004(dec)	2005 (mars)
176	155	81	164	140
7,0%	6,3%	7,4%	6,4%	5,6%

Kvinnor

2001(dec)	2002(dec)	2003(dec)	2004(dec)	2005(mars)
513	394	434	374	372
5,2%	4,0%	4,4%	3,8%	3,7%

Män

2001(dec)	2002(dec)	2003(dec)	2004(dec)	2005(mars)
418	448	458	447	371
3,9%	4,2%	4,3%	4,2%	3,4%

- 72 personer är långtidsinskrivna dvs. varit arbetslösa i mer än två år.
- Under perioden april 2004 till mars 2005 har 2013 st fått arbete, 651 st har deltagit i ett arbetsmarknadspolitiskt program, 813 är avaktualiserade av annan orsak än arbete.
- 1887 är nyinskrivna under perioden så sammanlagt har 3765 st varit aktuella på arbetsförmedlingen under denna period varav 145 st varit aktuella i mer än två år.
- Utomnordiska medborgare är 37 st varav fem st varit aktuella i mer än två år.

BILAGA 2 EKONOMISKT BISTÅND UNDER MINST 10 MÅNADER 2004

TRANEMO

Ekonomiskt bistånd i Tranemo kommun 2004.

- Under 2004 erhöll 181 hushåll ekonomiskt bistånd.
- Biståndsbelopp per hushåll 18.888:-/året, 1.574:-/mån. (netto).
- Totalt utbetalades 3,4 milj. (netto).
- Antal hushåll som haft ekonomiskt bistånd mellan 6 – 9 månader: 40 st.
- Antal hushåll som haft ekonomiskt bistånd 10 månader och där över: 33 st.

ULRICEHAMN

I Ulricehamn erhöll 2004 sammanlagt 348 hushåll ekonomiskt bistånd

- Genomsnittligt antal biståndsmånader per hushåll var 4,2.
- Medelbistånd per hushåll var 4951:-.
- Sammanlagt 83 hushåll hade ekonomiskt bistånd i mer än sex månader.
- Sammanlagt 38 hushåll hade ekonomiskt bistånd i mer än 10 månader.
- Totalt betalades ca 7,2 mkr ut i ekonomiskt bistånd.

BILAGA 3 OHÄLSOTAL

Ohälsotalet är fr.o.m. 1998 antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förtidspension och sjukbidrag (från 2003 sjuk- och aktivitetsersättning) från socialförsäkringen per registrerad försäkrad i åldrarna 16-64 år. Alla dagar är omräknade till "heldagar" – t e x två dagar med halv ersättning blir en dag. Dagar med sjuklön från arbetsgivare ingår inte i ohälsotalet.

Ohälsotalets utveckling 2001-2004

	200112	200212	200312	200412	
Ulricehamn	12,2	13	13,6	11,6	Sjukpenning
Ulricehamn	1	1,1	1,4	1,7	Rehabersättning
Ulricehamn	23,5	25,1	26,6	29,2	SA
Ulricehamn	36,8	39,2	41,6	42,5	Totalt
Tranemo	12,2	13,8	13,6	10,2	Sjukpenning
Tranemo	1	1,1	1	1,2	Rehabersättning
Tranemo	19,6	20,4	21,1	23,5	SA
Tranemo	32,7	35,3	35,7	34,9	Totalt
Västra Götaland län	15,1	16,1	14,9	12,5	Sjukpenning
Västra Götaland län	0,7	0,8	1,1	1,1	Rehabersättning
Västra Götaland län	24,6	26	27,4	29,7	SA
Västra Götaland län	40,4	42,9	43,5	43,2	Totalt
Riket	15,7	16,7	15,9	13,7	Sjukpenning
Riket	0,7	0,7	0,8	0,9	Rehabersättning
Riket	24,3	25,5	26,5	27,9	SA
Riket	40,7	43	43,2	42,5	Totalt

Källa: www.forsakringskassan.se/press/analys

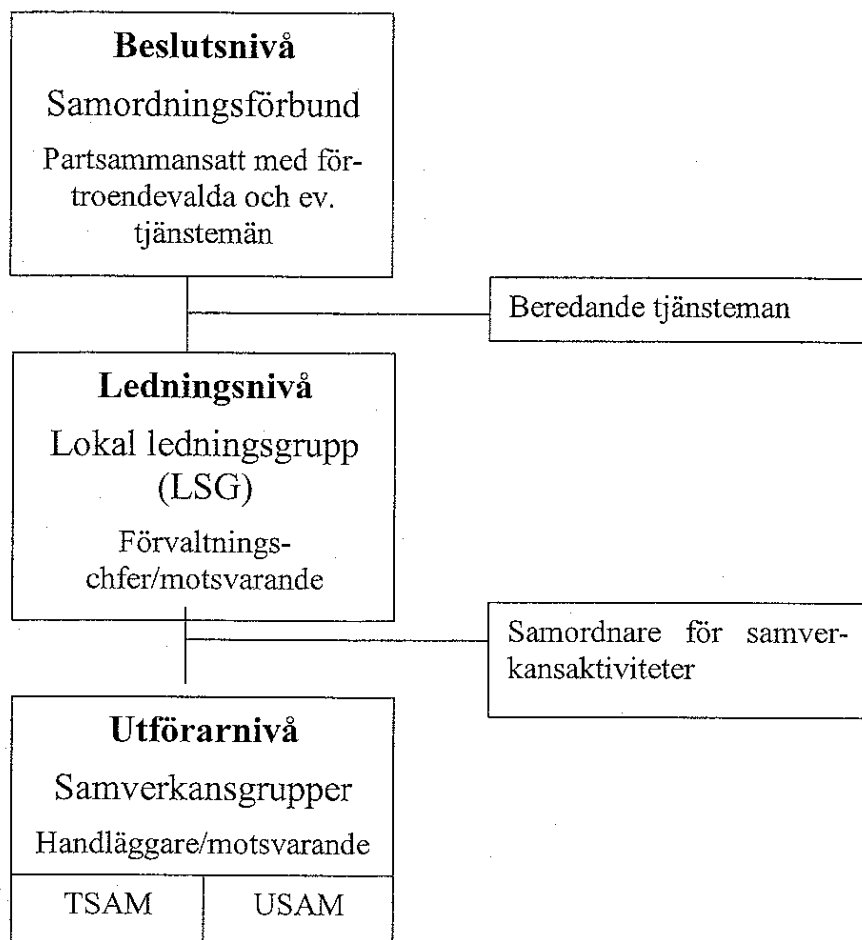
BILAGA 4 UPPGIFTER FRÅN FÖRSÄKRINGSKASSANS SJUKFALLSKARTLÄGGNING GÄLLANDE SJUKFALL SOM DEN 1 OKTOBER 2004 VAR >60 DAGAR.

Kartläggningen speglar en ögonblicksbild den 1 oktober 2004.

Registrerade sjukfall den 1 oktober som var > 60 dagar i Ulricehamn kommun **423 st**
 Registrerade sjukfall den 1 oktober som var > 60 dagar i Tranemo kommun **190 st**

Andel i %	Tranemo	Ulricehamn
Diagnosgrupper		
Psykiskt ohälsa	31	28
Rörelseorganen	32	39
Åldersgrupper		
60-69	14	12
50-59	27	33
40-49	26	27
30-29	27	19
16-29	6	9
Kön		
Kvinnor	38	38
Sysselsättning		
Arbetslös	18	20
Sjukskrivningsgrad		
heltid		
Totalt	61	64
Varav arbetslös	83	82
Hur länge har sjukfallen pågått		
60-364 dagar	53	54

BILAGA 5 FÖRSLAG TILL ORGANISATION



Samordningsförbundets sammansättning

		Ordinarie	Ersättare
Försäkringskassan	Förtroendevald ur försäkringsdelegationen eller socialförsäkringsnämnd	1	1
Kommun	Förtroendevalda från kommunen	1	1
Länsarbetsnämnd	Ledamot ur styrelsen eller tjänsteman	1	1
Västra Götalandsregionen	Förtroendevalda ur fullmäktige	1	1